

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R
DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI
UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI
LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH



Disusun Oleh:

Redy Alfianto Ramadhan

NIM. 2036102

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
TA 2022/2023**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R
DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI
UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI
LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk memenuhi Persyaratan Ujian Akhir
Program D3 Keperawatan



Disusun Oleh:

Redy Alfianto Ramadhan

Nim. 2036102

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RSPAD GATOT SOEBROTO
TA 2022/2023**

PERNYATAAN TENTANG ORISINILITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Redy Alfianto Ramadhan

NIM : 2036102

Program Studi: DIII Keperawatan

Angkatan : XXXVI / 36

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan tindakan plagiat dalam penulisan tugas akhir saya yang berjudul:

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO

Apabila dikemudian hari saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia menerima sanksi yang ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Jakarta, 11 Juli 2023

Yang menyatakan,

Redy Alfianto Ramadhan

LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING

KARYA TULIS ILMIAH

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R
DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI
UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI
LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diperiksa, disetujui dan siap untuk dipertahankan dihadapan tim penguji pada Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Jakarta, 11 Juli 2023

Menyetujui
Pembimbing

(Ns. Astrid, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB)

NIDK : 8818740017

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R
DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI
UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI
LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN
RSPAD GATOT SOEBROTO**

Telah disetujui dan diperiksa, untuk dipertahankan di depan Tim penguji KTI
Prodi D3 Keperawatan SRIKes RSPAD Gatot Soebroto

Penguji I

Penguji II

Ns. Astrid, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB
NIDK. 8818740017

Ns. Satriani, S.Kep. M. Kep

Mengetahui
Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto

Didin Syaefudin, S. Kp., MARS
NIDK. 8995220021

RIWAYAT HIDUP

Nama : Redy Alfianto Ramadhan

Tempat/Tanggal Lahir : Jakarta, 19 Desember 2000

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Alamat : Asrama Polri Kalideres Blok.H No.5

RT/RW. 006/002, Kalideres, Jakarta Barat

Nama Ayah : Sutikto

Nama Ibu : Suryani

Nama Saudara : Meilasari

Riwayat Pendidikan :

- 1 TK Kemala Bhayangkari 6, Lulus tahun 2007
- 2 SDN Kalideres 03 Pagi, Lulus tahun 2013
- 3 SMP Negeri 169 Jakarta, Lulus tahun 2016
- 4 SMA AL-HUDA, Lulus tahun 2019
- 5 STIKes RSPAD Gatot Soebroto Prodi DIII Keperawatan, Lulus tahun 2023



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir dengan judul **“PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO”**. Penelitian ini dilakukan sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto. Peneliti menyadari sepenuhnya bahwa terselesaikan dengan baik. Pada kesempatan ini dengan segala hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Didin Syaefudin, S. Kp, MARS selaku Ketua STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
2. Memed Sena Setiawan, S. Kp.M. Pd. MM selaku Wakil Ketua I bagian akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi D3 Keperawatan.
3. Ita. S. Kep. M. Kep selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan program keperawatan.
4. Ns. Astrid, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB, selaku pembimbing penyusunan makalah ilmiah ini yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan arahan dalam penulisan karya tulis ilmiah ini hingga selesai.
5. Ns. Satriani, S.Kep. M. Kep selaku Penguji II yang telah memberikan arahan dan motivasi kepada penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Seluruh dosen STIKes RSPAD Gatot Soebroto yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama 3 tahun sehingga dapat menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan.

7. Ayah dan Ibu tercinta yang telah mendidik dan membesarkan saya dengan kasih sayang dan kesabaran hingga saat ini, serta usaha, doa dan dukungannya selama ini sehingga saya dapat menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan.
8. Seluruh rekan-rekan Aktrix 36 yang telah bekerja sama selama 3 tahun dalam suka maupun duka.
9. Seluruh teman-teman tongkronganku PHH dan Waya79 yang selalu memberikan motivasi serta dukungannya sehingga saya bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
10. Teman-teman kontrakanku (Bang Herry, Lutfi, Donny dan Ari) yang selalu membantu, mensupport dan menemani penulis dalam proses menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Abang dan Mba Tugas Belajar yang telah berkontribusi dalam perkuliahan, yang mengajarkan penulis sebuah arti kekeluargaan, kebersamaan dan kekompakan.
12. Diri saya sendiri, terimakasih sudah terus berjuang, terimakasih telah sabar dan bisa sekuat ini meski diselingi stress dan keluhan, setidaknya saya bisa bertahan sejauh ini. Semangat ya masih banyak hal yang harus dilewati.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan penelitian dan penyusunan tugas akhir ini. Saya sadari bahwa penelitian dan penyusunan tugas akhir ini jauh dari sempurna, namun saya berharap bermanfaat kiranya penelitian dan penyusunan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi para pembaca.

Jakarta, 11 Juli 2023

Redy Alfianto Ramadhan

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik STIKes RSPAD Gatot Soebroto, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Redy Alfianto Ramadhan

NIM : 2036102

Program Studi : D-III Keperawatan

Jenis Karya : Tugas Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada STIKes RSPAD Gatot Soebroto **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.R DENGAN ANEMIA DALAM PEMBERIAN MOBILISASI UNTUK PEMENUHAN AKTIVITAS HARIAN DI LANTAI VI PAVILIUN DARMAWAN RSPAD GATOT SOEBROTO

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini STIKes RSPAD Gatot Soebroto berhak menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penullis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Jakarta
Pada Tanggal : 11 Juli 2023

Yang menyatakan,

Redy Alfianto Ramadhan

ABSTRAK

Nama : Redy Alfianto Ramadhan
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Anemia Dalam Pemberian Mobilisasi Untuk Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Harian Di Ruang Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

5 BAB + 56 Halaman + 1 Lampiran + x

Latar Belakang: Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah atau volume sel darah merah berkurang, atau molekul hemoglobin (Hb) atau hematokrit (Ht) atau jumlah sel darah merah dalam aliran darah berkurang. Penurunan sel darah merah menurunkan suplai oksigen ke jaringan tubuh. **Tujuan:** menggambarkan penerapan asuhan keperawatan dengan pemberian mobilisasi untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien anemia. **Metode:** Studi kasus ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus tunggal yang dilakukan kepada satu orang pasien dengan diagnosa Anemia di Lantai 6 Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto dengan menggunakan teknik pengumpulan data yaitu observasi, wawancara, pemeriksaan fisik. **Hasil:** Studi kasus yang didapatkan setelah melakukan latihan mobilisasi untuk meningkatkan aktivitas kepada klien selama 3x24 jam didapatkan hasil evaluasi tanda klinis klien sudah bias melakukan mobilisasi walaupun masih dibantu oleh keluarga, klien sudah bisa duduk tempat tidur sendiri tanpa terasa pusing atau lemas, Kesadaran Composmentis, klien tampak tidak lemas. **Kesimpulan:** Setelah dilakukan studi kasus hasil menunjukkan bahwa melakukan latihan mobilisasi pada pasien Anemia dapat meningkatkan akt pada Tn. R

