

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT ANEMIA PADA An. A.S
DI RUANG KENANGA RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG**



FESTY TRISNIA NDUN
PO.530320115015

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI DIII KEPERAWATAN
TAHUN 2018**

STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PENYAKIT ANEMIA PADA An. A.S DI RUANG KENANGA RSUD Prof. Dr. W.Z. JOHANNES KUPANG

Studi Kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



FESTY TRISNIA NDUN

PO.530320115015

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN

SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI DIII KEPERAWATAN

TAHUN 2018

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

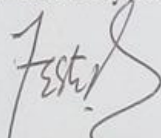
Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Festy Trisnia Ndun
NIM : PO.530320115015
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Dengan ini, saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Studi Kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

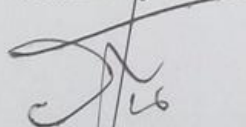
Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 06 Juli 2018
Pembuat Pernyataan



Festy Trisnia Ndun
PO.530320115015

Mengetahui
Pembimbing Utama

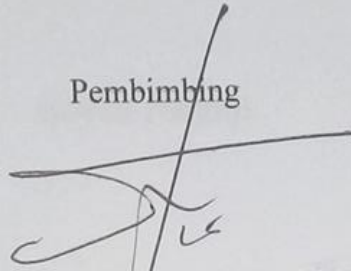


Dr. Florentianus Tat, SKp. M.Kes
NIP:196911281993031005

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Studi Kasus oleh Festy Trisnia Ndun dengan NIM PO.530320115015 dengan judul “Asuhan Keperawatan Penyakit Anemia Pada An. A.S Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” telah di periksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



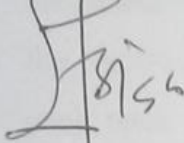
Dr. Florentianus Tat, SKp. M.Kes
NIP:196911281993031005

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Studi Kasus oleh Festy Trisnia Ndun dengan judul "Asuhan Keperawatan Penyakit Anemia Pada An. A.S Di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 06 Juli 2018.

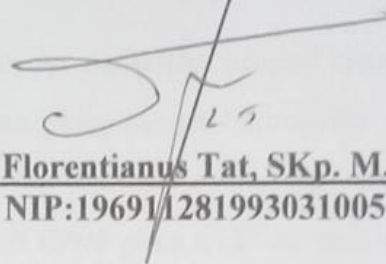
Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Orpa Diana Suek, S.Kep. M.Kep. Sp. Kep. An
NIP:197812152000122002

Penguji II



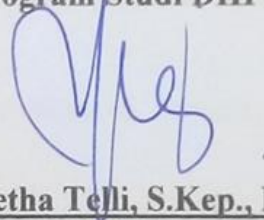
Dr. Florentianus Tat, SKp. M.Kes
NIP:196911281993031005

Mengesahkan
Ketua Jurusan Keperawatan



M. Margaretha U.W SKp. MHSc
NIP:195602171986032001

Mengetahui
Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP:197707272000032002

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Penyakit Anemia Pada An. A.S di Ruang Kenanga Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang” tanggal 25-28 Juni 2018.

Selama proses penulisan Studi Kasus, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Maka perkenankan pada saat ini penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Florentianus Tat., SKp., M.Kes, selaku pembimbing yang telah banyak meluangkan waktu dan pikiran untuk membantu penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
2. Ibu Ns. Orpa Diana Suek., S.Kep., M.Kep., Sp. An selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan Studi Kasus ini.
3. Ibu Florida Taek, S.Kep, Ns selaku penguji klinik yang telah memberikan masukan-masukan yang sangat bermanfaat dan berguna selama praktek di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.
4. Ibu M. Margaretha U.W. SKp., MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
5. Seluruh dosen, staf dan tenaga kependidikan di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang.
6. Buat Bapak, Mama, Kakak, Adik dan Carlos yang senantiasa mendukung dan mendoakan penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.
7. Teman-teman Badan Pengurus PMK Samaritan dan teman-teman TPPM yang selalu mendoakan dan mendukung penulis dalam menyelesaikan Studi Kasus ini.
8. Teman-teman Ombak yang selalu mendukung, mendoakan dan membantu sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.

9. Teman-teman *Generation Nurse A 24* (GNA 24) untuk segala bentuk dukungan dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari sepenuhnya Studi Kasus ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca yang bersifat membangun sangat dibutuhkan oleh penulis. Akhir kata, semoga Studi Kasus ini dapat digunakan dalam proses pembelajaran dalam dunia pendidikan.

Kupang, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Judul dan Prasyarat Gelar	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar pengesahan	v
Kata Pengantar	vi
Daftar Isi	viii
Daftar Lampiran	x
Biodata	xi
Abstrak	xii
Bab I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	2
1.3 Manfaat Studi Kasus	3
Bab II Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Teori.....	4
2.1.1 Pengertian Anemia	4
2.1.2 Klasifikasi Anemia	4
2.1.3 Jenis-Jenis Anemia	5
2.1.4 Patofisiologi dan Pathway	7
2.1.5 Manifestasi Klinis	9
2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik	9
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan	9
2.2.1 Pengkajian	9
2.2.2 Diagnosa	11
2.2.3 Intervensi	12
2.2.4 Implementasi	24
2.2.5 Evaluasi	26

Bab III Hasil Studi Kasus dan Pembahasan

3.1 Hasil Studi Kasus	28
3.1.1 Pengkajian	28
3.1.2 Diagnosa	31
3.1.3 Intervensi	33
3.1.4 Implementasi	36
3.1.5 Evaluasi	39
3.2 Pembahasan	40
3.2.1 Pengkajian	41
3.2.2 Diagnosa	43
3.2.3 Intervensi	43
3.2.4 Implementasi	46
3.2.5 Evaluasi	49

Bab IV Penutup

4.1 Kesimpulan	52
4.2 Saran	53
4.3 Keterbatasan Studi Kasus	53

Daftar Pustaka	54
----------------------	----

Lampiran

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan

Lampiran 2 Asuhan Keperawatan

Lampiran 3 Asuhan Keperawatan pada An. A.S

BIODATA

Nama : Festy Trisnia Ndun
Tempat tanggal lahir : Kupang, 22 Mei 1997
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Jln. Oebonik 1, Sikumana
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Inpres Sikumana II Tahun 2009
2. Tamat SMP Negeri 3 Kupang Tahun 2012
3. Tamat SMK Kesehatan Nusantara Kupang Tahun 2015
4. Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang
sejak tahun 2015

MOTTO

“Mulailah Dimana Anda Berada
Gunakan Apa Yang Anda Miliki
Kerjakan Apa Yang Anda Bisa!”

ABSTRAK

**Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang
Jurusan Keperawatan
Studi Kasus, Juli 2018**

**Nama : Festy Trisnia Ndun
NIM : PO.530320115015**

Anemia merupakan masalah kesehatan yang mempengaruhi jutaan orang di negara-negara berkembang dan tetap menjadi tantangan besar bagi kesehatan manusia. Prevalensi anemia di perkirakan 9% di negara maju sedangkan di negara berkembang prevalensinya 43% dengan total keseluruhan penduduk dunia yang menderita anemia adalah 1,62 miliar orang dengan prevalensi pada anak sekolah dasar 25,4% dan 305 juta anak sekolah diseluruh dunia menderita anemia (WHO,2013). Sementara di Indonesia prevalensi anemia menurut Riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2007) yaitu sebesar 11,9% dan sebagian besar yang terkena anemia adalah anak-anak usia 1 sampai 4 tahun yaitu sebesar 27,7%, sementara penderita anemia pada usia 5 tahun keatas prevalensinya lebih rendah yaitu 9,4%. Sehingga dibutuhkan peran tenaga kesehatan dalam hal ini perawat agar dapat mengurangi angka kesakitan dan kematian akibat anemia dengan melakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh bagi penderita anemia dimulai dari upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah anemia yang terjadi di Ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah dengan menggunakan anamnesa dan pemeriksaan fisik secara langsung.

Hasil dari studi kasus ini adalah diharapkan agar masyarakat dapat membantu mengurangi angka kesakitan dan kematian yang diakibatkan oleh anemia yang terjadi pada anak.

Kesimpulan dari studi kasus ini adalah angka kesakitan dan kematian akibat anemia yang terjadi pada anak dapat diminimalkan dengan melakukan upaya promotif dengan penyuluhan kesehatan, pemberian makanan yang berwarna hijau, dan pemberian suplemen penambah darah.

Kata kunci: Anemia, Asuhan Keperawatan, Anak

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Anemia adalah suatu keadaan dimana terjadi penurunan jumlah sel darah merah yang mengakibatkan penurunan jumlah hemoglobin dan hematokrit di bawah 12 g/dL. Asupan protein dalam tubuh sangat membantu penyerapan zat besi, maka dari itu protein bekerja sama dengan rantai protein mengangkut elektron yang berperan dalam metabolisme energi. Selain itu vitamin C dalam tubuh harus tercukupi karena vitamin C merupakan reduktor, maka di dalam usus zat besi (Fe) akan dipertahankan tetap dalam bentuk ferro sehingga lebih mudah diserap. Selain itu vitamin C membantu transfer zat besi dari darah ke hati serta mengaktifkan enzim-enzim yang mengandung zat besi. (Brunner & Suddarth, 2000:22)

Anemia merupakan masalah kesehatan yang mempengaruhi jutaan orang di negara-negara berkembang dan tetap menjadi tantangan besar bagi kesehatan manusia. Prevalensi anemia di perkirakan 9% di negara maju sedangkan di negara berkembang prevalensinya 43%. Anak-anak dan wanita usia subur merupakan kelompok yang paling beresiko. Prevalensi terutama tinggi di negara berkembang karena faktor defisiensi diet dan atau kehilangan darah akibat infeksi parasit yang dapat membawa dampak yang besar terhadap kesejahteraan sosial dan ekonomi, serta kesehatan fisik. Sementara WHO dalam *Worldwide Prevalence of Anemia* melaporkan bahwa total keseluruhan penduduk dunia yang menderita anemia adalah 1,62 miliar orang dengan prevalensi pada anak sekolah dasar 25,4% dan 305 juta anak sekolah diseluruh dunia menderita anemia (WHO,2013)

Di Indonesia sendiri masalah anemia juga merupakan salah satu masalah utama. Prevalensi anemia secara nasional menurut Riset kesehatan dasar (Riskesdas, 2007) yaitu sebesar 11,9% dan sebagian besar yang terkena anemia adalah anak-anak usia 1 sampai 4 tahun yaitu sebesar 27,7%,

sementara penderita anemia pada usia 5 tahun keatas prevalensinya lebih rendah yaitu 9,4% (Riskesdas, 2007).

Usia anak sekolah merupakan golongan yang rentan terhadap masalah gizi karena anak berada dalam masa pertumbuhan dan aktivitas yang tinggi sehingga memerlukan asupan gizi yang tinggi pula. Umumnya anemia asemptomatoid pada kadar hemoglobin diatas 10 g/dL, tetapi sudah dapat menyebabkan gangguan penampilan fisik dan mental. Bahaya anemia yang sangat parah bisa mengakibatkan kerusakan jantung, otak dan juga organ tubuh lainnya bahkan dapat menyebabkan kematian.

Masyarakat Indonesia masih belum sepenuhnya menyadari pentingnya zat gizi karena itu prevalensi anemia di Indonesia sekarang ini masih cukup tinggi. Dampak anemia pada anak balita dan anak sekolah adalah meningkatnya angka kesakitan dan kematian, terhambatnya pertumbuhan fisik dan otak, terhambatnya perkembangan motorik, mental dan kecerdasan. Anak-anak yang menderita anemia terlihat lebih penakut dan menarik diri dari pergaulan sosial, tidak bereaksi terhadap stimulus dan lebih pendiam. Kondisi ini dapat menurunkan prestasi belajar anak disekolah (Kusumawati,2005:124).

Asuhan keperawatan pada anak dengan masalah anemia dilakukan agar terpenuhinya kebutuhan cairan dan nutrisi pada anak dengan anemia. Di harapkan agar perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada anak dengan anemia dengan 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.

1.2 Tujuan Studi Kasus

1.2.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan asuhan keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z . Johannes Kupang.

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2.2 Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2.3 Mahasiswa mampu membuat perencanaan keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2.4 Mahasiswa mampu membuat implementasi keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.2.2.5 Mahasiswa mampu membuat evaluasi keperawatan penyakit anemia pada An. A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

1.3 Manfaat Studi Kasus

1.3.1 Bagi Masyarakat

Diharapkan Studi Kasus ini dapat menjadi sarana untuk mengetahui status kesehatan anak di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang

1.3.2 Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Diharapkan dapat menjadi bahan/referensi bagi perpustakaan dan pedoman atau acuan bagi peneliti selanjutnya

1.3.3 Bagi Penulis

Menambah wawasan dalam melaksanakan praktik keperawatan anak yang dapat dipakai sebagai acuan dalam bekerja.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Anemia

2.1.1 Pengertian Anemia

Istilah anemia mendeskripsikan keadaan penurunan jumlah sel darah merah atau konsentrasi hemoglobin dibawah nilai normal. Sebagai akibat dari penurunan ini, kemampuan darah untuk membawa oksigen menjadi berkurang sehingga ketersediaan oksigen untuk jaringan mengalami penurunan. Anemia merupakan kelainan patologik yang paling sering dijumpai pada masa bayi dan kanak-kanak. (Wong,2009:1115)

Menurut Ngastiyah (2012:328), anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit serta jumlah hemoglobin dalam 1 mm³ darah atau berkurangnya volume sel yang didapatkan (*packed red cells volume*) dalam 100 ml darah. Hal ini terjadi bila terdapat gangguan terhadap keseimbangan antara pembentukan darah pada masa embrio setelah beberapa minggu dari pada masa anak atau dewasa.

2.1.2 Klasifikasi Anemia

Menurut Wong (2009:1117) anemia dapat diklasifikasikan menurut:

1. Etiologi atau fisiologi yang dimanifestasikan dengan penurunan jumlah eritrosit atau hemoglobin dan tidak dapat kembali, seperti:

- Kehilangan darah yang berlebihan.

Kehilangan darah yang berlebihan dapat diakibatkan karena perdarahan (internal atau eksternal) yang bersifat akut ataupun kronis. Biasanya akan terjadi anemia normostatik (ukuran normal), normokromik (warna normal) dengan syarat simpanan zat besi untuk sintesis hemoglobin (Hb) mencukupi.

- Destruksi (hemolisis) eritrosit.

Sebagai akibat dari defek intrakorpuskular didalam sel darah merah (misalnya anemia sel sabit) atau faktor ekstrakorpuskular

(misalnya, agen infeksius, zat kimia, mekanisme imun) yang menyebabkan destruksi dengan kecepatan yang melebihi kecepatan produksi eritrosit.