Kata Kunci: Anemia, Intoleransi Aktivitas, Latihan Mobilisasi, Asuhan Keperawatan

ABSTRACT

Name : Redy Alfianto Ramadhan
Study Program : D3 Keperawatan
Title : Application of Nursing Care to Tn. R with Anemia in Provision of Mobilization to Fulfill Daily Activity Needs in Room VI Darmawan Pavilion Gatot Soebroto Army Hospital

5 Chapters + 56 Pages + 1 Attachments + xi

Background: Anemia is a condition in which the number or volume of red blood cells is reduced, or the hemoglobin molecule (Hb) or hematocrit (Ht) or the number of red blood cells in the bloodstream is reduced. A decrease in red blood cells reduces the supply of oxygen to body tissues. **Purpose:** to describe the application of nursing care by providing mobilization to fulfill activity needs in anemic patients. **Methods:** This case study uses a descriptive method in the form of a single case study conducted on one patient with a diagnosis of Anemia on the 6th Floor of the Darmawan Pavilion Gatot Soebroto Army Hospital using data collection techniques, namely observation, interviews, physical examination. **Results:** The case study obtained after carrying out mobilization exercises to increase activity for the client for 3x24 hours obtained the results of an evaluation of clinical signs that the client was able to mobilize even though he was still assisted by his family, the client was able to sit in bed alone without feeling dizzy or weak, Composmentis Awareness, the client appears limp. **Conclusion:** After conducting a case study, the results showed that doing mobilization exercises in Anemia patients could increase activity in Mr. R.

Keywords: Anemia, Activity Intolerance, Mobilization Exercise, Nursing Care

DAFTAR ISI

PERNYATAAN TENTANG ORISINILITAS	i
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Studi Kasus	3
D. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Konsep Anemia	5
1. Pengertian	5
2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Hematologi	5
3. Klasifikasi	6
4. Etiologi	7
5. Patofisiologi	9
6. Pathway	10
7. Manifestasi Klinis	11
8. Pemeriksaan penunjang	11
9. Penatalaksanaan	12
10. Komplikasi.....	12
B. Konsep Aktivitas	13
1. Pengertian	13

2. Fisiologi Pergerakan	13
3. Body Mekanik	14
4. Faktor yang Memengaruhi Kesejajaran Tubuh	16
C. Konsep Mobilisasi.....	17
1. Pengertian	17
2. Jenis Mobilisasi	17
3. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi	18
4. Mobilisasi Dini	19
5. Tujuan Mobilisasi Dini	20
D. Jurnal Terkait Kasus.....	20
1. Metode Ilmiah.....	20
2. Hasil dan Pembahasan	20
3. Kesimpulan	24
E. Konsep Asuhan Keperawatan.....	24
1. Pengkajian	24
2. Diagnosa Keperawatan	28
3. Intervensi Keperawatan	28
4. Implementasi Keperawatan.....	33
5. Evaluasi Keperawatan.....	34
BAB III METODE STUDI KASUS.....	35
A. Jenis Studi Kasus	35
B. Subjek Studi Kasus	35
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus	35
D. Fokus Studi Kasus	35
E. Instrument Studi Kasus.....	36
F. Metode Pengumpulan Data	36
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A. Hasil Studi Kasus.....	38
1. Pengkajian	38
2. Diagnosa Keperawatan	39
3. Intervensi Keperawatan	39
4. Implementasi Keperawatan.....	40
5. Evaluasi Keperawatan.....	44
B. Pembahasan Studi Kasus	44

1. Pengkajian	44
2. Diagnosa Keperawatan	45
3. Intervensi Keperawatan	45
4. Implementasi Keperawatan.....	46
5. Evaluasi	47
C. Pembahasan Hasil Penerapan Asuhan Kperawatan Dalam Pemberian Mobilisasi untuk memenuhi Aktivitas.....	48
BAB V PENUTUP.....	50
A. Kesimpulan	50
B. Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Anemia.....	10
--------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

TD	: Tekanan Darah
SH	: Suhu
ND	: Nadi
RR	: Respirasi
HB	: Hemoglobin
TB	: Tinggi Badan
BB	: Berat Badan
GI	: Gastro Intestinal
IMT	: Indeks Massa Tubuh
USG	: Ultrasonograf

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.1 Kartu Konsultasi Karya Tulis Ilmiah.....	56
--	-----------

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Anemia adalah suatu kondisi dimana jumlah atau volume sel darah merah berkurang, atau molekul hemoglobin (Hb) atau hematokrit (Ht) atau jumlah sel darah merah dalam aliran darah berkurang. Penurunan sel darah merah menurunkan suplai oksigen ke jaringan tubuh. Keadaan menyebabkan tubuh untuk mengkompensasi dan beradaptasi. Kondisi anemia merangsang paru-paru untuk meningkatkan pernapasan dan juga jantung untuk meningkatkan volume darah, sehingga oksigen dialirkan ke jaringan tubuh oleh sel darah merah. Keadaan ini juga didukung dengan meningkatnya pelepasan oksigen dari hemoglobin. (Pangaribuan et al., 2022)

Anemia dapat menimbulkan beberapa gejala. Tanda-tanda gejala anemia adalah dapat berupa lesu, lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, wajah pucat, mukosa bibir tampak pucat/kering, telapak tangan terdapat kongjutiva yang anemis/pucat.

Kebutuhan dasar manusia berdasarkan Hierarki Maslow terbagi menjadi lima tingkatan (Tarwato, 2015). Tingkat pertama yakni kebutuhan fisiologis, tingkatan kedua kebutuhan keselamatan dan keamanan, tingkatan ketiga kebutuhan dicintai dan mencintai, tingkatan keempat kebutuhan akan harga diri, dan tingkatan yang terakhir adalah aktualisasi diri. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang sangat diprioritaskan karena kebutuhan ini dapat menentukan kehidupan manusia.

Kebutuhan fisiologis terbagi lagi dalam beberapa subkategori seperti, respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, dan yang terakhir reproduksi dan seksualitas (PPNI, 2017).

Kebutuhan aktivitas sendiri merupakan suatu kebutuhan tubuh untuk melakukan pergerakan sebagai individu yang sehat. Pergerakan adalah suatu realisasi fisik yang terintegrasi antara beberapa sistem seperti sistem muskuloskeletal dan sistem persyarafan yang juga didukung oleh fungsi pernapasan, kardiovaskuler, dan metabolisme.

Sebagian besar tinggal di daerah tropis. Prevalensi global anemia adalah sekitar 51% (Suryani, Hafiani dan Junita, 2017). Data WHO tentang prevalensi anemia secara global menunjukkan bahwa 1,62 miliar orang dari seluruh penduduk dunia menderita anemia, dimana 47,4% adalah anak prasekolah, 25,4% adalah anak usia sekolah, 41,8% adalah wanita usia subur dan 12,7% laki-laki. (KIU). , 2008). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2013) menyatakan prevalensi anemia secara nasional pada semua kelompok umur adalah 21,70%. Prevalensi anemia relatif lebih tinggi pada wanita (23,90%) dibandingkan pria (18,40%) (Budiarti et al., 2021).

Menurut Survei Kesehatan Nasional Indonesia Tahun 2013, prevalensi anemia pada anak usia 1-4 tahun, 5-14 tahun, dan 15-24 tahun berturut-turut adalah 28,1%, 26,4%, dan 18,4%, dan prevalensi tersebut meningkat dibandingkan tahun sebelumnya. survei. pada tahun 2007 yaitu 27,7%, 9,4% dan 6,9% pada anak usia 1-4 tahun, 5-14 dan 15-24 tahun. Hasil data Riskeddas tahun 2007, 2013 dan 2018 menunjukkan peningkatan kejadian kasus anemia pada kelompok usia muda. Pada tahun 2018 terdapat 32% anak muda yang mengalami anemia, jadi 3-4 dari 10 anak muda. Di Provinsi Jawa Tengah prevalensi anemia yaitu 57,7% masih merupakan masalah kesehatan masyarakat karena persentasenya >20%. Berdasarkan hasil beberapa penelitian yang dilakukan di Rembang, angka kejadian anemia di kalangan remaja pada tahun 2013 sebesar 22,8%. Data Puskesmas Krangan tahun 2020 anak muda yang mengalami anemia sebesar 27,77% (Quispe, 2023).

Berdasarkan data yang penulis peroleh dari catatan register di Ruang Perawatan Lantai IV Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto. Dalam 3 bulan terakhir, terhitung dari Maret 2023 sampai bulan Mei 2023 tercatat jumlah klien yang dirawat dengan penyakit Anemia, sebanyak 15 pasien (2,2%) dari jumlah pasien yang dirawat sebanyak 332 orang.

Peran perawat anemia adalah memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kepada pasien tentang penyebab, pencegahan dan penanggulangan anemia. Lingkungan perawatan pasien juga harus dibuat nyaman mungkin untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien anemia. Selain itu, sangat penting bagi staf perawat untuk memperhatikan perawatan pasien anemia. Motivasi perawat dalam keperawatan profesional merupakan ukuran keberhasilan dalam perbaikan pasien (Yustisia et al., 2020).

Berdasarkan tinjauan diatas dan pentingnya peran perawat dalam dalam memenuhi kebutuhan aktivitas harian maka penulis tertarik melakukan studi kasus mengenai Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Anemia Dalam Pemberian Mobilisasi Untuk Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Harian Di Ruang Perawatan Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto, diharapkan pemberian mobilisasi dapat diterapkan pada pasien Anemia dengan gejala mobilisasi untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas pasien.

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan asuhan keperawatan dengan pemberian mobilisasi untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien Anemia?

C. Tujuan Studi Kasus

Menggambarkan penerapan asuhan keperawatan dengan pemberian mobilisasi untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien anemia.

D. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Masyarakat

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

2. Bagi Pengembangan ilmu teknologi keperawatan

Hasil studi kasus ini dapat digunakan sebagai bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di program studi ilmu keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto dalam bidang Keperawatan Medikal Bedah

3. Bagi Penulis

Menambah wawasan, pengetahuan serta pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada Tn. R dengan Anemia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anemia

1. Pengertian

Anemia merupakan suatu kadar hemoglobin (Hb) di dalam lebih rendah dari nilai normal untuk kelompok orang menurut umur dan jenis kelamin. Hemoglobin adalah zat warna di dalam darah yang berfungsi mengangkut oksigen dan karbondioksida dalam tubuh. Anemia adalah suatu keadaan dengan kadar hemoglobin darah yang lebih rendah dari normal sebagai ketidakmampuan jaringan pembentuk sel darah merah dalam produksi guna mempertahankan kadar hemoglobin pada tingkat normal.

2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Hematologi

a. Anatomi

Sistem hematologi merupakan sistem yang tersusun atas darah dan tempat dimana darah diproduksi di dalam tubuh. Darah merupakan organ yang berbentuk cairan. Di dalam tubuh darah menjadi media transport berbagai nutrisi, oksigen bahkan hasil sisa metabolisme tubuh. Volume darah setiap manusia berbeda, yang dipengaruhi oleh faktor usia dan keadaan tubuhnya. Rata-rata volume darah manusia berkisar antara 7% - 10% berat badan atau sekitar 5 liter. Darah terdiri dari 2 komponen yaitu:

- 1) Plasma
- 2) Eritrosit
- 3) Leukosit
- 4) Trombosit

b. Fisiologi Sistem Hematologi

Dalam sistem tubuh, darah berfungsi sebagai pangangkat dari:

- 1) Mengangkat atau mengeluarkan zat-zat yang tidak bermanfaat bagi tubuh dan dikeluarkan melalui kulit dan ginjal.
 - 2) Mengangkat CO₂ dari jaringan lalu dikeluarkan melalui paru-paru.
 - 3) Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan ke seluruh tubuh.
 - 4) Mengatur panas tubuh.
 - 5) Berperan serta dalam mengatur pH pada cairan tubuh.
 - 6) Mengatur keseimbangan cairan tubuh.
 - 7) Mencegah perdarahan.
 - 8) Mempertahankan tubuh dari berbagai serangan penyakit.
- (Saputra, 2018)

3. Klasifikasi

Anemia dibagi menjadi beberapa klasifikasi yaitu:

a. Anemia zat besi

Anemia paling sering terjadi adalah anemia akibat kekurangan zat besi. Kekurangan ini disebabkan kurang masuknya zat besi dalam makanan, gangguan reabsorpsi dan penggunaan zat besi terlalu banyak.

b. Anemia megaloblastik

Anemia ini terjadi saat proses kehamilan karena kurangnya asam folat.

c. Anemia hipoplastik

Anemia ini terjadi pada ibu hamil karena sumsum tulang kurang mampu memproduksi sel sel darah.

d. Anemia hemolitik

Anemia karena disebabkan penghancuran sel darah merah berlangsung lebih cepat dan dibarengi dengan gejala gejala penyakit malaria.