- Penurunan atau gangguan pada produksi eritrosit atau komponennya. Sebagai akibat dari kegagalan sumsum tulang (yang disebabkan oleh faktor-faktor seperti neoplastik, radiasi, zat-zat kimia atau penyakit) atau defisiensi nutrisi esensial (misalnya zat besi).
2. Morfologi, yaitu perubahan khas dalam ukuran, bentuk dan warna sel darah merah.
- Ukuran sel darah merah: normosit (normal), mikrosit (lebih kecil dari ukuran normal) atau makrosit (lebih besar dari ukuran normal)
 - Bentuk sel darah merah: tidak teratur, misalnya: poikilosit (sel darah merah yang bentuknya tidak teratur), sferosit (sel darah merah yang bentuknya globular) dan degranosit (sel darah merah yang bentuknya sabit/sel sabit).
 - Warna/sifatnya terhadap pewarnaan: mencerminkan konsentrasi hemoglobin; misalnya normokromik (jumlah hemoglobin cukup atau normal), hipokromik (jumlah hemoglobin berkurang).

2.1.3 Jenis-Jenis Anemia

1. Anemia defisiensi besi

Anemia defisiensi zat besi dapat disebabkan oleh sejumlah faktor yang mengurangi pasokan zat besi, mengganggu absorpsinya, meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat besi atau yang memenuhi sintesis Hb atau anemia defisiensi besi terjal karena kandungan zat besi yang tidak memadai dalam makanan (Wong,2009:1120)

2. Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik merupakan anemia yang disebabkan karena terjadinya penghancuran sel darah merah dalam pembuluh darah sehingga umur eritrosit pendek. Penyebab hemolisis dapat karena

kongenital (faktor eritrosit sendiri, gangguan enzim, hemoglobinopati) atau didapat (Ngastiyah, 2012:331)

3. Anemia sel sabit

Anemia sel sabit merupakan salah satu kelompok penyakit yang secara kolektif disebut hemoglobinopati, yaitu hemoglobin A (HbA) yang normal digantikan sebagian atau seluruhnya dengan hemoglobin sabit (HbS) yang abnormal. Gambaran klinis anemia sel sabit terutama karena obstruksi yang disebabkan oleh sel darah merah yang menjadi sel sabit dan peningkatan destruksi sel darah merah. Keadaan sel-sel yang berbentuk sabit yang kaku yang saling terjalin dan terjaring akan menimbulkan obstruksi intermiten dalam mikrosirkulasi sehingga terjadi vaso-oklusi. Tidak adanya aliran darah pada jaringan disekitarnya mengakibatkan hipoksia lokal yang selanjutnya diikuti dengan iskemia dan infark jaringan (kematian sel). Sebagian besar komplikasi yang terlihat pada anemia sel sabit dapat ditelusuri hingga proses ini dan dampaknya pada berbagai organ tubuh. Manifestasi klinis anemia sel sabit memiliki intensitas dan frekuensi yang sangat bervariasi, seperti adanya retardasi pertumbuhan, anemia kronis (Hb 6-9 g/dL), kerentanan yang mencolok terhadap sepsis, nyeri, hepatomegali dan splenomegali (Wong, 2009:1121)

4. Anemia aplastik

Anemia aplastik merupakan gangguan akibat kegagalan sumsum tulang yang menyebabkan penipisan semua unsur sumsum. Produksi sel-sel darah menurun atau terhenti. Timbul pansitopenia dan hiposelularitas sumsum. Manifestasi gejala tergantung beratnya trombositopenia (gejala perdarahan), neutropenia (infeksi bakteri, demam), dan anemia (pucat, lelah, gagal jantung kongesti, takikardia). (Betz Cecily & Linda Sowden, 2002:9)

Anemia aplastik terbagi menjadi primer (kongenital, atau yang telah ada saat lahir) atau sekunder (didapat). Kelainan anemia yang paling dikenal dengan anemia aplastik sebagai gambaran yang mencolok

adalah *syndrom fanconi* yang merupakan kelainan hereditas yang langka dengan ditandai oleh pansitopenia, hipoplasia sumsum tulang dan pembentukan bercak-bercak cokelat pada kulit yang disebabkan oleh penimbunan melanin dengan disertai anomali kongenital multipel pada sistem muskuloskeletal dan genitourinarius.

2.1.4 Patofisiologi dan Pathway

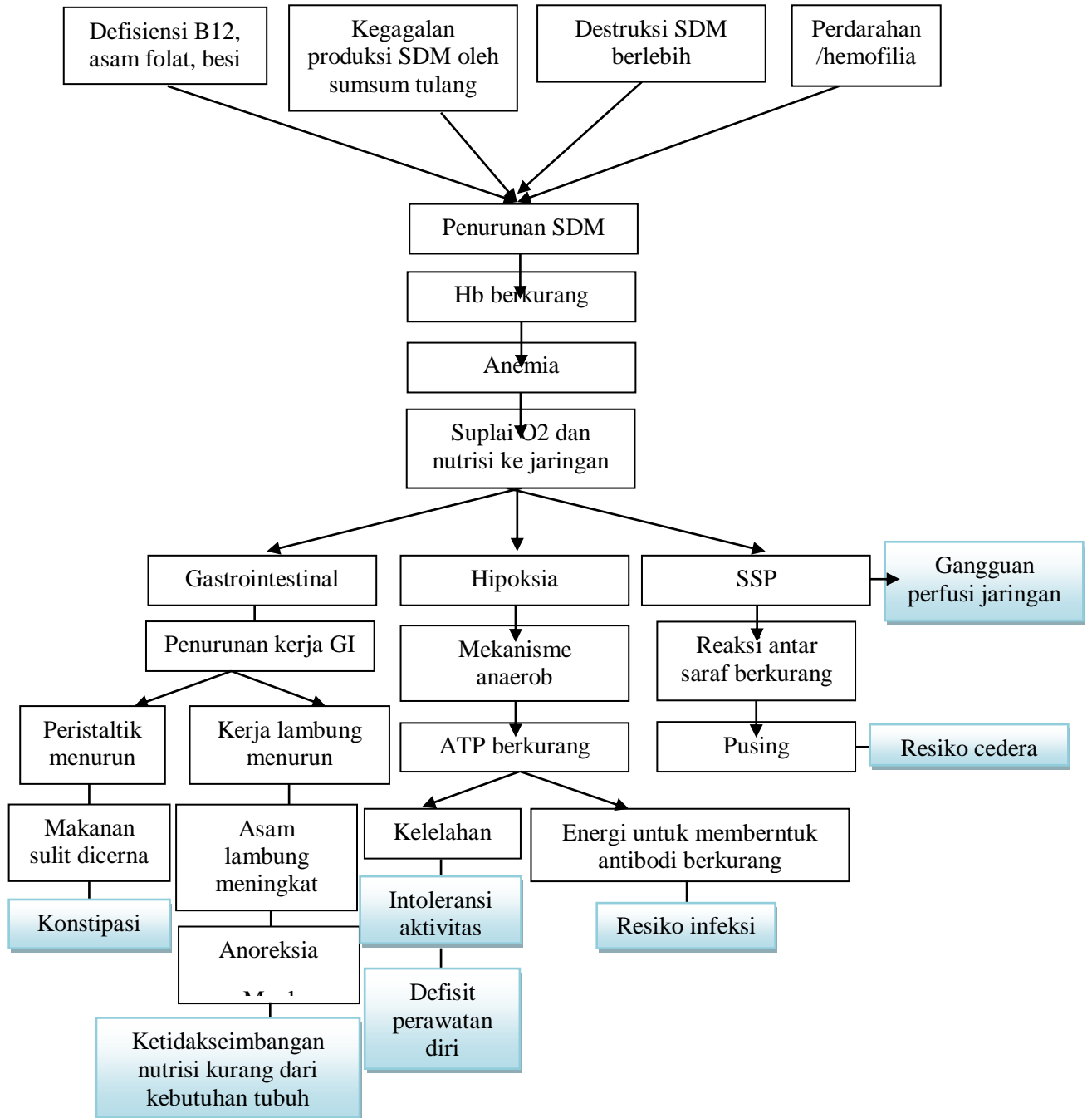
Adanya suatu anemia mencerminkan adanya suatu kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum (misalnya berkurangnya eritropoesis) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau penyebab lain yang belum diketahui. Sel darah merah 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 ≤ 1 mg/dl, kadar di atas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera). Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, (pada kelainan hemolitik) maka hemoglobin akan muncul dalam plasma (hemoglobinemia).

Apabila konsentrasinya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein pengikat untuk hemoglobin bebas) untuk mengikat semuanya, hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin (hemoglobinuria).

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



Sumber: <http://www.scribd.com/document/248448707/Pathway-Anemia>

2.1.5 Manifestasi Klinis

Menurut Muscari (2005:284) kemungkinan anemia aplastik merupakan akibat dari faktor kongenital atau didapat sehingga temuan pengkajian dikaitkan dengan kegagalan sumsum tulang adalah kekurangan sel darah merah dikarakteristikan dengan pucat, letargi takikardi dan ekspresi napas pendek. Pada anak-anak, tanda anemia hanya terjadi ketika kadar hemoglobin turun dibawah 5 sampai 6 g/100 mL. Kekurangan sel darah putih dikarakteristikan dengan infeksi berulang termasuk infeksi oportunistik. Berkurangnya trombosit dikarakteristikan dengan perdarahan abnormal, petekie dan memar.

2.1.6 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Muscari (2005:284) pemeriksaan diagnostik pada anemia adalah:

1. Jumlah pemeriksaan darah lengkap dibawah normal (Hemoglobin < 12 g/dL, Hematokrit < 33%, dan sel darah merah)
2. Feritin dan kadar besi serum rendah pada anemia defisiensi besi
3. Kadar B₁₂ serum rendah pada anemia pernisiiosa
4. Tes comb direk positif menandakan anemia hemolitik autoimuN
5. Hemoglobin elektroforesis mengidentifikasi tipe hemoglobin abnormal pada penyakit sel sabit
6. Tes schilling digunakan untuk mendiagnosa defisiensi vitamin B₁₂

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi). Menurut Biasanya data fokus yang didapatkan dari pasien penderita anemia/keluarga seperti pasien mengatakan lemah, letih dan lesu, pasien mengatakan nafsu makan menurun, mual dan sering haus. Sementara data objektif akan ditemukan pasien tampak lemah, berat badan menurun,

pasien tidak mau makan/tidak dapat menghabiskan porsi makan, pasien tampak mual dan muntah, bibir tampak kering dan pucat, konjungtiva anemis serta anak rewel.

Menurut Muscari (2005:284-285) dan Wijaya (2013:138) penting untuk mengkaji riwayat kesehatan pasien yang meliputi: 1) keluhan utama/alasan yang menyebabkan pasien pergi mencari pertolongan profesional kesehatan. Biasanya pada pasien anemia, pasien akan mengeluh lemah, pusing, adanya pendarahan, kadang-kadang sesak nafas dan penglihatan kabur; 2) Kaji apakah didalam keluarga ada yang menderita penyakit yang sama dengan pasien atau di dalam keluarga ada yang menderita penyakit hematologis; 3) Anemia juga bisa disebabkan karena adanya penggunaan sinar-X yang berlebihan, penggunaan obat-obatan maupun pendarahan. Untuk itu penting dilakukan anamnesa mengenai riwayat penyakit terdahulu.

Untuk mendapatkan data lanjutan, perlu dilakukan pemeriksaan fisik dan juga pemeriksaan penunjang pada anak dengan anemia agar dapat mendukung data subjektif yang diberikan dari pasien maupun keluarga. Pemeriksaan fisik dilakukan dengan 4 cara yaitu inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi secara head to toe sehingga dalam pemeriksaan kepala pada anak dengan anemia didapatkan hasil rambut tampak kering, tipis, mudah putus, wajah tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, biasanya juga terjadi perdarahan pada gusi dan telinga terasa berdengung. Pada pemeriksaan leher dan dada ditemukan *jugular venous pressure* akan melemah, pasien tampak sesak nafas ditandai dengan *respiration rate* pada kanak-kanak (5-11 tahun) berkisar antara 20-30x per menit. Untuk pemeriksaan abdomen akan ditemukan perdarahan saluran cerna, hepatomegali dan kadang-kadang splenomegali. Namun untuk menegakkan diagnosa medis anemia, perlunya dilakukan pemeriksaan lanjutan seperti pemeriksaan darah lengkap dan pemeriksaan fungsi sumsum tulang.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Wijaya (2013) dari hasil pengkajian di atas dapat disimpulkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah
2. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan inadequate intake makanan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan oksigen
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik
5. Kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit anak
6. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar dengan informasi.
7. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan imunitas tubuh sekunder menurun (penurunan Hb), prosedur invasif.