4. Etiologi

Berdasarkan ukuran sel darah merah (Saputra, 2018) ialah:

a. Anemia mikrostik (penurunan ukuran sel darah merah)

Anemia ini disebabkan oleh:

- 1) Kekurangan zat besi.
- 2) Keracunan timah.
- 3) Karena penyakit kronis (infeksi dan tumor).
- 4) Thalassemia (ketidakadeguatnya kandungan hemoglobin).
- 5) Gangguan hemoglobin E.

b. Anemia normositik

- 1) Gangguan hemoglobin C.
- 2) Penyakit sel sabit hemoglobin.
- 3) Kehilangan sel darah merah akut.
- 4) Gangguan hemolisis darah.
- 5) Anemia hemolysis autoimun.

c. Anemia defisiensi zat besi (Fe)

Yaitu anemia yang disebabkan karena kekurangan zat besi yang merupakan bahan pada pembuatan hemoglobin. Anemia ini disebabkan oleh berbagai hal yaitu :

- 1) Asupan makanan yang banyak mengandung zat besi.
- 2) Kebutuhan tubuh yang meningkat.
- 3) Penurunan resorpsi karena kelainan pada usus yang disebabkan kebanyakan mengkonsumsi teh.

d. Anemia megaloblastik

Yaitu anemia yang terjadi karena kekurangan asam folat. Asam folat merupakan bahan esensial untuk sintesis DNA dan RNA untuk metabolisme inti sel. Penyebab penurunan asam folat yaitu sebagai berikut:

- 1) Gangguan absorpsi. Disebabkan karena adanya penyakit yang menghambat absorpsi bahan makan pada tubuh.
- 2) Masukan yang kurang.

3) Pemberian obat terhadap asam folat. Obat tersebut dapat menghambat kinerja tubuh, dikarenakan sifatnya bertentangan.

e. Anemia pasca perdarahan

Anemia ini terjadi akibat dari perdarahan yang pasif (perdarahan yang terlalu banyak) seperti kecelakaan, operasi dan persalinan yang hebat yang terjadi secara mendadak maupun menahun. Akibat kehilangan darah yang mendadak lebih bahaya dibandingkan kehilangan darah dalam waktu lama. Selain reflek kardiovaskuler, akan terjadi pergeseran cairan ekstrasvaskuler ke intravaskuler agar tekanan osmotik dapat dipertahankan. Akibatnya terjadi hemodialisi dengan gejala: rendahnya hemoglobin, eritrosit, dan hematocrit, kadang terdapat gagal jantung, kelainan cerebral akibat hiposekemia. Menurunnya aliran darah ke ginjal, sehingga menyebabkan oliguria dan anuria.

f. Anemia aplastik

Penyebab anemia aplastik ialah:

- 1) Menurunnya sel induk yang merupakan bahan dasar sel darah merah. Penurunan sel ini terjadi karena bawaan penurunan sel induk bias terjadi karena sering mengkonsumsi obat-obatan seperti, bisulfan, kloranfenikol, dan klopromazina. Obat-obatan tersebut mengakibatkan penekanan pada sumsum tulang.
- 2) Lingkungan mikro seperti radiasi dan kemoterapi yang lama dapat mengakibatkan sebab yang fibrinus dan infiltrasi sel.
- 3) Penurunan puitin yang berfungsi merangsang tumbuhnya sel-sel darah sumsum tulang yang tidak ada.

g. Anemia hemolitik

Yaitu anemia yang terjadi karena umur eritrosit lebih pendek atau premature. Secara normal eritrosit berumur 100 – 120 hari. Adanya penghancuran eritrosit yang berlebihan dapat mempengaruhi fungsi hepar, sehingga ada peningkatan bilirubin.

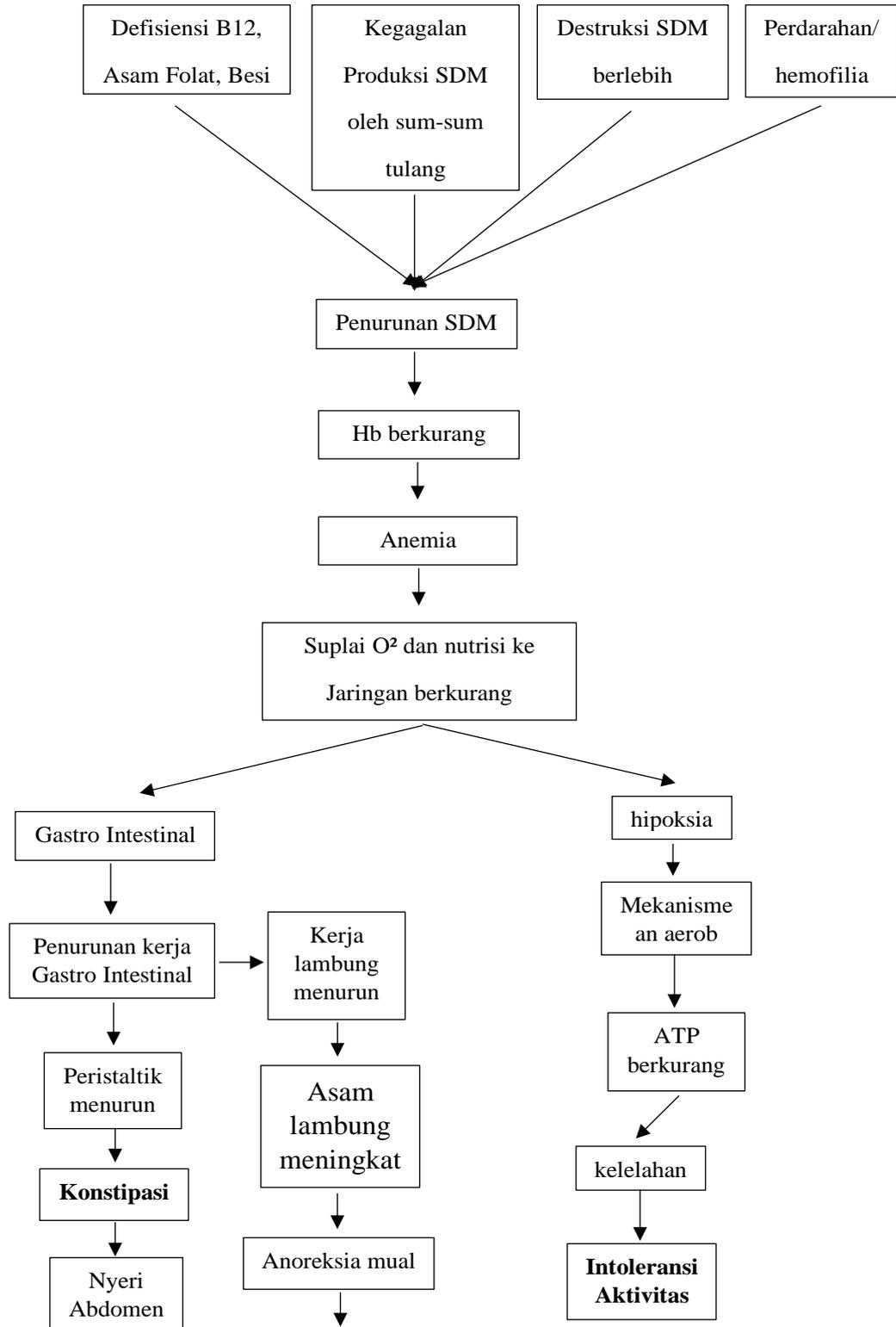
Penyebab anemia hemolitik ini yaitu :

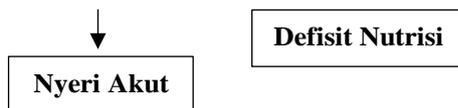
- 1) Congenital, misalnya kelainan rantai hemoglobin, dan defisiensi enzim G6PD.
- 2) Infeksi, penggunaan obat-obatan dan keganasan sel.

5. Patofisiologi

Anemia disebabkan karena adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau tidak dalam batasan normalnya. Dikarenakan peningkatan O^2 oleh (RBC) sehingga aliran darah ke organ vital dan jaringan menurun dikarenakan O^2 dan nutrisi tidak bisa di transport secara adekuat sehingga memunculkan masalah keperawatan perfusi perifer tidak aktif (Saputra, 2018). Sel darah merah hilang melalui perdarahan atau hemolysis, hal ini mengakibatkan defek sel darah merah tidak sesuai dengan ketahanan tubuh yang dapat menyebabkan kegagalan sumsum akibat dari nutrisi dan toksik. Pada anemia terjadi perubahan pada pernapasan yang disebabkan oleh sirkulasi darah ke perifer yang tidak beredar lancar ke seluruh tubuh sehingga pernapasan pasien dyspnea dan terganggu. Anemia dapat terjadi gangguan dalam pengiriman O^2 ini dapat mengakibatkan perubahan pembentukan energy yang dihasilkan menurun, pasien merasa kelelahan (Saputra, 2018).

6. Pathway





Gambar 2.1 Pathway Anemia

7. Manifestasi Klinis

Menurut DiGiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. 2019, tanda dan gejala anemia adalah sebagai berikut:

- a. Lelah karena hipoksia, karena oksigen yang tersedia untuk jaringan tubuh berkurang.
- b. Kelemahan karena hipoksia.
- c. Muka pucat karena oksigen yang tersedia untuk jaringan permukaan kurang.
- d. Takikardia karena tubuh mencoba mengimbangi ketersediaan oksigen yang kurang dengan berdetak lebih cepat untuk meningkatkan persediaan darah.
- e. Desisan sistolik karena naiknya turbukensi aliran darah.
- f. Dyspnea atau pemendekan nafas karena hipoksia sebab tubuh berusaha mendapatkan lebih banyak oksigen.
- g. Angina karena otot jantung tidak mendapatkan cukup oksigen.
- h. Sakit kepala karena hipoksia.
- i. Kepala terasa ringan karena hipoksia.
- j. Tulang sakit naiknya erythropoiesis sebab tubuh berusaha menyembuhkan anemia.
- k. Penyakit kuning (jaundice) dalam anemia hemolitik karena naiknya tingkat bilirubin sebab sel darah merah rusak.

8. Pemeriksaan penunjang

Jenis pemeriksaan penunjang pada anemia meliputi:

- 1) Tes hitung darah lengkap dengan cara:
 - a) Melihat banyaknya zat besi dalam darah, dan protein yang menyimpan zat besi dalam tubuh.
 - b) Melihat kemampuan tubuh mengikat zat besi (transferrin and total iron-binding capacity) dan jumlah sel darah merah tidak matang

(retikulosit), yang biasanya rendah dalam anemia defisiensi zat besi.

c) Melihat ukuran dan bentuk sel darah merah melalui apusan darah tepi (peripheral blood smear). Anemia defisiensi besi umumnya ditunjukkan dengan ukuran sel darah merah yang lebih kecil dari normal dan warna darah yang lebih pucat.

2) Pemeriksaan penunjang lainnya yaitu:

a) Pemeriksaan Endoskopi, dilakukan untuk melihat sumber perdarahan dalam saluran pencernaan yang bias menyebabkan menstruasi anemia defisiensi zat besi.

b) Pemeriksaan USG panggul, dilakukan pada wanita yang mengalami anemia.

9. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan anemia menurut (Hidayah, 2022) bertujuan mencari penyebab dan mengganti darah yang hilang.

- a. Transplantasi sel darah merah
- b. Antibiotik diberikan untuk mencegah infeksi
- c. Suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah
- d. Menghindari situasi kekurangan oksigen atau aktivitas yang membutuhkan oksigen
- e. Obati penyebab perdarahan abnormal (bila ada)
- f. Diet kaya besi yang mengandung daging dan sayuran hijau

10. Komplikasi

Menurut (Hidayah, 2022) Penatalaksanaan anemia yang tidak tepat dapat memicu berbagai komplikasi:

- a. Kelelahan yang parah, Komplikasi pertama yang dapat terjadi pada seseorang ketika mengidap anemia adalah perasaan lelah yang parah. Hal ini dapat menyebabkan kesulitan untuk melakukan

aktivitas apa pun karena perasaan lelah dan lemas yang timbul. Rasa lelah ini timbul karena beberapa bagian tubuh kekurangan oksigen yang seharusnya disuplai oleh sel darah merah.

- b. Masalah jantung, Seseorang yang mengidap anemia juga dapat mengalami kelainan jantung sebagai komplikasi, yaitu detak jantung yang terlalu cepat atau tidak teratur, saat seseorang sedang mengalami anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah agar kecukupan oksigen pada darah terjaga. Jika dibiarkan, seseorang dapat mengalami pembesaran jantung atau gagal jantung yang dapat berisiko fatal.
- c. Kematian, beberapa anemia turunan, seperti anemia sel sabit, bisa menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan darah dengan cepat mengakibatkan anemia akut dan berat dan bisa berakibat fatal.

B. Konsep Aktivitas

1. Pengertian

Aktivitas artinya “kegiatan dan keaktifan” (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Jadi segala sesuatu yang dilakukan atau kegiatan-kegiatan yang terjadi baik fisik maupun non-fisik, merupakan suatu aktivitas.

Aktivitas fisik adalah gerakan tubuh yang dihasilkan oleh otot rangka yang memerlukan suatu pengeluaran energy. Kurangnya aktivitas fisik akan menjadi salah satu faktor independen dalam suatu penyakit kronis yang bias menyebabkan kematian secara global (Yuni, 2017).

2. Fisiologi Pergerakan

Pergerakan merupakan rangkaian yang terintegrasi antara sistem muskulokeletal dan sistem persarafan di dalam tubuh.

Sistem Muskulokeletal

Sistem muskulokeletal terdiri atas rangka (tulang), otot dan sendi. System ini sangat berperan dalam pergerakan dan aktivitas manusia.

Rangka memiliki beberapa fungsi yaitu:

- a. Mendukung dan memberi bentuk jaringan tubuh.
- b. Melindungi bagian tubuh tertentu seperti hati, ginjal, otak dan tendon.
- c. Tempat melekatnya otot dan tendon.
- d. Sumber mineral seperti garam dan posfat.
- e. Tempat produksi sel darah.

Sistem Persarafan

Secara spesifik, sistem persarafan memiliki beberapa fungsi, yaitu:

- a. Saraf aferen (reseptor), berfungsi menerima rangsangan dari luar kemudian meneruskannya ke susunan saraf pusat.
- b. Sel saraf atau neuron, berfungsi membawa impuls dari bagian tubuh satu ke bagian tubuh lainnya.
- c. Sistem saraf pusat (SSP), berfungsi memproses impuls dan kemudian memberikan respon melalui saraf eferen.
- d. Saraf eferen, berfungsi menerima respon dari SSP kemudian meneruskannya ke otot rangka.