2.2.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1	<p>Kode: 00204 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer.</p> <p>Definisi: Penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan.</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bruit femoral - Edema - Indeks ankle-brachial <0,90 - Kelambatan penyembuhan luka perifer - Klaudikasi intermiten - Penurunan nadi perifer - Perubahan fungsi motorik - Perubahan karakteristik kulit - Perubanan tekanan 	<p>Domain II Kesehatan Fisiologi Kelas E: Jantung Paru Kode 0407 Perfusi Jaringan: Perifer</p> <p>Definisi: Kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil diujung kaki dan tangan untuk mempertahankan fungsi jaringan.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian kapiler ekstremitas 2. Muka tidak pucat 3. <i>Capillary Refill Time</i> <2 detik 	<p>Domain II Fisiologis Kompleks Kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan</p> <p>Kode 4180 Manajemen Hipovolemi Definisi: Ekspansi dari volume cairan intravaskuler pada pasien yang cairannya berkurang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang berat badan diwaktu yang sama 2. Monitor status homeodinamik meliputi nadi dan tekanan darah 3. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi 4. Monitor asupan dan pengeluaran 5. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri 6. Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan (perdarahan, muntah, diare, keringat yang berlebihan, dan takipnea) 7. Monitor adanya data laboratorium terkait dengan kehilangan darah (misalnya hemoglobin, hematokrit)

	<p>darah di ekstremitas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada nadi perifer - Waktu pengisian kapiler > 3 detik - Warna kulit pucat saat elevasi 		<ol style="list-style-type: none"> 8. Dukung asupan cairan oral 9. Jaga kepatenan akses IV 10. Berikan produk darah yang diresepkan dokter 11. Bantu pasien dengan ambulasi pada kasus hipotensi postural 12. Instruksikan pada pasien/keluarga untuk mencatat intake dan output dengan tepat 13. Instruksikan pada pasien/keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. <p>Domain II Fisiologis Kompleks Kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan Kode 4030 Pemberian Produk-Produk darah</p> <p>Definisi: memberikan darah atau produk darah dan memonitor respon pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek kembali instruksi dokter 2. Dapatkan riwayat transfusi pasien 3. Dapatkan atau verifikasi kesediaan (<i>informed consent</i>) pasien 4. Cek kembali pasien dengan benar, tipe darah, tipe Rh, jumlah unit, waktu kadaluarsa dan catat per protokol di agensi
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 5. Monitor area IV terkait dengan tanda dan gejala dari adanya infiltrasi, phlebitis dan infeksi lokal 6. Monitor adanya reaksi transfusi 7. Monitor dan atur jumlah aliran selama transfusi 8. Beri saline ketika transfusi selesai 9. Dokumentasikan waktu transfusi 10. Dokumentasikan volume infus
2	<p>Kode 00002 Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Definisi: Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan 20% atau lebih dibawah rentang berat badan ideal - Diare - Kelemahan otot mengunyah - Kelemahan otot untuk menelan - Kram abdomen 	<p>Domain II Kesehatan fisiologis Kelas K: Pencernaan dan nutrisi</p> <p>Kode 1009 Status Nutrisi: asupan nutrisi</p> <p>Definisi: Asupan gizi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan metabolik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama jam pasien dapat meningkatkan status nutrisi yang adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan kalori, protein dan zat besi adekuat 2. Porsi makan dihabiskan 3. Berat badan dipertahankan/meningkat 	<p>Domain I Fisiologis dasar Kelas D Dukungan Nutrisi Kode 1100 Manajemen Nutrisi</p> <p>Definisi: menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi 2. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien 3. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan 4. Bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan 5. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit 6. Monitor kecenderungan terjadinya

	<ul style="list-style-type: none"> - Kurang informasi - Kurang minat pada makanan - Membran mukosa pucat - Nyeri abdomen - Penurunan berat badan dengan asupan makan adekuat <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faktor biologis - Faktor ekonomi - Gangguan psikososial - Ketidakmampuan makan - Kurang asupan makan 		<p>penurunan atau peningkatan berat badan</p> <p>7. Anjurkan pasien untuk makan pada porsi yang sedikit dan sering</p>
3	<p>Kode 00092</p> <p>Intoleransi aktivitas</p> <p>Definisi:</p> <p>Ketidacukupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus atau yang ingin dilakukan</p> <p>Batasan karakteristik:</p>	<p>Domain 1 Fungsi kesehatan</p> <p>Kelas A Pemeliharaan energi</p> <p>Kode 0005 Toleransi terhadap aktivitas</p> <p>Definisi: Respon fisiologis terhadap pergerakan yang memerlukan energi dalam aktivitas sehari-hari</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama jam pasien dapat toleransi dengan aktivitas dengan kriteria hasil:</p>	<p>Domain 1 Fisiologis dasar</p> <p>Kelas A manajemen aktivitas dan latihan</p> <p>Kode 0180 Manajemen energi</p> <p>Defenisi:</p> <p>Pengaturan energi yang digunakan untuk menangani atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan fungsi</p> <p>1. Kaji status fisiologi pasien yang menyebabkan kelelahan sesuai dengan konteks usia dan perkembangan</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Keletihan - Dispneu setelah beraktivitas - Ketidaknyamanan setelah beraktivitas - Respon frekuensi jantung abnormal terhadap aktivitas - Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gaya hidup kurang gerak - Imobilitas - Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen - Tirah baring 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saturasi oksigen saat beraktivitas normal 2. Frekuensi nadi saat beraktivitas normal 3. Warna kulit tidak pucat 4. Melakukan aktivitas secara mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Anjurkan pasien mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai keterbatasan yang dialami 3. Perbaiki defisit status fisiologi sebagai prioritas utama 4. Tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan 5. Monitor asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat 6. Catat waktu dan lama istirahat/tidur pasien 7. Monitor sumber dan ketidaknyamanan /nyeri yang dialami pasien selama aktivitas.
4	<p>Kode 00108</p> <p>Defisit perawatan diri: mandi</p> <p>Defenisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri</p> <p>Batasan karakteristik:</p>	<p>Domain 1 Fungsi kesehatan</p> <p>Kelas D Perawatan diri</p> <p>Kode 0301 Perawatan diri: mandi</p> <p>Defenisi: tindakan seorang untuk membersihkan badannya sendiri secara mandiri atau tanpa alat bantu.</p>	<p>Domain 1 Fisiologis dasar</p> <p>Kelas F fasilitasi Perawatan diri</p> <p>Kode 1801 Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan</p> <p>Definisi: membantu pasien melakukan kebersihan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas

	<ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan membasuh tubuh - Ketidakmampuan mengakses kamar mandi - Ketidakmampuan mengambil peralatan mandi - Ketidakmampuan mengatur air mandi - Ketidakmampuan mengeringkan tubuh - Ketidakmampuan menjangkau sumber air <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansietas - Gangguan fungsi kognitif - Gangguan fungsi muskuloskeletal - Gangguan neuromuskular - Gangguan persepsi - Kelemahan - Kendala lingkungan - Ketidakmampuan merasakan bagian 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama menit, pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mandi dengan bersiram 2. Mencuci badan bagian atas 3. Mencuci badan bagian bawah 4. Mengeringkan badan 	<p>perawatan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Letakkan handuk, sabun mandi, shampo, lotion dan peralatan lainnya disisi tempat tidur atau kamar mandi 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi 4. Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien 5. Jaga ritual kebersihan 6. Beri bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri
--	--	---	--

	tubuh - Nyeri - Penurunan motivasi		
5	Kode 00126 Defisiensi pengetahuan Definisi: ketiadaan atau defisiensi informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu Batasan karakteristik: - Ketidakakuratan melakukan tes - Ketidakakuratan mengikuti perintah - Kurang pengetahuan - Perilaku tidak tepat Faktor yang berhubungan: - Gangguan fungsi kognisi - Gangguan memori - Kurang informasi - Kurang minat untuk belajar - Kurang sumber pengetahuan - Salah pengertian	NOC: Knowledge : disease process Knowledge : health Behavior Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama Pasien dan keluarga menunjukkan pengetahuan tentang proses penyakit dengan kriteria hasil: - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar - Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	1. Kaji tingkat pengetahuan pasien dan keluarga 2. Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan dengan anatomi dan fisiologi, dengan cara yang tepat. 3. Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat 4. Gambarkan proses penyakit, dengan cara yang tepat 5. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat 6. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat 7. Sediakan bagi keluarga informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat 8. Diskusikan pilihan terapi atau penanganan 9. Dukung pasien untuk mengeksplorasi atau mendapatkan second opinion dengan cara yang tepat atau diindikasikan

	terhadap orang lain		10. Eksplorasi kemungkinan sumber atau dukungan, dengan cara yang tepat
6	<p>Kode 00146 Anxietas Definisi: perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respons otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya.</p> <p>Batasan karakteristik perilaku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agitasi - Gelisah - Gerakan ekstra - Insomnia - Kontak mata yang buruk - Melihat sepintas - Mengekspresikan kekhawatiran karena perubahan - Penurunan produktifitas - Tampak waspada <p>Afektif:</p>	<p>Kelas : Kontrol kecemasan Koping Setelah dilakukan asuhan selama klien kecemasan teratasi dgn kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas - Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas - Vital sign dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan 	<p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pendekatan yang menenangkan - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis - Libatkan keluarga untuk mendampingi klien - Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi - Dengarkan dengan penuh perhatian - Identifikasi tingkat kecemasan - Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan - Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi - Kolaborasi pemberian terapi

	<ul style="list-style-type: none"> - Distres - Gelisah - Gugup - Kesedihan yang mendalam - Menyesal - Peka - Putus asa - Ragu - Sangat khawatir <p>Fisiologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gemetar - Peningkatan ketegangan - Tremos tangan - Wajah tegang <p>Simpatis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anoreksia - Daire - Dilatasi pupil - Lemah - Mulut kering - Peningkatan refleks - Peningkatan frekuensi napas - Wajah memerah <p>Parasimpatis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dorongan segera 		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> berkemih - Gangguan pola tidur - Melamun - Nyeri abdomen - Penurunan kemampuan untuk belajar - Pusing - Penurunan denyut nadi <p>Kognitif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cenderung menyalahkan orang lain - Gangguan konsentrasi - Melamun - Penurunan lapang persepsi <p>Faktor yang berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ancaman kematian - Ancaman pada status terkini - Perubahan besar (misalnya: status ekonomi, lingkungan, status kesehatan, fungsi peran, status peran) 		
7	Risiko infeksi b/d imunitas tubuh menurun, prosedur	Setelah dilakukan askep jam tidak terdapat factor risiko infeksi dengan	Kontrol infeksi : <ul style="list-style-type: none"> - Bersihkan lingkungan setelah

	invasive	<p>kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bebas dari gejala infeksi, - angka lekosit normal (4-11.000) - vital sign dalam batas normal 	<p>dipakai pasien lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Batasi pengunjung bila perlu dan anjurkan u/ istirahat yang cukup - Anjurkan keluarga untuk cuci tangan sebelum dan setelah kontak dengan klien. - Gunakan sabun anti microba untuk mencuci tangan. - Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. - Gunakan baju dan sarung tangan sebagai alat pelindung. - Pertahankan lingkungan yang aseptik selama pemasangan alat. - Lakukan perawatan luka dan dresinginfus,DC setiap hari jika ada - Tingkatkan intake nutrisi. Dan cairan yang adekuat - berikan antibiotik sesuai program <p>Proteksi terhadap infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. - Monitor hitung granulosit dan WBC. - Monitor kerentanan terhadap infeksi. - Pertahankan teknik aseptik untuk
--	----------	---	--

			<p>setiap tindakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi kulit dan mebran mukosa terhadap kemerahan, panas. - Monitor perubahan tingkat energi. - Dorong klien untuk meningkatkan mobilitas dan latihan. - Instruksikan klien untuk minum antibiotik sesuai program. - Ajarkan keluarga/klien tentang tanda dan gejala infeksi.dan melaporkan kecurigaan infeksi.
--	--	--	---

Sumber: Wong 2012. *Pedoman Klinis Keperawatan pediatrik Edisi 4.Jakarta:EGC*

NANDA Internasional.2015.Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi. Jakarta: EGC

Moorhead Sue, dkk. 2013. Nursing Outcome Classification Edisi 5.Elsevier

Bulechek,dkk.2013. Nursing Intervention Classification Edisi 6.Elsevier

2.2.4 Implementasi Keperawatan

1. Anemia pasca perdarahan

Penatalaksanaan awal dengan memberikan transfusi darah. Pilihan kedua adalah dengan memberikan plasma (*plasma expanders* atau *plasma substitute*). Dalam keadaan darurat diberikan cairan intravena dengan cairan infus apa saja yang tersedia.

2. Anemia defisiensi zat besi

Penatalaksanaan terapeutik difokuskan pada peningkatan jumlah suplemen zat besi yang diterima anak. Biasanya usaha ini dilakukan melalui konsultasi diet dan pemberian suplemen zat besi per oral.

Jika sumber zat besi dalam makanan tidak dapat menggantikan simpanan yang ada di dalam tubuh, pemberian suplemen zat besi per oral perlu di programkan selama kurang lebih 3 bulan. Apabila kadar Hb sangat rendah atau jika kadar tersebut tidak berhasil naik setelah terapi oral selama 1 bulan, penting untuk mengkaji apakah pemberian zat besi sudah dilakukan secara benar. Transfusi juga hanya diindikasikan pada keadaan anemia yang paling berat dan pada kasus infeksi yang serius. (Wong, 2009:1120)

Pada anak dengan defisiensi zat besi diberikan sulfas ferosus 3x10 mg/kg BB/ hari (waspada terhadap terjadinya enteritis). Dapat diberikan preparat zat besi parenteral secara intramuskular atau intra vena bila pemberian per oral tidak dapat diberikan. Transfusi darah hanya diberikan bila kadar Hb kurang dari 5g/dL disertai keadaan umum buruk, misalnya gagal jantung, bronkopneumonia dan sebagainya. Obat cacing hanya diberikan jika ternyata anak menderita cacingan, antibiotik bila perlu (terdapat infeksi).

3. Anemia sel sabit

Terapi bertujuan untuk; 1) mencegah keadaan yang meningkatkan pembentukan sel sabit yang bertanggungjawab atas terjadinya sekuele patologik; dan 2) mengatasi kondisi darurat medis pada krisis sel sabit. Pencegahan terdiri atas upaya mempertahankan hemodilusi.

Keberhasilan mengimplementasi tujuan ini lebih sering bergantung pada intervensi keperawatan dibandingkan terapi medis. Biasanya penatalaksanaan medis terhadap krisis sel sabit merupakan tindakan suportif dan simptomatik.

Biasanya penatalaksanaan medis terhadap krisis sel sabit merupakan tindakan suportif dan simptomatik yang bertujuan untuk memberi kesempatan tirah baring agar meminimalkan pengeluaran energi dan pemakaian oksigen, hidrasi melalui terapo oral dan IV, penggantian elektrolit, analgesik untuk mengatasi rasa nyeri yang hebat akibat vaso-oklusi, transfusi darah untuk mengatasi anemia dan mengurangi viskositas darah yang mengalami pembentukan sel sabit, antibiotik untuk mengobati setiap infeksi yang terjadi (Wong, 2009:1121).

4. Anemia hemolitik

- 1) Terapi gawat darurat yang dilakukan untuk mengatasi syok dan mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit serta memperbaiki fungsi ginjal. Jika anemia berat maka perlu dilakukan transfusi dengan pengawasan ketat. Transfusi yang diberikan berupa *washed red cells* untuk mengurangi beban antibodi. Selain itu juga diberikan steroid parenteral dosis tinggi atau bisa juga hiperimun globulin untuk menekan aktivitas makrofag.
- 2) Terapi suportif-simptomatik bertujuan untuk menekan proses hemolisis terutama di limpa dengan jalan splenektomi. Selain itu juga diberikan terapi asam folat untuk mencegah krisis megaloblastik.
- 3) Terapi kausal bertujuan untuk mengobati penyebab dari hemolisis namun biasanya penyakit ini idiopatik dan herediter sehingga sulit untuk ditangani.

5. Anemia aplastik

Tujuan terapi anemia aplastik didasarkan pada pengenalan proses penyakit yang mendasarinya yaitu kegagalan sumsum tulang untuk

melaksanakan fungsi hematopoietik. Oleh karena itu, terapi diarahkan untuk pemulihan fungsi sumsum tulang yang meliputi dua cara penanganan utama yaitu:

- 1) Terapi imunosupresif untuk menghilangkan fungsi imunologi yang diperkirakan memperpanjang keadaan apalasia dengan menggunakan globulin antitimosit (ATG) atau globulin antilimfosit (ALG) yaitu terapi primer bagi anak yang bukan calon untuk transplantasi sumsum tulang. Anak itu akan berespon dalam tiga bulan atau tidak sama sekali terhadap terapi ini. Terapi penunjang mencakup pemakaian antibiotik dan pemberian produk darah.
- 2) Penggantian sumsum tulang melalui transplantasi. Transplantasi sumsum tulang merupakan terapi bagi anemia aplastik berat jika donor yang sesuai. Pilihan utama pengobatan anemia aplastik adalah transplantasi sumsum tulang dengan donor saudara kandung, yang antigen limfosit manusianya (HLA) sesuai. Jika ingin melakukan pemeriksaan sumsum tulang, pemeriksaan HLA keluarga harus segera dilakukan dan produk darah harus sesedikit mungkin digunakan untuk menghindari terjadinya sensitisasi. Untuk menghindari terjadinya sensitisasi, darah hendaknya juga jangan didonasi oleh keluarga anak. Produk darah harus selalu diradiasi dan disaring untuk menghilangkan sel-sel darah putih yang ada, sebelum diberikan pada anak yang menjadi calon penerima transplantasi sumsum tulang (Betz & Sowden, 2002:11).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Capernito, 1999:28) 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 infeksi tidak terjadi, kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi, pasien dapat mempertahankan atau meningkatkan aktivitas,

peningkatan perfusi jaringan perifer, dapat mempertahankan integritas kulit, pasien mengerti dan memahami tentang penyakit, prosedur diagnostik dan rencana pengobatan.

BAB 3

STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Studi Kasus

3.1.1 Pengkajian

Dalam bab ini diuraikan studi kasus yaitu asuhan keperawatan penyakit anemia pada anak. Asuhan keperawatan dimulai dari melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa, menetapkan intervensi, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi. Pengkajian dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 25 Juni 2018 jam 10.00 WITA. Mahasiswa menggunakan metode anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik dalam pengkajian keperawatan. Pasien yang dikaji bernama An. A.S berusia 7 tahun dan berjenis kelamin perempuan. Saat ini An. A.S berstatus sebagai seorang pelajar yang duduk di bangku sekolah dasar, agama Kristen Protestan, bertempat tinggal di Boking. Pasien masuk UGD pada tanggal 21 Juni 2018 pukul 01.30 WITA dengan diagnosa medis anemia.

Saat ini pasien dirawat diruang Kenanga dengan diagnosa medis anemia. Saat di kaji keluhan yang dirasakan pasien adalah badan terasa lemas. Pasien mengatakan awal masuk rumah sakit karena mengalami muntah darah sudah tiga kali sejak dirumah dan melena dua kali namun saat di UGD pasien sudah tidak mengalami melena lagi. Saat pengkajian didapatkan data tanda-tanda vital dengan suhu 36.2⁰C, nadi 62x/menit dan lemah, pernapasan 28x/menit.

Keluarga pasien mengatakan pada saat An. A.S berusia 3 tahun, ia pernah dirawat dirumah sakit karena adanya masa di abdomen kanan bagian bawah. Saat itu An. A.S lebih banyak diberikan obat tradisional dan jarang mengonsumsi obat-obatan medis. Pasien mengatakan bahwa ia alergi terhadap makanan seperti ikan, telur dan mie instan.

Pada pola hidup, pasien mengalami gangguan pada personal hygiene. Saat sebelum sakit, biasanya An. A.S mandi dan menyikat gigi dua kali dalam sehari namun pada saat sakit pasien hanya dapat mandi dan menyikat gigi sekali dalam sehari karena pasien merasa lemas. Pasien juga mengalami gangguan pada masalah nutrisi seperti porsi makan yang tidak dapat dihabiskan, An. A.S juga tidak suka mengonsumsi sayur dan buah sehingga menurut Ibu dari pasien, berat badan An. A.S saat ini sudah menurun dari ukuran sebelum sakit. Aktivitas bermain pun menjadi terbatas karena keadaan lemahnya. Saat dilakukan pengukuran, berat badan An. A.S 18 Kg dan tinggi badan 124cm.

Pengkajian juga dilakukan untuk mengetahui dampak hospitalisasi yang terjadi pada An. A.S maupun orang tuanya diantaranya pasien merasa tidak nyaman karena selalu di periksa berulang kali, pasien merasa takut terhadap tindakan yang dilakukan, pasien bergantung pada orang lain (orang tua) untuk dapat memenuhi kebutuhannya, pasien terpisah dari saudara-saudaranya yang ada di rumah (Boking), kedekatan pasien dan orang tua makin terjalin, orang tua merasa khawatir terhadap kondisi anaknya. Saat dilakukan pemeriksaan fisik, didapatkan hasil rambut tampak kotor dan lengket, rambut berwarna pirang, konjungtiva anemis, sklera berwarna putih, pupil isokhor, bibir tampak pucat, lidah dan gigi tampak kotor. Pada pemeriksaan abdomen didapatkan hasil bentuk abdomen simetris, abdomen teraba keras, adanya massa pada abdomen kanan bawah dan adanya pembesaran hati dan limpa, bising usus 8x/menit dan tidak ada mual muntah.

Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018 pukul 03.27 Wita, didapatkan hasil pemeriksaan APTT 44,8 detik, Hemoglobin 6,0g/dL, Eritrosit $2,71 \cdot 10^6/uL$, Hematokrit=19,0%, Eosonofil=0,0%, Neutrofil=73,4%, Trombosit $71 \cdot 10^3/uL$. Pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018 pukul 13.24 didapatkan hasil hemoglobin 4.9 g/dL, jumlah eritrosit $2.23 \cdot 10^6/uL$, hematokrit 15.7%, eosonofil 0.0%,

neutrofil 74.6%, limfosit 17.7%, jumlah trombosit $68 \times 10^3/\text{uL}$, PCT 0.07%. Pada pemeriksaan darah tepi didapatkan hasil eritrosit: normokrom normositik, polikromatia (-) normoblast (-). Leukosit: kesan jumlah normal, dominasi netrofil segmen, blast (-). Trombosit: kesan jumlah menurun, platelet berukuran besar (+). Kesimpulan yang didapat: anemia normokromik, normositik ec *suspect chronic disease*, trombositopenia. Sementara pada pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan hasil hemoglobin 6.7 g/dL, jumlah eritrosit $3.01 \times 10^6/\text{uL}$, hematokrit 21.2%, jumlah leukosit $1.02 \times 10^3/\text{uL}$, monosit 10.8%, jumlah neutrofil $0.42 \times 10^3/\text{uL}$, jumlah limfosit $0.49 \times 10^3/\text{uL}$, jumlah trombosit $24 \times 10^3/\text{uL}$.

Saat perawatan, pasien mendapatkan obat-obatan D5 $\frac{1}{2}$ NS 1000cc/24 jam (14 tetes per menit), OAT (Isoniazid, Rifampicin, Pirazinamide), B6 1x0.6mg, paracetamol syrup 3x $\frac{1}{2}$ ctg per oral, amoxycilin 3x $1\frac{1}{2}$ ctg per oral.

3.1.2 Diagnosa Keperawatan

3.1.2.1 Rumusan Diagnosa

Diagnosa keperawatan ditegakkan berdasarkan data-data hasil pengkajian dan analisa data, mulai dari menetapkan masalah, penyebab dan data-data yang mendukung. Masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien adalah:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa lemas dan pusing saat bangun dari tempat tidur, konjungtiva tampak pucat, bibir pucat, pada pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018 pukul 03.27 Wita, didapatkan hasil pemeriksaan APTT 44,8 detik, Hemoglobin 6,0g/dL, Eritrosit $2,71 \times 10^6/\text{uL}$, Hematokrit=19,0%, Trombosit $71 \times 10^3/\text{uL}$. Pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018

pukul 13.24 didapatkan hasil hemoglobin 4.9 g/dL, jumlah eritrosit $2.23 \times 10^6/\mu\text{L}$, hematokrit 15.7%, jumlah trombosit $68 \times 10^3/\mu\text{L}$. Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan hasil hemoglobin 6.7 g/dL, jumlah eritrosit $3.01 \times 10^6/\mu\text{L}$, hematokrit 21.2%, jumlah trombosit $24 \times 10^3/\mu\text{L}$.

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia yang ditandai dengan pasien hanya menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan (6 sendok makan), tinggi badan 124 cm, berat badan saat ini 18kg, lingkar perut 68cm.
3. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan persepsi yang ditandai dengan keluarga pasien mengatakan saat pasien sakit ia jarang mandi ataupun dimandikan, kulit pasien tampak kotor, rambut kotor dan lengket, gigi dan lidah kotor, kuku panjang dan kotor.
4. Kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan keluarga pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan penyakit yang dialami anak A.S karena selalu di periksa namun belum ada hasil yang jelas, keluarga pasien tampak khawatir dengan penyakit anaknya, ekspresi keluarga selalu murung.

3.1.2.2 Prioritas Masalah

Dalam memprioritaskan masalah ada 3 hal yang perlu dipertimbangkan yaitu apakah masalah tersebut mengancam kehidupan, mengancam kesehatan atau mengancam tumbuh kembang pasien. Langkah selanjutnya adalah menentukan tujuan, baik itu tujuan umum/goal maupun tujuan khusus/obyektif yang merupakan harapan pasien agar dapat

dievaluasi dengan baik oleh perawat. Selanjutnya menetapkan intervensi atau rencana tindakan serta rasional dari setiap tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya.

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer merupakan masalah yang dapat mengancam kehidupan pasien.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan masalah yang dapat mengancam kesehatan pasien.
3. Defisit perawatan diri: mandi merupakan masalah yang dapat mengancam kesehatan pasien.
4. Kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit merupakan masalah yang dapat mengancam tumbuh kembang pasien.

3.1.3 Intervensi Keperawatan

3.1.3.1 *Nursing Outcome Classification (NOC)*

Untuk diagnosa I mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu adanya pengisian kapiler ke ekstremitas yang adekuat, wajah tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, *capillary refill time* <2 detik, tidak ada kelemahan otot.

Untuk diagnosa II mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 30 menit pasien dapat meningkatkan status nutrisi yang adekuat dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu asupan kalori protein dan zat besi adekuat, porsi makan dapat dihabiskan, berat badan dapat dipertahankan atau ditingkatkan.

Untuk diagnosa III mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 30 menit pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam

perawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan yaitu pasien dapat mandi dengan bersiram, pasien dapat mencuci badan bagian atas, pasien dapat mencuci badan bagian bawah, pasien tampak bersih, pasien mengatakan merasa nyaman, pasien dapat mengeringkan badan.

Untuk diagnosa IV mahasiswa melakukan tujuan dari rencana tindakan yaitu setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 20 menit kecemasan pasien dan keluarga dapat teratasi dengan criteria hasil yang diharapkan yaitu pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas, pasien dan keluarga dapat mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas, tanda vital dalam batas normal, postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan.

3.1.3.2 *Nursing Intervention Clasification (NIC)*

Untuk diagnosa I, dipilih dari domain II fisiologis kompleks kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan dengan kode 4180 manajemen hipovolemi yang didefinisikan sebagai ekspansi dari volume cairan intravaskuler pada pasien yang cairannya berkurang, maka dipilih intervensi timbang berat badan diwaktu yang sama (08.00 wita), monitor status homeodinamik meliputi nadi dan tekanan darah, monitor adanya tanda-tanda dehidrasi, monitor asupan dan pengeluaran, monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri, monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan (perdarahan, muntah, diare, keringat yang berlebihan, dan takipnea), monitor adanya data laboratorium terkait dengan kehilangan darah (misalnya hemoglobin, hematokrit), dukung asupan cairan oral, jaga kepatenan akses intavena, berikan produk darah yang diresepkan dokter, bantu pasien dengan ambulasi pada kasus hipotensi postural, instruksikan pada pasien/keluarga untuk mencatat intake dan output

dengan tepat, instruksikan pada pasien/keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia.

Untuk diagnosa I juga dipilih dari domain II fisiologis kompleks kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan dengan kode 4030 pemberian produk-Produk darah yang di definisi sebagai tindakan memberikan darah atau produk darah dan memonitor respon pasien dengan intervensi yang di pilih yaitu cek kembali instruksi dokter, dapatkan riwayat tranfusi pasien, dapatkan atau verifikasi kesediaan (*informed consent*) pasien, cek kembali pasien dengan benar, tipe darah, tipe Rh, jumlah unit, waktu kadaluarsa dan catat per protokol di agensi, monitor area IV terkait dengan tanda dan gejala dari adanya infiltrasi, phlebitis dan infeksi lokal, monitor adanya reaksi transfusi , monitor dan atur jumlah aliran selama transfusi, beri saline ketika transfusi selesai, dokumentasikan waktu transfusi, dokumentasikan volume infus.

Untuk diagnosa II, intervensi dipilih dari domain I fisiologis dasar kelas D dukungan nutrisi dengan kode 1100 manajemen nutrisi yang didefinisi sebagai tindakan untuk menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang dengan intervensi yang di ambil yaitu tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi, identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan, bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit, monitor kecenderungan terjadinya penurunan atau peningkatan berat badan, anjurkan pasien untuk makan pada porsi yang sedikit dan sering.

Untuk diagnosa III, intervensi dipilih dari domain 1 fisiologis dasar kelas F fasilitasi perawatan diri dengan kode 1801 Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan yang didefinisi sebagai upaya membantu pasien melakukan kebersihan diri dengan intervensi yang

dipilih yaitu pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri, letakkan handuk, sabun mandi, shampo, lotion dan peralatan lainnya disisi tempat tidur atau kamar mandi, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi, monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien, jaga ritual kebersihan, beri bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri.

Untuk diagnosa IV, dipilih dari *Anxiety Reduction* (penurunan kecemasan) dengan intervensi gunakan pendekatan yang menenangkan, nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, libatkan keluarga untuk mendampingi pasien, instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, dengarkan dengan penuh perhatian, identifikasi tingkat kecemasan, bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi, kolaborasi pemberian terapi.

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan setelah perencanaan kegiatan dirancang dengan baik. Tindakan keperawatan mulai dilakukan tanggal 25-28 Juni 2018. Tidak semua diagnosa keperawatan dilakukan implementasi setiap hari.