3. Body Mekanik

Mekanika tubuh adalah penggunaan organ tubuh secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Dengan melakukan aktivitas secara benar dan beristirahat dalam posisi yang benar dapat meningkatkan kesehatan tubuh dan mencegah timbulnya penyakit. Gangguan mekanika tubuh dapat terjadi pada individu yang menjalani tirah baring lama karena dapat terjadi penurunan kemampuan tonus otot. Tonus otot sendiri adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan kemampuan kontraksi otot rangka. Lebih lanjut, penjelasan tentang mekanika tubuh akan berfokus pada:

a. Kesejajaran Tubuh dan Postur

Kesejajaran tubuh (body alignment) adalah susunan geometric bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian-bagian tubuh lain. Kesejajaran tubuh dan postur yang baik akan menempatkan tubuh pada posisi yang dapat meningkatkan keseimbanganyang optimal dan fungsi tubuh yang maksimal, baik dalam posisi berdiri, duduk, maupun tidur. Kesejajaran tubuh yang baik dilihat dari keseimbangan persendian, otot, tendon, dan ligament. Kesejajaran tubuh yang baik penting untuk meningkatkan fungsi tangan yang baik, mengurangi jumlah energi yang digunakan dalam mempertahankan keseimbangan, mengurangi kelelahan, memperluas ekspansi paru, meningkatkan sirkulasi ginjal dan fungsi sistem pencernaan. Sedangkan kesejajaran tubuh yang buruk dapat mengganggu penampilan dan memengaruhi kesehatan karena ada beberapa bagian tubuh yang terbatas kemampuannya. Tugas perawat terkait dengan kesejajaran tubuh adalah memberikan contoh bagaimana melakukan kebiasaan yang baik dan postur tubuh sehingga tubuh menjadi sehat.

b. Keseimbangan

Mekanisme yang berperan dalam mempertahankan keseimbangan dan postur tubuh cukup rumit untuk dipahami. Secara umum, perasaan seimbang (sense of equilibrium) bergantung pada input informasi yang diterima dari labirin (telinga bagian dalam), penglihatan (input vestibule-okular), dan dari reseptor otot dan tendon (inptil vestibulospinalis). Pada keadaan normal, reseptor keseimbangan di aparatus veslibular mengirimkan sinyal menuju otak yang akan mengawali reflex yang dibutuhkan untuk mengubah posisi. Sedang pada keadaan lain, misalnya pada perubahan posisi kepala, informasi yang diterima langsung dikirim ke pusat refleks di batang otak sehingga memungkinkan respon refleks yang lebih cepat guna mempertahankan keseimbangan tubuh. Selain mekanisme di atas,

keseimbangan dipengaruhi oleh pusat gravitasi, garis gravitasi, dan fondasi penyokong seperti yang telah dijelaskan sebelumnya.

c. Gerakan Terkoordinasi

Gerakan yang halus dan seimbang merupakan hasil dari kerjasama yang baik antara korteks serebri, sereblum, dan ganglia basalis. Dalam mekanisme ini, korteks serebri bertugas melakukan aktivitas motorik volunter, sedangkan sereblum bertugas mengatur aktivitas gerakan motorik, dan ganglia basalis bertugas mempertahankan postur tubuh. Jika salah satu dari ketiganya mengalami gangguan, misalnya sereblum, gerakan menjadi kaku, tidak terarah, dan tidak terkoordinasi.

4. Faktor yang Memengaruhi Kesejajaran Tubuh

a. Pertumbuhan dan Perkembangan

Usia serta perkembangan sistem muskulokeletal dan persarafan akan berpengaruh terhadap postur, proporsi tubuh, massa tubuh, pergerakan, serta refleks tubuh seseorang. Untuk itu, dalam melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan, perawat harus memerhatikan aspek tumbuh kembang individu dan membuat penyesuaian yang dibutuhkan.

b. Kesehatan Fisik

Gangguan pada sistem muskulokeletal atau persarafan dapat menimbulkan dampak yang negatif pada pergerakan dan mekanika tubuh seseorang. Adanya penyakit, trauma, atau kecacatan dapat mengganggu pergerakan dan struktur tubuh. Karenanya, untuk memberikan intervensi yang tepat kepada klien, perawat perlu mengkaji respons klien terkait dengan hambatan mobilitas yang dialaminya. Selain itu, penguatan perilaku juga perlu diberikan kepada klien guna meningkatkan fungsi kesehatannya.

c. Status Mental

Gangguan mental atau afektif seperti depresi atau stress kronis dapat memengaruhi keinginan seseorang untuk bergerak. Individu yang

mengalami depresi cenderung tidak antusias dalam mengikuti kegiatan tertentu, bahkan kehilangan energi untuk melakukan perawatan hygiene. Demikian pula halnya dengan stress yang berkepanjangan, kondisi ini bias menguras energy sehingga individu kehilangan semangat untuk beraktivitas.

- d. Gaya Hidup
- e. Sikap dan Nilai Personal

C. Konsep Mobilisasi

1. Pengertian

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang amok bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Setiap orang butuh untuk bergerak. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan ini membutuhkan tindakan keperawatan. Mobilisasi diperlukan untuk meningkatkan kemandirian diri, meningkatkan kesehatan, memperlambat proses penyakit-khususnya penyakit degenerative, dan untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh).(Respati, 2017)

2. Jenis Mobilisasi

- a. Mobilitas penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari-hari. Mobilitas penuh ini merupakan fungsi saraf motoric volunteer dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
- b. Mobilitas sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motoric dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pada pasien paraplegi dapat mengalami mobilitas sebagian pada ekstremitas bawah karena

kehilangan kontrol motoric dan sensorik. Mobilitas sebagian ini dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Mobilitas sebagian temporor, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada system muskulokeletal, contohnya adalah adanya di lokasi sendi dan tulang.
- 2) Mobilitas permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversibel, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motoric dan sensorik. (Respati, 2017)

3. Faktor yang mempengaruhi mobilisasi

a. Gaya Hidup

Mobilitas seseorang dipengaruhi oleh latar belakang budaya, nilai-nilai yang dianut, serta lingkungan tempat dia tinggal (masyarakat). Contoh sederhananya adalah wanita Jawa. Di masyarakat tempat tinggal, wanita Jawa dituntut untuk berpenampilan lemah dan lembut. Selain itu, tabu bagi mereka untuk melakukan aktivitas yang berat.

b. Ketidakmampuan

Kelemahan fisik dan mental akan menghalangi seseorang untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Secara umum, ketidakmampuan ada dua macam, yakni ketidakmampuan primer dan sekunder, ketidakmampuan primer disebabkan oleh penyakit atau trauma (mis., paralisis) akibat gangguan atau cedera pada medulla spinalis). Sedangkan ketidakmampuan sekunder terjadi akibat dampak dari ketidakmampuan primer (mis., kelemahan otot dan tirah baring). Penyakit-penyakit tertentu dan kondisi cedera akan berpengaruh terhadap mobilitas.