Pada hari pertama tanggal 25 Juni 2018 dilakukan tindakan keperawatan pada diagnose I ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yaitu pada saat sebelum memasang produk dara, mahasiswa menghitung nadi dengan hasil 68x/menit dan mengukur suhu An. A.S dengan hasil 36,4⁰C kemudian mengganti cairan infuse pasien dengan

NaCl 0,9% dan mengganti infuse set dengan transfuse set. Kemudian melayani pemberian produk darah 1 bag @200cc (8 tetes per menit) pada pukul 09.30 WITA sambil mengobservasi keadaan pasien setelah terpasang darah tidak ada tanda-tanda alergi terhadap pemberian darah, tidak ada rasa gatal-gatal pada kulit, tidak ada kemerahan pada kulit, pasien tidak demam (suhu tubuh 36,4⁰C) dan pasien tidak mengalami syok.

Pada hari kedua tanggal 26 Juni 2018 dilakukan tindakan pada diagnosa III yaitu membantu pasien melakukan kebersihan diri pada pukul 08.30 dengan cara memandikan pasien dengan memperhatikan privasi, membantu pasien menggosok gigi, menggunting dan membersihkan kuku pasien yang panjang dan kotor. Setelah pasien An. A.S dimandikan, ia merasa segar dan bersih. Saat itu pasien sudah tampak bersih, kulit tidak teraba lengket, kuku pendek dan bersih, pasien tidak menggaruk-garuk bagian.

Saat itu juga dilakukan tindakan untuk membantu menyelesaikan masalah pada diagnosa II yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada pukul 10.00 dengan cara menimbang berat badan pasien (18kg) dan menentukan status nutrisi pasien yaitu pasien dengan gizi kurang, mengidentifikasi adanya alergi terhadap makanan yaitu pasien alergi terhadap ikan, telur dan mie, menganjurkan pasien makan dengan porsi kecil tapi sering, pasien dapat menghabiskan ½ porsi makan pagi yang disediakan dan pasien dapat menghabiskan snack yang disediakan.

Seiring dengan itu, dilakukan juga tindakan keperawatan dalam memonitor keefektifan perfusi jaringan perifer dengan cara mengukur nadi pada pukul 11.30 (68x/menit, nadi lemah), mengukur *capillary refill time* yaitu >2 detik, memonitor data laboratorium terkait dengan hemoglobin dan hematokrit, hasil laboratorium terbaru ditanggal 23 Juni 2018 dengan hasil hemoglobin 6.7 g/dL. Pada pukul 12.00 mahasiswa mengantar An. A.S ke poli Onkologi untuk dilakukan

pemeriksaan *Bone Marrow Puncture*. Pengambilan darah yang pertama dilakukan pada spina iliaca anterior superior (SIAS) namun pengambilan gagal dan lokasi pengambilan darah di pindahkan pada tulang tibialis (produksi sel darah merah pada anak lebih cepat terjadi pada tulang panjang). Saat ini pasien tampak menangis keras (skala nyeri 10 dengan menggunakan skala wajah). Pada pukul 13.40 mahasiswa mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri dengan teknik non farmakologi. Setelah itu didapatkan hasil skala nyeri 7 (menggunakan skala wajah), pasien juga tidak mau berbicara saat itu, dan pasien sudah tidak menangis.

Pada hari ketiga tanggal 27 Juni 2018 dilakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah pada diagnosa I yaitu pada pukul 07.30 Wita dilakukan tindakan mengobservasi keadaan umum pasien dimana pasien tampak pucat dan akral dingin, menimbang berat badan pasien didapatkan hasil 18 kg, mengukur nadi pasien didapatkan hasil 72z/menit, memonitor data laboratorium pasien terkait dengan hemoglobin 12 g/dL.

Dan pada diagnosa II dilakukan tindakan mengukur/menimbang berat badan pasien 18 Kg dengan tinggi badan 124cm, mengobservasi keadaan umum pasien dimana pasien tampak pucat dan akral teraba dingin, juga mengangjurkan pasien untuk makan dalam porsi sedikit tapi sering, saat ini pasien sudah dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan namun status gizi An. A.S masih dengan gizi kurang.

Pada hari keempat tanggal 28 Juni 2018 dilakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit pada pukul 10.00 dengan cara melakukan komunikasi menggunakan komunikasi terapeutik, menggali informasi dari pasien dan keluarga mengenai penyebab cemas yang dirasakan, mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disampaikan oleh pasien dan keluarga (orang tua), mengajarkan pasien dan keluarga teknik relaksasi, memberikan pengetahuan yang cukup

berhubungan dengan faktor penyebab kecemasan kepada pasien dan keluarga (orang tua). Saat itu keluarga mengatakan mengerti dengan apa yang dijelaskan namun masih merasa khawatir dengan kondisi anaknya tetapi orang tua percaya bahwa sakit yang dialami anaknya pasti akan sembuh.

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi yang dilakukan antara lain pada tanggal 25 Juni 2018 dengan diagnosa I ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yaitu: pasien mengatakan tidak merasa gatal atau demam setelah pemasangan transfusi darah yang ditandai dengan suhu tubuh An. A.S $36,4^{\circ}\text{C}$, nadi 68x/menit (lemah), tidak ada kemerahan di badan, hasil laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan Hb 6,7 g/dL. Untuk itu dapat disimpulkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi sehingga intervensi dilanjutkan di hari kedua.

Pada hari kedua tanggal 26 Juni 2018 dilakukan evaluasi pada diagnose III dengan masalah defisit perawatan diri yaitu: pasien mengatakan merasa bersih dan segar setelah selesai mandi yang secara objektif dapat dibuktikan dengan pasien tampak bersih, kulit tidak lengket, kuku tampak pendek dan bersih sehingga masalah defisit perawatan diri dapat teratasi dan intervensi dihentikan. Evaluasi juga dilakukan yang dilakukan pada diagnose II ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu saat ini pasien mengatakan tidak ada nafsu makan yang dapat dibuktikan dengan data objektif menunjukkan pasien hanya dapat menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan (nasi dan lauk, tanpa mengkonsumsi sayur), berat badan saat itu 18 kg dengan tinggi 124cm, berat badan ideal 21.6kg sehingga masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi. Evaluasi dilakukan pada diagnose I ketidakefektifan perfusi

jaringan perifer pada pukul 12.40 yaitu: pasien mengatakan merasa nyeri di lokasi pungsi di SIAS dan tibialis, pasien tampak menangis kesakitan, skala nyeri 10 (menggunakan skala wajah), CRT >2 detik, suhu 35,9⁰C, nadi 72x/menit, belum ada hasil laboratorium terbaru sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan belum teratasi, maka dilakukan intervensi untuk mengatasi masalah nyeri akut yang terjadi yaitu dengan mengajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam, observasi lokasi pungsi (SIAS dan tibialis), pasien sudah tidak lagi menangis, skala nyeri 8 (skala wajah), pasien tidak mau berbicara.

Pada tanggal 27 Juni dilakukan evaluasi pada diagnose I pukul 07.30 yaitu S: pasien mengatakan tidak merasa lemas saat ini, konjungtiva anemis, bibir pucat, CRT <2 detik, hemoglobin 12g/dL (26/06/2018) sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi dan intervensi dapat di hentikan. Evaluasi juga dilakukan pada diagnose II ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu: pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas lagi, pasien dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan dalam waktu yang lama, hasil laboratorium pasien tanggal 26 Juni 2018 adalah hb 12.1 g/dL, berat badan 18,1 kg dengan tinggi badan 124 cm sehingga masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi dan intervensi dapat di hentikan.

Pada tanggal 28 Juni 2018 dilakukan evaluasi pada diagnose keempat kecemasan orang tua yaitu keluarga pasien mengatakan percaya bahwa anaknya pasti akan sembuh dari penyakit yang dialaminya saat ini yang dibuktikan dengan data objektif keluarga (orang tua) tampak menerima kondisi anak saat ini sehingga masalah kecemasan orang tua teratasi dan intervensi dapat di hentikan.

3.2 Pembahasan Studi Kasus

Pada pembahasan akan diuraikan kesenjangan antara teori dan praktek. Pada dasarnya dalam memberikan asuhan keperawatan, proses

keperawatan merupakan alatnya, dimana melalui pengkajian pada pasien akan diperoleh data-data (data primer maupun data sekunder), baik yang bersifat obyektif maupun yang bersifat subyektif. Data-data yang diperoleh melalui pengkajian selanjutnya dianalisa untuk menemukan adanya masalah kesehatan. Tentunya data-data yang dimaksudkan adalah data-data yang menyimpang dari nilai normal yang pada umumnya mencirikan penyakit yang sedang dialami oleh pasien. Setelah masalah keperawatan diangkat lalu diagnosa keperawatan pun ditegakkan dimana komponen penyusunannya terdiri atas *problem, etiologi, sign dan symptom* (diagnosa aktual), *problem dan etiologi* (diagnosa potensial) dan komponen *problem* (diagnosa risiko/risiko tinggi).

Intervensi/perencanaan pun disusun berdasarkan diagnosa yang ada. Tujuan pencapaian dari setiap intervensi untuk setiap diagnosa ditetapkan saat menyusun perencanaan. Perencanaan yang telah ditentukan dilaksanakan untuk mengatasi masalah-masalah yang telah teridentifikasi. Keberhasilan dari setiap tindakan untuk tiap diagnosa dinilai atau dievaluasi, dengan demikian rencana perawatan selanjutnya dapat ditetapkan lagi.

Demikianpun asuhan keperawatan anak pada pasien dengan anemia. Pembahasan ini akan dilihat adanya kesenjangan antara teori dan praktek (kasus nyata) yang ditemukan pada pasien dengan anemia yang dirawat diruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

Menurut Betz & Sowden (2009:11) pengkajian pada pasien dengan anemia akan mendapatkan hasil adanya petekie, ekimosis, epistaksis, ulserasi oral, infeksi bakteri, demam, pucat, letih dan takikardi. Aplasia sistem retikulositopenia yang disertai dengan merendahnya kadar hemoglobin, hematokrit dan hitung eritrosit. Anak akan terlihat pucat disertai dngan berbagai gejala anemia seperti anoreksia, lemah, palpitasi, sesak napas karena gagal jantung. Pada

pasien ditemukan adanya ikterus, pembesaran limpa dan juga hepar. Pada pemeriksaan darah tepi menunjukkan pansitopenia dan limfositosis relatif. Pasien dengan anemia aplastik juga memiliki riwayat terapi radiasi (anak/orang tua), penggunaan obat-obatan seperti kloramfenikol, metisilin, sulfonamida, tiazid dan agen kemoterapeutik, adanya infeksi seperti hepatitis dan sepsis, keadaan alergi atau autoimun (Muscari M. 2005: 283)

Berdasarkan teori diatas dapat disimpulkan bahwa penyakit kelainan darah yaitu anemia aplastik yang dialami oleh An. A.S merupakan penyebab yang idiopatik ataupun bisa karena autoimun. Dari hasil pengkajian juga ditemukan bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, CRT >2 detik. Manifestasi klinis yang di temukan pada anak dengan anemia ini dikarenakan transport oksigen dalam darah yang menurun.

Pasien mengalami hepatomegali dan splenomegali yang dikarenakan depresi sumsum tulang sehingga terjadinya gangguan pembentukan eritrosit dimana produksi eritrosit akan menurun, maka akan terjadi suatu reaksi kompensasi sehingga hati dan limpa menggantikan fungsi sumsum tulang untuk memproduksi sel darah merah sehingga limpa dan hati menunjukkan respon negatif dengan terjadinya hepatomegali dan splenomegali. Namun perlu dilakukannya suatu pemeriksaan diagnostik agar dapat menjadi data pendukung dari suatu penyakit, seperti pada An. A.S yang akan dilakukan pemeriksaan *Bone Marrow Punction* (BMP) yaitu pemeriksaan mikroskopis sumsum tulang untuk menilai sifat dan aktifitas hemopoetiknya (pembentukan sel darah), tindakan ini dilakukan karena dalam pemeriksaan darah didapatkan komponen dalam darah (hemoglobin, hematokrit, eritrosit, trombosit) yang menurun dari jumlah nilai normal.

Pada saat pengkajian, pasien juga mengeluh nafsu makan menurun yang ditandai dengan pasien hanya dapat menghabiskan 6 sendok makan dari porsi makan yang disediakan. Kondisi ini

berpengaruh pada status nutrisi pasien, dimana berat badan pasien saat dikaji adalah 18kg dan tinggi badan adalah 124cm dan berat badan ideal 21.6kg. Disini terlihat bahwa status nutrisi An. A.S adalah gizi kurang.

3.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut NANDA (2015), Sesuai dengan data subjektif dan dan objektif yang didapatkan pada saat, dibandingkan dengan batasan karakteristik maka pada pasien anemia akan di dapat diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktivitas, defisit perawatan diri, defisit pengetahuan, kecemasan orang tua, resiko infeksi, resiko perdarahan.

Sedangkan pada kasus An. A.S, tidak semua diagnosa diambil dalam penegakkan diagnosa karena ketika dilakukan pengkajian keperawatan pada kasus ini pasien sudah dalam 4 hari perawatan di ruang Kenanga, sehingga diagnosa yang muncul sesuai dengan teori namun ada beberapa kesenjangan diantaranya diagnosa intoleransi aktivitas, resiko infeksi dan resiko perdarahan yang tidak diangkat. Diagnosa intoleransi aktivitas tidak diangkat karena pasien sudah tidak merasa pusing, pasien hanya merasa sedikit lemas tetapi pasien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti duduk, makan dan minum. Sementara untuk diagnosa resiko infeksi tidak diangkat karena pasien tidak menunjukkan tanda-tanda adanya infeksi seperti demam, jumlah leukosit mengalami penurunan namun tidak begitu signifikan dari nilai normal.

Namun ada nya diagnose nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, ini dikarenakan An. A.S menjalani pemeriksaan BMP dimana dengan dua lokasi tusukan yaitu di spina iliaka anterior superior dan di tibialis

3.2.3 Intervensi Keperawatan

Sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan, maka menurut Moorhead,dkk.2016 dalam *Nursing Outcome Classification* (NOC) digunakan jenis skala *likert* dengan semua kriteria hasil dan indikator yang menyediakan sejumlah pilihan yang adekuat untuk menunjukkan variabilitas didalam status/kondisi, perilaku atau persepsi yang digambarkan oleh kriteria hasil.

Pada kasus anemia pada An. A.S intervensi keperawatan pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah monitor status homeodinamik meliputi nadi dan tekanan darah, monitor adanya tanda-tanda dehidrasi, monitor asupan dan pengeluaran, monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri, monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan (perdarahan, muntah, diare, keringat yang berlebihan, dan takipnea), monitor adanya data laboratorium terkait dengan kehilangan darah (misalnya hemoglobin, hematokrit), dukung asupan cairan oral, jaga kepatenan akses intavena, berikan produk darah yang diresepkan dokter, bantu pasien dengan ambulasi pada kasus hipotensi postural, instruksikan pada pasien/keluarga untuk mencatat intake dan output dengan tepat, instruksikan pada pasien/keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia, pemberian produk-produk darah. Secara umum tujuan keperawatan pada pasien yang mengalami perfusi jaringan perifer yang tidak efektif tergantung pada batasan karakteristik masing-masing individu. Tujuan yang ditetapkan adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil yang di ambil yaitu adanya pengisian kapiler ke ekstremitas, wajah tidak pucat dan tidak ada kelemahan otot. Dipilih outcome ini karena pada pasien memiliki data yang mendukung seperti pasien mengeluh lemah,

konjungtiva anemis, bibir pucat, CRT >2 detik, Hb 6.7 g/dL sehingga untuk mengatasi masalah perfusi jaringan perifer yang tidak efektif ini pasien sudah mendapatkan empat kali transfusi darah dengan 200cc/bag darah dengan pemeriksaan laboratorium terakhir didapatkan hemoglobin 6.7 g/dL.

Diagnosa kedua adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dipilih intervensi seperti tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi, identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien, ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan, bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan, anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit, monitor kecenderungan terjadinya penurunan atau peningkatan berat badan, anjurkan pasien untuk makan pada porsi yang sedikit dan sering. Intervensi ini cocok untuk dilakukan karena pada pemeriksaan didapatkan berat badan anak yang menurun pada saat berada dalam kondisi sakit sehingga tindakan untuk mempertahankan atau meningkatkan status gizi anak juga perlu dilakukan.

Diagnosa ketiga adalah defisit perawatan diri: mandi dengan intervensi yang dipilih seperti pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri, letakkan handuk, sabun mandi, shampo, lotion dan peralatan lainnya disisi tempat tidur atau kamar mandi, sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi, monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien, jaga ritual kebersihan, beri bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri. Dalam perawatan diri tentunya memperhatikan hasil yang diharapkan dengan kriteria hasil yang diambil pasien dapat mandi dengan bersiram, pasien dapat mencuci badan bagian atas, pasien dapat mencuci badan bagian bawah, pasien dapat mengeringkan badan. Intervensi ini dipilih untuk melatih

kemandirian pasien dalam beraktifitas karena pasien tidak merasa pusing saat beraktifitas.

Diagnosa keempat adalah kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit anak dipilih intervensi berdasarkan batasan karakteristik yang sesuai dengan kondisi masing-masing individu. Intervensi yang di pilih untuk mengatasi masalah keperawatan adalah seperti gunakan pendekatan yang menenangkan, nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien, jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur, temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut, berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis, libatkan keluarga untuk mendampingi pasien, instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, dengarkan dengan penuh perhatian, identifikasi tingkat kecemasan, bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan, dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi, kolaborasi pemberian terapi. Dengan menggunakan teknik komunikasi terapeutik maka akan terciptanya hubungan saling percaya antara tenaga kesehatan dengan pasien maupun keluarga, untuk dapat mengetahui tingkat kecemasan pasien maupun keluarga. Selain itu juga untuk mengurangi rasa kecemasan nonfarmakologi dengan teknik relaksasi.

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam melakukan tindakan keperawatan pada An. A.S semua tindakan yang dilakukan berdasarkan teori keperawatan yang berfokus pada intervensi yang ditetapkan. Pada hari pertama tanggal 25 Juni 2018 dilakukan implementasi dari diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yaitu dengan memberikan produk darah 1 bag @200cc pada pukul 09.30 Wita dengan memperhatikan tanda-tanda alergi yang terjadi pada An. A.S dimana didapatkan hasil: pasien mengatakan tidak merasa gatal atau demam yang didukung oleh data objektif suhu tubuh An. A.S 36,4⁰C, nadi

68x/menit (lemah), tidak ada kemerahan di badan ataupun syok. Tindakan ini dilakukan karena sesuai dengan data hasil pemeriksaan laboratorium kadar hemoglobin masih rendah yaitu 6,7 g/dL sehingga diberikan satu bag produk darah 200cc untuk dapat meningkatkan jumlah hemoglobin. Tindakan ini juga dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ditetapkan sehingga tidak ada kesenjangan yang terjadi.

Pada hari kedua tanggal 26 Juni 2018 dilakukan implementasi dari diagnosa defisit perawatan diri: mandi, dengan tindakan yang dilakukan pada pukul 08.30 dengan cara memandikan pasien dengan memperhatikan privasi, membantu pasien menggosok gigi, menggunting dan membersihkan kuku pasien yang panjang dan kotor. Saat melakukan tindakan sesuai dengan prosedur pelaksanaan, langkah kerja berupa persiapan alat dan pasien serta langkah-langkah perawatan yang dilakukan secara sistematis dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan merasa segar dan nyaman setelah selesai mandi yang didukung oleh data objektif seperti kulit tampak bersih dan tidak lengket, kuku tampak pendek dan bersih maka tidak ada kesenjangan antara intervensi dan tindakan keperawatan, pasien juga dapat bekerja sama dengan mahasiswa, tindakan ini dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ditetapkan.

Dan juga dilakukan implementasi diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan implementasi yang dilakukan pada pukul 10.00 dengan cara menimbang berat badan pasien (18kg) dan menentukan status nutrisi pasien yaitu pasien dengan gizi kurang, mengidentifikasi adanya alergi terhadap makanan yaitu pasien alergi terhadap ikan, telur dan mie, menganjurkan pasien makan dengan porsi kecil tapi sering Intervensi yang dilakukan sesuai dengan tujuan yang diharapkan karena untuk mempertahankan status nutrisi anak, dapat menganjurkan pasien untuk makan dalam porsi kecil namun

sering dengan selalu menimbang berat badan pasien diwaktu yang sama.

Juga dilakukan tindakan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan pada diagnosa I yaitu dengan memonitor data laboratorium pasien terkait dengan hemoglobin, eritrosit, hematokrit dan trombosit, namun hasil laboratorium pasien masih yang lama (23 Juni 2018) karena belum adanya hasil untuk pemeriksaan terbaru. Saat itu juga dilakukan pengukuran suhu dan nadi pasien dengan hasil yang didapatkan $35,9^{\circ}\text{C}$ dan $72\text{x}/\text{menit}$. Pada pukul 12.00 mahasiswa mengantar An. A.S ke poli onkologi untuk dilakukan pemeriksaan BMP. Pada saat pengambilan sampel yang pertama di spina iliaca anterior superior gagal sehingga lokasi tempat pengambilan dipindahkan ke tulang tibialis karena pada anak-anak, produksi sel darah merah banyak terdapat di tulang panjang. Saat ini pasien merasa nyeri pada lokasi pungsi sehingga dapat ditegakkan diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik yang ditandai dengan An. A.S menangis keras, skala nyeri 10 (skala wajah) pasien tidak mau berbicara tapi dapat mengikuti perintah sehingga mahasiswa mengajarkan kepada An. A.S teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi nyeri yang di rasakan An. A.S. Tindakan ini dilakukan sesuai dengan keluhan yang dirasakan pasien yaitu merasa nyeri di lokasi pungsi (SIAS dan tibialis) untuk dapat mengurangi nyeri yang dirasakan oleh An. A.S

Pada tanggal 27 Juni 2018 dilakukan implementasi pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dengan tindakan mengobservasi keadaan umum pasien dimana pasien tampak pucat, nadi $68\text{x}/\text{menit}$ dan nadi teraba lemah, suhu tubuh $36,6^{\circ}\text{C}$, CRT <2 detik, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 26 Juni 2018 didapatkan hasil hemoglobin 12 g/dL . Dari hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin dalam batas normal, CRT dalam batas normal namun An. A.S masih tampak pucat dan tidak lagi lemas. An.

A.S mengalami kenaikan kadar hemoglobin yang signifikan dari 6,7 g/dL menjadi 12 g/dL, ini dikarenakan pasien mendapat terapi B6 dan juga pasien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan seperti kacang hijau, telur rebus dan makanan lainnya yang disediakan. Juga dilakukan implementasi untuk mengatasi masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan tindakan yaitu menimbang berat badan An. A.S pada pukul 07.30 dengan hasil 18,1 Kg, tinggi badan 124cm, pasien dapat menghabiskan porsi makan yang disediakan namun dalam waktu yang lama.

Intervensi yang dilakukan pada tanggal 28 Juni 2018 adalah mengatasi masalah keperawatan kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit pada pukul 10.00 dengan cara melakukan komunikasi menggunakan komunikasi terapeutik, menggali informasi dari pasien dan keluarga mengenai penyebab cemas yang dirasakan, mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disampaikan oleh pasien dan keluarga (orang tua), mengajarkan pasien dan keluarga teknik relaksasi, memberikan pengetahuan yang cukup berhubungan dengan faktor penyebab kecemasan kepada pasien dan keluarga (orang tua). Komunikasi yang bersifat terapeutik dapat dilakukan agar hubungan yang saling percaya antara mahasiswa dan pasien maupun keluarga. Tindakan yang dilakukan pun sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan agar tercapai tujuan yang sudah ditetapkan. Pasien dan keluarga mengatakan informasi yang diberikan sangat bermanfaat karena di tempat tinggal mereka tidak pernah ada tenaga kesehatan yang memberikan penyuluhan berhubungan dengan kesehatan.

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan tahap dalam asuhan keperawatan yang dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Evaluasi pada An.A.S sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan baik secara objektif maupun secara subjektif.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 25 Juni 2018 pada diagnosa I dimana pasien mengatakan tidak merasa demam dan gatal dengan didukung oleh data objektif yang menunjukkan suhu tubuh An. A.S $36,4^{\circ}\text{C}$, nadi 68x/menit (lemah), tidak ada kemerahan di badan, hasil laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan Hb 6,7 g/dL sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi dan intervensi dilanjutkan pada hari kedua.

Pada hari kedua tanggal 26 Juni 2018 dilakukan evaluasi pada diagnosa III defisit perawatan diri mandi yang berhubungan dengan gangguan persepsi yaitu pasien mengatakan merasa bersih dan segar setelah selesai mandi yang didukung oleh data objektif yaitu pasien tampak bersih, kulit tidak lengket, kuku tampak pendek dan bersih, sehingga masalah defisit perawatan diri teratasi. Intervensi ini perlu di ingatkan kepada pasien dan keluarga karena mereka berpikir jika sakit tidak boleh mandi karena akan memperlambat proses penyembuhan. Perlu untuk mengubah persepsi ini karena dapat mengganggu kesehatan An. A.S. Juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu pasien mengatakan tidak ada nafsu makan yang dibuktikan dengan pasien hanya dapat menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan (nasi dan lauk) tanpa menghabiskan sayur yang disediakan, berat badan pasien 18 kg, tinggi badan pasien 124 cm dengan berat badan ideal 21.6 kg. Hal ini menunjukkan masalah yang dialami pasien belum teratasi sehingga perlu adanya hubungan saling percaya antara mahasiswa dengan pasien maupun keluarga agar dapat meningkatkan status nutrisi An. A.S. evaluasi juga dilakukan pada diagnosa I ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dengan hasil pasien mengatakan merasa nyeri di lokasi pungsi di SIAS dan tibialis yang didukung oleh data objektif yaitu pasien tampak menangis kesakitan, skala nyeri 10 (menggunakan skala wajah), CRT >2 detik, suhu $35,9^{\circ}\text{C}$, nadi 72x/menit, belum ada hasil laboratorium terbaru sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan

belum teratasi. Juga dilakukan tindakan untuk ajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam, dan mengobservasi lokasi pungsi di SIAS dan tibialis apakah adanya tanda infeksi. Saat ini pasien tidak lagi menangis, skala nyeri 8 (skala wajah), pasien tidak mau berbicara sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi dan intervensi di lanjutkan pada hari ketiga.

Pada hari ketiga dilakukan evaluasi pada diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan pasien mengatakan tidak merasa lemas saat ini, konjungtiva tidak anemis namun bibir tampak pucat, CRT <2 detik, hemoglobin 12g/dL (26/06/2018), nadi 68x/menit (lemah). Suhu 36,6⁰C sehingga masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi karena hasil yang didapatkan sesuai dengan kriteria hasil yang ditentukan. Juga dilakukan evaluasi pada diagnosa II yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan hasil yang didapatkan pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas lagi yang dapat dibuktikan dengan data objektif yang menunjukkan pasien dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan, hasil laboratorium pasien tanggal 26 Juni 2018 adalah 12.1 g/dL sehingga masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi dan intervensi dihentikan.

Pada hari keempat dilakukan evaluasi pada diagnosa IV kecemasan orang tua dengan hasil yang didapatkan keluarga pasien mengatakan percaya bahwa anaknya pasti akan sembuh dari penyakit yang dialaminya saat ini yang didukung oleh data objektif yang menunjukkan keluarga (orang tua) tampak menerima kondisi anak saat ini sehingga masalah kecemasan orang tua teratasi dan intervensi dihentikan.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Dari hasil pengkajian An. A.S masuk rumah sakit pada tanggal 21 Juni 2018 dengan alasan muntah darah sudah tiga kali dan melena sudah dua kali saat di rumah pada tanggal 20 Juni 2018. Saat ini An. A.S mengeluh badan terasa lemas (CRT >2 detik, konjungtiva anemis dan bibir pucat). Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan data kulit pasien tampak kotor dan lengket, rambut kotor, kuku jari tangan juga panjang dan kotor. Saat ini pasien juga tidak ada nafsu makan sehingga porsi makan yang disediakan tidak dapat dihabiskan oleh An. A.S (6 sendok makan sehingga dari hasil pengkajian didapatkan diagnosa utama yang dapat mengancam kehidupan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Diagnosa yang dapat mengancam kesehatan yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan defisit perawatan diri: mandi dan diagnosa yang dapat mengganggu tumbuh kembang yaitu kecemasan orang tua oleh karena proses penyakit yang dialami anaknya, maka dibuat suatu perencanaan keperawatan agar dapat mengatasi masalah yang dihadapi An. A.S seperti memberikan produk darah sesuai instruksi dokter dan juga mengobservasi sumber kehilangan cairan pada pasien, sementara pada diagnosa yang kedua yaitu ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh adalah menimbang berat badan pasien setiap hari pada waktu yang sama dan juga menganjurkan pasien untuk mengonsumsi makanan yang mengandung zat besi. Pada diagnosa yang ketiga yaitu defisit perawatan diri mandi maka perlu adanya bantuan bagi pasien dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Diagnosa keempat adalah kecemasan orang tua. Untuk mengatasi masalah kecemasan pada orang tua maka perlu adanya dasar membina hubungan saling percaya baik dengan pasien maupun keluarga. Implementasi dibuat sudah berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan sehingga evaluasi pada An. A.S dapat teratasi.