c. Tingkat Energi

Energy dibutuhkan untuk banyak hal, salah satunya mobilisasi. Dalam hal ini, cadangan energy yang dimiliki masing-masing individu bervariasi. Di samping itu, ada kecenderungan seseorang untuk menghindari stressor guna mempertahankan kesehatan fisik dan psikologis.

d. Usia

Usia berpengaruh terhadap kemampuan seseorang dalam melakukan mobilitas pada individu lansia, kemampuan untuk melakukan aktivitas dan mobilisasi menurun sejalan dengan penuaan. (Respati, 2017)

4. Mobilisasi Dini

Mobilisasi dini yaitu kemampuan seseorang untuk bergerak bebas yang dilakukan sedini mungkin setelah pasien kembali ke bangsal perawatan (Asmadi, 2008). Mobilisasi dini adalah suatu usaha untuk menggerakkan bagian tubuh secara bebas dan normal baik secara aktif maupun pasif untuk mempertahankan sirkulasi, memelihara tonus otot dan mencegah kekakuan otot.

Mobilisasi dini dan program berjalan merupakan program yang fisibel dan aman untuk diimplementasikan pada pasien kritis. Program ini meliputi latihan progresif yang dilakukan secara bertahap dengan pemantauan respon pasien secara ketat dan terus menerus. Setiap aktivitas program latihan akan berdampak pada perubahan status pasien terutama hemodinamik, meliputi : takikardi, hipotensi, penurunan SvO₂ (Nofiyanto & Adhinugraha, 2016).

Manfaat melakukan latihan fisik atau mobilisasi pada penderita gangguan jantung menurut Lavie dalam (Arovah, 2016) yaitu:

- a. mengurangi efek samping fisiologis dan psikologis tirah baring di rumah sakit,
- b. dapat dimanfaatkan untuk memonitor kondisi fisiologis penderita,
- c. mempercepat proses pemulihan dan kemampuan untuk kembali pada level aktivitas sebelum serangan jantung.

5. Tujuan Mobilisasi Dini

Menurut Majid, Judha, dan Istianah (2011) tujuan mobilisasi dini antara lain Mencegah kekakuan otot dan sendi sehingga mengurangi nyeri, Menjamin kelancaran peredaran darah, Memperbaiki pengaturan metabolisme tubuh, Memperbaiki kerja fisiologis organ-organ vital sehingga mempercepat penyembuhan luka, Memperbugar pikiran dan mengurangi dampak negatif dari beban psikologis

D. Jurnal Terkait Kasus

Berdasarkan hasil penelitian oleh (Rini Puji Puspita, 2021) dalam Jurnal yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” adalah:

1. Metode Ilmiah

Metode penelitian yang dilakukan oleh peneliti berbentuk studi kasus yang menggunakan metode penelitian deskriptif (langsung), yaitu Metode deskriptif dapat diartikan sebagai prosedur pemecahan masalah yang diselidiki dengan menggambarkan keadaan subjek atau objek dalam penelitian dapat berupa orang, lembaga, masyarakat dan yang lainnya yang pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau apa adanya.

2. Hasil dan Pembahasan

Pada saat pengkajian klien, data didapatkan dari klien, keluarga, klien, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya. Berdasarkan data tersebut, tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus yang saya kaji pada Tn.S

penderita anemia pada keluhan utama dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak terdapat kesenjangan data pada saat dilakukan pengkajian. Tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terhadap pasien, terdapat kesamaan gejala utama pada anemia diantaranya yaitu : lemah, letih, lesu, lelah, sering mengeluh pusing, mata berkunang-kunang, kelopak mata, bibir, lidah dan telapak tangan pucat. Data Subyektif : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. Data Objektif : pasien tampak lemah dan semua ADL's sebagian dibantu keluarga dan perawat. Etiologi : Kelemahan . Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas.

Pada tanggal 04 Februari 2021 jam 10.30 ditetapkan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Diagnosa utama berupa Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin penurunan supaly oksigen dibuktikan dengan keletihan, kelemahan, pusing, gemeteran, kemampuan beraktivitas menurun, wajah dan kulit pucat dan nyeri pada luka di kaki. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan perfusi jaringan perifer pasien efektif, kemampuan beraktivitas meningkatkan, mempercepat penyembuhan luka. Dengan intervensi keperawatan berupa : monitor tanda- tanda vital (misalnya data awal, selama dan setelah tranfusi),edukasi pasien rencana pemberian tranfuse darah, lakukan tranfusi darah, monitor adanya reaksi transfuse darah, kolaborasi pemberian terapi obat. Diagnosa kedua berupa Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari, pasien tampak lemah dan semua ADL's sebagian dibantu keluarga dan perawat. Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan yaitu, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 8 jam, diharapkan kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi, melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Dengan intervensi keperawatan berupa : monitor Tanda Vital, monitor intake/asupan

nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin.

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

Pada tanggal 05 Februari 2021 jam 12.30 melakukan implementasi keperawatan diagnosa berupa intoleransi aktivitas. Pada implementasi pertama dengan memonitor tanda vital dengan data subjektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooepatif, Implementasi kedua dengan memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat dengandata subjektif pasien mengatakan akan menghabiskan satu porsi makanannya dan data objektif pasien tampak sedikit demi sedikit memakan makanannya, Implementasi ketiga dengan mengedukasi aktivitas/ istirahat dengan data subjektif pasien mengatakan akan tidur siang dan tidur mulai jam 21.00-04.00 pagi, dan data objektif pasien tampak istirahat dengan nyaman,implementasi keempat mengatur posisi senyaman mungkin dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan

data objektif pasien tampak lebih rileks. dan pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

Pada tanggal 06 Februari 2021 jam 10.00 melakukan implementasi keperawatan diagnosa berupa intoleransi aktivitas. Pada implementasi pertama dengan melanjutkan intervensi yang belum tercapai, memonitor tanda vital dengan data subjektif pasien mengatakan setuju untuk dilakukan pengukuran tanda vital dan data objektif pasien tampak kooperatif, Implementasi kedua dengan memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat dengan data subjektif pasien mengatakan akan menghabiskan satu porsi makanannya dan data objektif pasien tampak sedikit demi sedikit memakan makanannya, Implementasi ketiga dengan mengedukasi aktivitas/istirahat dengan data subjektif pasien mengatakan akan tidur siang dan tidur mulai jam 21.00-04.00 pagi, dan data objektif pasien tampak istirahat dengan nyaman, implementasi keempat mengatur posisi nyaman mungkin dengan data subjektif pasien mengatakan bersedia untuk dibantu dalam posisi nyaman dan data objektif pasien tampak lebih rileks. dan pasien tampak kooperatif dengan tindakan yang diberikan.