4.2 Saran

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada An.A.S di ruang Kenanga RSUD Prof. Dr. W.Z Johannes Kupang dan kesimpulan yang telah disusun seperti diatas, maka mahasiswa memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Dalam pemberian asuhan keperawatan dapat digunakan pendekatan proses keperawatan anak serta perlu adanya partisipasi keluarga karena keluarga merupakan orang terdekat pasien yang tahu perkembangan dan kesehatan pasien.
2. Dalam memberikan tindakan keperawatan tidak harus sesuai dengan apa yang ada pada teori, akan tetapi harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien serta menyesuaikan dengan kebijakan dari rumah sakit
3. Dalam memberikan asuhan keperawatan setiap pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi perlu di dokumentasikan dengan baik.

4.3 Keterbatasan Studi Kasus

Dalam melakukan penelitian studi kasus ini terdapat keterbatasan yaitu:

1. Faktor orang atau manusia
Orang dalam hal ini pasien yang hanya berfokus pada satu pasien saja membuat peneliti tidak dapat melakukan perbandingan mengenai masalah-masalah yang mungkin di dapatkan dari pasien yang lainnya.
2. Faktor waktu
Waktu yang hanya di tentukan 4 hari membuat peneliti tidak dapat mengikuti perkembangan selanjutnya dari pasien sehingga tidak dapat di evaluasi secara maksimal sesuai dengan harapan pasien dan peneliti.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan. Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2007 [dokumen di internet. Diakses pada tanggal 29 Juni 2018]; Diunduh dari [http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-\(RISKESDAS\)-Nasional-2007](http://www.docstoc.com/docs/19707850/Laporan-Hasil-Riset-Kesehatan-Dasar-(RISKESDAS)-Nasional-2007)
- Betz Cecily & Linda Sowden.2002.*Keperawatan Pediatri Edisi 3*.Jakarta:EGC
- Betz Cecily & Sowden Linda.2009.*Buku Saku Keperawatan Pediatri Edisi 5*.Jakarta:EGC
- Brunner & Suddarth.2000. *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 1*. Jakarta:EGC
- Bulechek,dkk.2013. *Nursing Intervention Classification Edisi 6*.Singapore:Elsevier
- Capernito.1999.*Rencana Asuhan Keperawatan dan Dokumentasi Keperawatan Edisi 2*.Jakarta:EGC
- <http://scribd.com/document/248448707/Pathway-Anemia> (diakses pada tanggal 31 Juni 2018)
- Kusumawati.2005.*Buku Ajar Keperawatan Jiwa*.Jakarta:EGC
- Moorhead Sue, dkk.2013.*Nursing Outcome Classification Edisi 5*.Singapore:Elsevier
- Muscari Mary.2005.*Keperawatan Pediatrik Edisi 3*. Jakarta:EGC
- NANDA Internasional.2015.*Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* Edisi 10. Jakarta:EGC
- Ngastiyah.2012.*Perawatan Anak Sakit Edisi 2*.Jakarta:EGC
- Wijaya.2013. *Keperawatan Medikal Bedah II*.Yogyakarta:Nuha Medika
- Wong Donna L, dkk.2009.*Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Edisi 6 Volume 2*.Jakarta:EGC
- Wong Donna L.2012.*Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik Edisi 4*. Jakarta:EGC

Jurnal Kesehatan Reproduksi. *World Health Organization*.2013. [dokumen di internet. Diakses pada tanggal 29Juni 2018]. Diunduh dari <http://www.google.com/search/543810022/Jurnal-Kesehatan-Reproduksi>



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES REPUBLIK INDONESIA
PRODI KEPERAWATAN KUPANG
Jln. Piet A. Tallo Liliba Kupang- Telp./Fax : (0380)881045



FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN ANAK

Nama Mahasiswa : Festy Trisnia Ndun
 NIM : PO.530320115015
 Tempat Praktek : Ruang Kenanga
 Tanggal Pengkajian : Senin, 25 Juni 2018

1. Identitas Klien

Nama Klien (inisial): An. A.S
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Tanggal Lahir : 02 Agustus 2011
 Alamat : Boking
 Tanggal Masuk : 21 Juni 2018 Jam: 02.37 WITA
 Diagnosa Medis : Anemia
 Nama Orangtua : Tn. Y.S
 NO. MR : 493300

2. Keluhan Utama

Pasien mengatakan muntah darah sudah tiga kali saat di rumah. Saat ini masih merasa lemas, pusing dan kurang nafsu makan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan awalnya pasien mengalami demam sejak tanggal 20 Juni 2018, pada keesokan harinya tanggal 21 Juni 2018 pukul 02.00 Wita

An. A.S dibawa ke rumah sakit karena saat di rumah An. A.S muntah darah sudah tiga kali dan melena dua kali. Saat di IGD pasien sudah tidak mengalami melena lagi hanya mengalami muntah darah satu kali. Banyaknya cairan yang dikeluarkan melalui muntahan kira-kira 10 Liter (3 kali muntah).

- Keadaan umum: saat ini pasien mengalami sakit sedang
- Kesadaran : tingkat kesadaran pasien secara kualitatif adalah compos mentis dengan GCS E4 V5 M6
- Tanda vital : Suhu 36.2^oC, Nadi 68x/menit (lemah), pernapasan 28x/menit

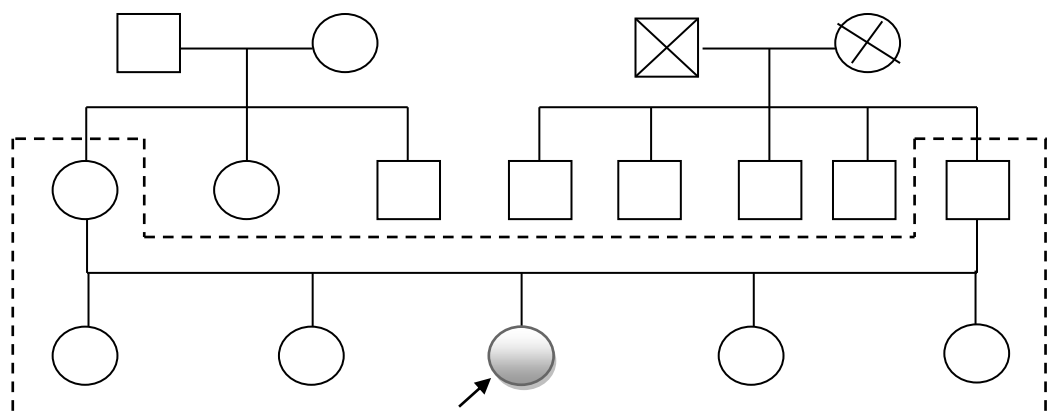
4. Riwayat Kehamilan Dan Kelahiran

- Prenatal : Ibu An. A.S melakukan pemeriksaan kehamilan di Puskesmas Boking sebanyak dua kali. Pada masa kehamilan, sakit yang biasa dirasakan ibu seperti mual dan sakit kepala.
- Intranatal : Ibu bersalin dirumah dengan usia kehamilan 32 minggu dan ditolong oleh dukun dengan jenis persalinan spontan. Saat ibu melahirkan, bayi langsung menangis dengan berat badan bayi 2000 gram dan kulit berwarna merah.
- Postnatal : Bayi mendapat ASI sampai dengan usia 1 tahun dan pada usia 6 bulan bayi sudah mendapatkan makanan pendamping ASI.






5. Riwayat Masa Lampau

Orang tua mengatakan pada waktu kecil An. A.S pernah mengalami penyakit dimana ditemukan adanya massa pada abdomen kanan bawah. An. A.S langsung dibawa ke rumah sakit untuk diperiksa. Saat itu An. A.S hanya mengonsumsi obat-obatan tradisional. Pasien juga tidak alergi terhadap obat-obatan namun hanya alergi terhadap makanan. Pasien juga tidak pernah mengalami kecelakaan. Status imunisasi dasar lengkap.

6. Riwayat Keluarga (Disertai Genogram)



Keterangan

-  : laki-laki sudah meninggal
 : perempuan sudah meninggal
 : Perempuan
 : laki-laki
 : pasien
 - - - - - : garis hubungan tinggal bersama

Dari genogram diatas menunjukkan bahwa pasien adalah anak ketiga dari lima bersaudara, didalam keluarga tidak ada penyakit yang sama dengan pasien. Didalam keluarga juga tidak ada yang menderita penyakit infeksi ataupun penyakit degeneratif.

7. Riwayat Sosial

1. Orang yang mengasuh : pasien diasuh oleh orang tuanya sendiri
2. Hubungan dengan anggota keluarga : baik, mereka hidup rukun dan saling menolong.
3. Hubungan anak dengan teman sebaya : baik, An. A.S selalu bersikap baik dengan teman-teman sebayanya.
4. Pembawaan secara umum : An. A.S menghormati orang yang lebih tua dan suka membantu
5. Lingkungan rumah : An. A.S tinggal di lingkungan rumah yang ramah.

8. Kebutuhan Dasar

1. Nutrisi : An. A.S menyukai semua jenis makanan dengan selera makan nya juga baik. Biasanya ia makan menggunakan peralatan

makan seperti piring dan sendok. Jadwal makan An. A.S tidak menentu karena ketika ia merasa lapar ia dapat langsung makan.

2. Istirahat dan tidur : Biasanya An. A.S tidur malam pada jam 21.00 dan akan bangun pada 06.00 sesekali ia terbangun karena merasa ingin berkemih. Sebelum tidur biasanya ia selalu berdoa.
3. Personal hygiene : sebelum sakit An. A.S biasanya mandi dua kali dalam sehari. Namun pada saat sakit ia hanya mandi sekali dalam sehari terkadang juga ia hanya di lap badannya oleh orang tua nya. An. A.S juga selalu mencuci rambutnya dua kali dalam seminggu namun saat sakit ia belum pernah mencuci rambutnya sehingga tampak kotor dan teraba lengket. An. A.S selalu menyikat giginya setiap hari, ia juga akan menggunting kukunya ketika sudah panjang. Namun disaat sakit ia tidak menggunting kukunya sehingga kukunya tampak panjang dan kotor.
4. Aktivitas bermain : saat ini aktivitas bermain An. A.S terbatas karena kondisi fisik yang lemah dan ia juga tidak memiliki teman bermain dirumah sakit.
5. Eliminasi (urin dan bowel) : pola eliminasi urine An. A.S biasanya 3-4x dalam sehari. Sementara eliminasi bowel 1-2x dalam sehari.

9. Keadaan Kesehatan Saat Ini

Saat ini pasien tidak menjalani tindakan operasi dengan status nutrisi pasien adalah gizi kurang. Dampak hospitalisasi yang terjadi pada anak yaitu An. A.S merasa kurang nyaman karena selalu di periksa berulang kali, An. A.S terpisah dari saudara-saudaranya yang ada di Boking, hubungan antara An. A.S dengan orang tua makin dekat. Saat ini obat-obatan yang didapat pasien adalah:

- D5 ½ NS 1000cc/24 jam (14 tetes per menit)
- OAT (Isoniazid, Rifampicin, Pirazinamide)
- B6 1x0.6mg
- Paracetamol syrup 3x ½ ctg per oral
- Amoxycilin 3x 1½ ctg per oral

Pemeriksaan sudah dilakukan tiga kali pemeriksaan dengan hasil:

21 Juni 2018 (03.27 Wita)	21 Juni 2018 (13.24 Wita)	23 Juni 2018 (09.12 Wita)
APTT 44,8 detik Hemoglobin 6,0g/dL Eritrosit 2,71 $10^6/uL$ Hematokrit=19,0% Eosonofil=0,0% Neutrofil=73,4% Trombosit 71 $10^3/uL$	Hemoglobin 4.9 g/dL Eritrosit $2.23 \cdot 10^6/uL$ Hematokrit 15.7% Eosonofil 0.0% Neutrofil 74.6% Limfosit 17.7% Trombosit $68 \cdot 10^3/uL$ PCT 0.07%. Pada pemeriksaan darah tepi didapatkan hasil eritrosit: normokrom normositik, polikromatia (-) normoblast (-). Leukosit: kesan jumlah normal, dominasi netrofil segmen, blast (-). Trombosit: kesan jumlah menurun, platelet berukuran besar (+). Kesimpulan yang didapat: anemia normokromik, normositik <i>ec suspect chronic disease</i> , trombositopenia	Hemoglobin 6.7 g/dL Eritrosit 3.01 $10^6/uL$, Hematokrit 21.2% Monosit 10.8% Neutrofil 0.42 $10^3/uL$ Limfosit 0.49 $10^3/uL$ Trombosit 24 $10^3/uL$

10. Pemeriksaan Fisik

- Keadaan umum : keadaan umum An. A.S tampak pucat dan lemah.
- Tinggi Badan : 124cm
 BB saat ini : 18 Kg
 BB sebelum sakit : 24 Kg
 BB Ideal : 22.6 Kg

Status Gizi : Gizi kurang

3. Kepala

Lingkar Kepala : 50 cm, An. A.S tidak hidrosefalus

Ubun-ubun anterior : tertutup

Ubun-ubun posterior : tertutup

4. Leher : An. A.S tidak mengalami kaku kuduk

Pembesaran limfe : Tidak ada pembesaran limfe

5. Mata

Konjungtiva : Tampak anemis

Sklera : Sklera berwarna putih

Telinga : Simetris dan tampak kotor, tidak ada gangguan pendengaran, adanya sekresi serumen dan tidak ada nyeri tekan.

6. Hidung : bentuk simetris, adanya sekret, adanya nares, tidak ada polip

7. Mulut : mukosa tampak kering dan mulut tampak kotor

8. Lidah : lidah tampak lembab dan kotor

9. Gigi : tampak kotor

10. Dada : bentuk dada simetris, lingkar dada 60 cm

Jantung : suara jantung lup dup, tidak ada pembesaran jantung

Paru-paru : auskultasi paru vesikuler

11. Abdomen : palpasi abdomen teraba keras, dengan lingkar perut 68 cm

Bising usus : auskultasi bising usus 8x/menit

Saat ini pasien tidak merasa mual atau muntah.

12. Genitalia : bersih dan tidak ada pemasangan kateter

13. Ekstremitas : pergerakan sendi normal, tidak ada fraktur.

11. Informasi Lain

1. Pengetahuan orang tua

Orang tua mengatakan hanya mengetahui penyakit yang dialami anaknya yaitu anemia karena telah di sampaikan oleh dokter, namun tidak mengetahui pengertian, penyebab, pencegahan dan penanganan anak dengan anemia.

2. Persepsi orang tua terhadap penyakit anaknya

Orang tua menerima terhadap sakit yang dialami anaknya namun orang tua merasa khawatir dan cemas karena belum adanya diagnosa dokter yang pasti mengenai penyakit anaknya.

1.1 Diagnosa Keperawatan

1.1.1 Analisa Data

Data-data	Problem	Etiologi
<p>DS: Pasien mengatakan merasa lemas dan pusing saat bangun dari tempat tidur.</p> <p>DO: Konjungtiva tampak pucat, bibir pucat, pada pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018 pukul 03.27 Wita, didapatkan hasil pemeriksaan APTT 44,8 detik, Hemoglobin 6,0g/dL, Eritrosit $2,71 \cdot 10^6/uL$, Hematokrit 19,0%, Trombosit $71 \cdot 10^3/uL$.</p> <p>Pemeriksaan laboratorium tanggal 21 Juni 2018 pukul 13.24 didapatkan hasil hemoglobin 4.9 g/dL, jumlah eritrosit $2.23 \cdot 10^6/uL$, hematokrit 15.7%, jumlah trombosit $68 \cdot 10^3/uL$.</p> <p>Pada pemeriksaan laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan hasil hemoglobin 6.7 g/dL, jumlah eritrosit $3.01 \cdot 10^6/uL$, hematokrit 21.2%, jumlah trombosit $24 \cdot 10^3/uL$.</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p>	<p>Penurunan kadar hemoglobin dalam darah</p>
<p>DS: Pasien mengatakan merasa mual saat makan sehingga membuatnya tidak nafsu makan.</p> <p>DO: Pasien hanya menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan, tinggi badan 124 cm, berat badan saat ini 18kg, berat badan ideal</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Anoreksia</p>

21.6 kg, lingkar perut 68cm.		
<p>DS: Keluarga pasien mengatakan saat pasien sakit ia jarang mandi ataupun dimandikan.</p> <p>DO: Kulit pasien tampak kotor, rambut kotor dan lengket, gigi dan lidah kotor, kuku panjang dan kotor.</p>	Defisit perawatan diri: mandi	Gangguan persepsi
<p>DS: Keluarga pasien mengatakan merasa tidak nyaman dengan penyakit yang dialami anak A.S karena selalu di periksa namun belum ada hasil yang jelas.</p> <p>DO: Keluarga pasien tampak khawatir dengan penyakit anaknya, ekspresi keluarga selalu murung.</p>	Kecemasan orang tua	Proses penyakit anak

1.1.2 Prioritas Masalah

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia.
3. Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan gangguan persepsi.
4. Kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit anak.

1.2 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah.</p>	<p>Domain II Kesehatan Fisiologi Kelas E: Jantung Paru Kode 0407 Perfusi Jaringan: Perifer</p> <p>Definisi: Kecukupan aliran darah melalui pembuluh kecil diujung kaki dan tangan untuk mempertahankan fungsi jaringan.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 24 jam perfusi jaringan perifer adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pengisian kapiler ekstremitas 5. Muka tidak pucat 6. <i>Capillary Refill Time</i> <2 detik 	<p>Domain II Fisiologis Kompleks Kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan</p> <p>Kode 4180 Manajemen Hipovolemi Definisi: Ekspansi dari volume cairan intravaskuler pada pasien yang cairannya berkurang</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Timbang berat badan diwaktu yang sama 15. Monitor status homeodinamik meliputi nadi dan tekanan darah 16. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi 17. Monitor asupan dan pengeluaran 18. Monitor adanya hipotensi ortostatik dan pusing saat berdiri 19. Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan (perdarahan, muntah, diare, keringat yang berlebihan, dan takipnea) 20. Monitor adanya data laboratorium terkait dengan kehilangan darah (misalnya

		<p>hemoglobin, hematokrit)</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Dukung asupan cairan oral 22. Jaga kepatenan akses IV 23. Berikan produk darah yang diresepkan dokter 24. Bantu pasien dengan ambulasi pada kasus hipotensi postural 25. Instruksikan pada pasien/keluarga untuk mencatat intake dan output dengan tepat 26. Instruksikan pada pasien/keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. <p>Domain II Fisiologis Kompleks Kelas N: Manajemen Perfusi Jaringan Kode 4030 Pemberian Produk-Produk darah</p> <p>Definisi: memberikan darah atau produk darah dan memonitor respon pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Cek kembali instruksi dokter 12. Dapatkan riwayat tranfusi pasien 13. Dapatkan atau verifikasi kesediaan
--	--	--

		<p>(<i>informed consent</i>) pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Cek kembali pasien dengan benar, tipe darah, tipe Rh, jumlah unit, waktu kadaluarsa dan catat per protokol di agensi 15. Monitor area IV terkait dengan tanda dan gejala dari adanya infiltrasi, phlebitis dan infeksi lokal 16. Monitor adanya reaksi transfusi 17. Monitor dan atur jumlah aliran selama transfusi 18. Beri saline ketika transfusi selesai 19. Dokumentasikan waktu transfusi 20. Dokumentasikan volume infus
<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan inadekuat intake nutrisi</p>	<p>Domain II Kesehatan fisiologis Kelas K: Pencernaan dan nutrisi</p> <p>Kode 1009 Status Nutrisi: asupan nutrisi</p> <p>Definisi: Asupan gizi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan metabolik</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam pasien dapat meningkatkan status</p>	<p>Domain I Fisiologis dasar Kelas D Dukungan Nutrisi</p> <p>Kode 1100 Manajemen Nutrisi</p> <p>Definisi: menyediakan dan meningkatkan intake nutrisi yang seimbang</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Tentukan status gizi pasien dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi 9. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi makanan yang dimiliki pasien

	<p>nutrisi yang adekuat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Asupan kalori, protein dan zat besi adekuat 5. Berat badan dipertahankan/meningkat 6. Porsi makan dapat dihabiskan 	<ol style="list-style-type: none"> 10. Ciptakan lingkungan yang optimal pada saat mengkonsumsi makanan 11. Bantu pasien terkait perawatan mulut sebelum makan 12. Anjurkan pasien terkait dengan kebutuhan diet untuk kondisi sakit 13. Monitor kecenderungan terjadinya penurunan atau peningkatan berat badan 14. Anjurkan pasien untuk makan pada porsi yang sedikit dan sering
<p>Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan kelemahan fisik.</p>	<p>Domain 1 Fungsi kesehatan Kelas D Perawatan diri Kode 0301 Perawatan diri: mandi Defenisi: tindakan seseorang untuk membersihkan badannya sendiri secara mandiri atau tanpa alat bantu.</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 30 menit, pasien dapat meningkatkan perawatan diri selama dalam perawatan dengan kriteria hasil:</p>	<p>Domain 1 Fisiologis dasar Kelas F fasilitasi Perawatan diri Kode 1801 Bantuan perawatan diri: mandi/kebersihan Definisi: membantu pasien melakukan kebersihan diri</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pertimbangkan usia pasien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri 8. Letakkan handuk, sabun mandi, shampo, lotion dan peralatan lainnya disisi tempat tidur atau kamar mandi

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Mandi dengan bersiram 6. Mencuci badan bagian atas 7. Mencuci badan bagian bawah 8. Mengeringkan badan 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi dan pengalaman pribadi 10. Monitor kebersihan kuku, sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien 11. Jaga ritual kebersihan 12. Beri bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri secara mandiri
<p>Kecemasan orang tua berhubungan dengan proses penyakit anak.</p>	<p>Kelas : Kontrol kecemasan Koping</p> <p>Setelah dilakukan asuhan selama 30 menit kecemasan klien dan keluarga teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas. - Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas. - Tanda vital dalam batas normal - Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan 	<p>Anxiety Reduction (penurunan kecemasan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gunakan pendekatan yang menenangkan - Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien - Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur - Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut - Berikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis - Libatkan keluarga untuk

	tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan	mendampingi klien <ul style="list-style-type: none">- Instruksikan pada pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi- Dengarkan dengan penuh perhatian- Identifikasi tingkat kecemasan- Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan- Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi- Kolaborasi pemberian terapi
--	--	--

1.3 Implementasi Keperawatan

Hari/Tanggal Jam	No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Senin, 25 Juni 2018 09.00 WITA	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur nadi dan suhu An. A.S sebelum memasang produk darah 2. Mengganti cairan infuse pasien dengan NaCl 0,9% 3. Mengganti infuse set dengan transfuse set 4. Melayani pemberian produk darah 1 bag @200cc (8 tetes per menit) 5. Mengobservasi pasien adanya tanda-tanda alergi terhadap pemberian darah 6. Mengukur nadi dan suhu pasien saat pemasangan darah. 	<p>S: pasien mengatakan tidak merasa gatal atau demam.</p> <p>O: suhu tubuh An. A.S 36,4⁰C, Nadi 68x/menit (lemah), tidak ada kemerahan di badan, hasil laboratorium tanggal 23 Juni 2018 didapatkan Hb 6,7 g/dL</p> <p>A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer belum teratasi.</p> <p>P: intervensi dilanjutkan.</p>	
Selasa, 26 Juni 2018 09.00 WITA	03	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempersiapkan peralatan mandi pasien 2. Mengatur lingkungan yang terapeutik bagi pasien 3. Menjaga privasi pasien 4. Membantu memandikan pasien 5. Memotong kuku pasien 	<p>S: pasien mengatakan merasa bersih dan segar setelah selesai mandi</p> <p>O: pasien tampak bersih, kulit tidak lengket, kuku tampak pendek dan</p>	

			bersih. A: masalah defisit perawatan diri teratasi P: intervensi dihentikan	
Selasa, 26 Juni 2018 11.00 WITA	02	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan status nutrisi pasien yaitu gizi kurang. 2. Mengidentifikasi adanya alergi dan toleransi terhadap makanan yang diberikan 3. Mengatur lingkungan yang optimal dalam perawatan An. A.S 4. Menimbang berat badan pasien setiap hari pada waktu yang sama 	<p>S: pasien mengatakan tidak ada nafsu makan.</p> <p>O: hanya dapat menghabiskan setengah dari porsi makan yang disediakan (nasi dan lauk), berat badan pasien 18 kg, tinggi badan pasien 124 cm.</p> <p>A: masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh belum teratasi</p>	
Selasa, 26 Juni 2018 12.00 WITA	01	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor data laboratorium pasien terkait dengan hemoglobin, eritrosit, hematokrit dan trombosit 2. Mengukur suhu dan nadi pasien 3. Mengantar pasien melakukan 	<p>S: pasien mengatakan merasa nyeri di lokasi pungsi di SIAS dan tibialis.</p> <p>O: pasien tampak menangis</p>	

		pemeriksaan <i>Bone Marrow Puncture</i> (BMP)	<p>kesakitan, skala nyeri 10 (menggunakan skala wajah), CRT >2 detik, suhu 35,9⁰C, nadi 72x/menit, belum ada hasil laboratorium terbaru.</p> <p>A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan belum teratasi.</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>I: Ajarkan pasien teknik relaksasi napas dalam, observasi lokasi pungsi (SIAS dan tibialis)</p> <p>E: pasien tidak lagi menagis, skala nyeri 8 (skala wajah), pasien tidak mau berbicara.</p>	
Rabu, 27 Juni 2018 07.30		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi keadaan umum pasien 2. Menimbang berat badan pasien 3. Mengukur nadi pasien 4. mengobservasi asupan dan haluaran pasien 5. memonitor data laboratorium pasien 	<p>S: pasien mengatakan tidak merasa lemas saat ini.</p> <p>O: konjungtiva anemis, bibir pucat, CRT <2 detik, hemoglobin 12g/dL</p>	

			(26/06/2018), nadi 68x/menit (lemah). Suhu 36,6 ⁰ C A: masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi P: intervensi di hentikan	
Rabu 27 Juni 2018	02	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menentukan status nutrisi pasien yaitu gizi kurang. 2. Mengatur lingkungan yang optimaal dalam perawatan An. A.S 3. Menimbang berat badan pasien 18 kg 4. Mengobservasi keadaan umum pasien 5. Mengukur nadi pasien 6. mengobservasi asupan dan haluaran pasien 7. Memonitor data laboratorium pasien 	<p>S: pasien mengatakan sudah tidak merasa lemas lagi</p> <p>O: pasien dapat menghabiskan porsi makan yang diberikan dalam waktu yang lama, hasil laboratorium pasien tanggal 26 Juni 2018 adalah 12.1 g/dL</p> <p>A: masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

Kamis, 28 Juni 2018	04	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berkomunikasi dengan pasien dan keluarga dengan menggunakan komunikasi terapeutik 2. Menjelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur kepada pasien dan keluarga 3. memberikan informasi faktual mengenai diagnosis, tindakan prognosis 4. Mengajarkan keluarga teknik relaksasi. 5. Mendengarkan dengan penuh perhatian apa yang disampaikan keluarga dan pasien 6. mengidentifikasi tingkat kecemasan yang dirasakan pasien dan keluarga 7. Dorong pasien dan keluarga untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi. 	<p>S: keluarga pasien mengatakan percaya bahwa anaknya pasti akan sembuh dari penyakit yang dialaminya saat ini.</p> <p>O: keluarga (orang tua) tampak menerima kondisi anak saat ini</p> <p>A: masalah kecemasan orang tua teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>	
------------------------	----	---	--	--


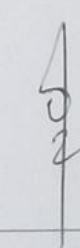



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
 Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
 Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Festy Trisnia Ndun
 NIM : PO.530320115015
 NAMA PEMBIMBING : Dr.Florentianus Tat, SKp.,M.Kes

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	29 Juni 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi sumber pada Bab I dan Bab II. - Mengganti tujuan penulisan. - Mengganti Bab III dengan narasi. 	
2.	02 Juli 2018.	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi judul studi kasus - mengganti tujuan penulisan studi kasus. - Lengkapi penulisan sumber di BAB I II. 	
3.	03 Juli 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi Bab I dengan dampak dan solusi Penyakit anemia. - Lengkapi pathway. 	
4.	04 Juli 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi Bab I sampai Bab II - Perbaiki evaluasi pada Bab II - sesuai dengan tujuan penulisan - membuat power point presentasi. 	
5.	05 Juli 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Revisi power point. - Perbanyak laporan studi kasus - siap ujian sidang besok 6 Juli 18. 	
6.	09 Juli 2018	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Pengkajian pada Bab III - Perbaiki penulisan Daftar Pustaka. - Memperbaiki penulisan berbahasa Inggris dengan huruf miring 	