Evaluasi hari terakhir Februari 2021. Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50, S : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. O : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P : lanjutkan intervensi nomor 1- 4.

Evaluasi hari terakhir Februari 2021. Diagnosa keperawatan Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50, S : pasien mengatakan tidak bisa bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari. O : pasien tampak lemah, semua ADLs dibantu keluarga dan perawat. A : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi. P: lanjutkan intervensi nomor 1- 4.

Evaluasi hari terakhir Februari 2021. Diagnosa keperawatan: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Jam 13.50, S: pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri tapi masih diawasi keluarga. O: pasien tampak baik, ADLs sudah bisa dilakukan mandiri. A: Masalah intoleransi aktivitas teratasi . P: hentikan intervensi.

3. Kesimpulan

Evaluasi keperawatan pada Tn. S Pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan bahwa masalah telah teratasi dengan pasien tampak baik, ADLs sudah bisa dilakukan mandiri.

E. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Data tersebut berasal dari pasien (data primer), keluarga (data sekunder) dan catatan yang ada (data tersier). Pengkajian dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan melalui wawancara, observasi langsung, dan melihat catatan medis (Setiadi, 2017). Adapun data yang diperlukan pada pasien gastritis yaitu sebagai berikut:

- a. Data dasar (identitas klien) meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosa medis.
- b. Keluhan utama ditulis secara singkat dan jelas. Keluhan utama merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan kesehatan, keluhan utama adalah alasan klien masuk rumah sakit.

- c. Riwayat penyakit sekarang merupakan penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa ke rumah sakit.
- d. Riwayat penyakit dahulu merupakan penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin dapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini.
- e. Riwayat kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan.
- f. Riwayat psikososial Meliputi mekanisme koping yang digunakan klien untuk mengatasi masalah dan bagaimana motivasi kesembuhan dan cara klien menerima keadaannya.
- g. Genogram umumnya dituliskan dalam tiga generasi sesuai dengan kebutuhan. Bila klien adalah seorang nenek atau kakek, maka dibuat dua generasi dibawah, bila klien adalah anak-anak maka dibuat generasi ke atas.
- h. Pola kebiasaan sehari-hari
 - 1) Pola nutrisi Pola nutrisi dan metabolisme yang ditanyakan adalah diet khusus/suplemen yang dikonsumsi dan instruksi diet sebelumnya, nafsu makan atau minum serta cairan yang masuk, ada tidaknya mual-mual, muntah, stomatitis, fluktuasi BB 6 bulan terakhir naik/turun, adanya kesukaran menelan, penggunaan gigi palsu atau tidak, riwayat masalah/penyembuhan kulit, ada tidaknya ruam, kebutuhan zat gizinya, dan lain-lain.
 - 2) Pola eliminasi Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah kebiasaan defekasi perhari, ada tidaknya disuria, nocturia, urgensi, hematuria, retensi, inkontinensia, apakah kateter indwelling atau kateter eksternal, dan lain-lain.
 - 3) Pola istirahat dan tidur Pengkajian pola istirahat dan tidur ini yang perlu ditanyakan adalah jumlah jam tidur pada malam hari, pagi, siang, apakah merasa tenang setelah tidur, adakah masalah selama tidur, apakah terbangun dini hari, insomnia atau mimpi buruk.

- 4) Pola aktivitas latihan Pada pengumpulan data ini perlu ditanyakan kemampuan dalam menata diri, apakah tingkat kemampuannya 0 berarti mandiri, 1= menggunakan alat bantu, 2= dibantu orang dengan peralatan, 4= ketergantungan/tidak mampu. Yang dimaksud aktivitas sehari-hari antara lain seperti makan, mandi, berpakaian, toileting, tingkat mobilitas ditempat tidur, berpindah, berjalan, kekuatan otot, kemampuan ROM (range of motion), dan lain-lain.
- 5) Pola kognisi-perseptual Pada pola ini ditanyakan keadaan mental, berorientasi kacau mental, menyerang, tidak ada respon, cara bicara normal atau tidak, bicara berputar-putar, kemampuan komunikasi, kemampuan mengerti, penglihatan, adanya persepsi sensori (nyeri), penciuman dan lain-lain.
- 6) Pola toleransi-koping stress Pada pengumpulan data ini ditanyakan adanya koping mekanisme yang digunakan pada saat terjadinya masalah atau kebiasaan menggunakan koping mekanisme serta tingkat toleransi stres yang pernah dimiliki.
- 7) Pola persepsi diri/konsep koping Pada persepsi ini yang ditanyakan adalah persepsi tentang dirinya dari masalah yang ada seperti kecemasan, ketakutan, atau penilaian terhadap diri mulai dari peran, ideal diri, konsep diri, gambaran diri, dan identitas tentang dirinya.
- 8) Pola seksual reproduksi Pada pengumpulan data tentang seksual dan reproduksi ini ditanyakan periode menstruasi terakhir, masalah menstruasi masalah pap smear, pemeriksaan payudara/testis sendiri tiap bulan dan masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.
- 9) Pola hubungan dan peran Pada pola ini yang perlu ditanyakan adalah pekerjaan, status pekerjaan, kemampuan bekerja, hubungan dengan klien atau keluarga dan gangguan terhadap peran yang dilakukan.

10) Pola nilai dan keyakinan Yang perlu ditanyakan adalah pantangan dalam agama selama sakit serta kebutuhan adanya rohaniawan dan lain-lain.

i. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang dilakukan mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki dengan menggunakan 4 teknik, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Data dasar pengkajian pasien gastritis meliputi:

1) Keadaan umum

a) Tanda-tanda vital

b) Kesadaran

2) Pemeriksaan fisik head to toe

a) Kepala dan muka wajah pucat dan sayu (kekurangan nutrisi)

b) Mata Kelainan bentuk mata tidak ada, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terdapat pendarahan sub konjungtiva, keadaan pupil, palpebra, refleks cahaya biasanya tidak ada kelainan.

c) Mulut dan faring Bentuk, mukosa bibir kering, pendarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah atau pendarahan.

d) Abdomen

(1) Inspeksi : keadaan kulit, warna, elastisitas, kering, lembab, besar dan bentuk abdomen rata atau menonjol. Jika pasien melipat lutut sampai dada sering merubah posisi, menandakan pasien nyeri.

(2) Auskultasi : distensi bunyi usus sering hiperaktif selama perdarahan, dan hipoaktif setelah perdarahan.

(3) Perkusi : pada penderita gastritis suara abdomen yang ditemukan hypertimpani (bising usus meningkat).

(4) Palpasi : pada pasien gastritis dinding abdomen tegang. Terdapat nyeri tekan pada regio epigastik (terjadi karena distruksi asam lambung)

- e) Integumen Warna kulit pucat, sianosis (tergantung pada jumlah kehilangan darah), kulit teraba dingin, keringat berlebihan, terdapat pendarahan dibawah kulit, kelemahan kulit.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien anemia menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) adalah:

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makana
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidak seimbangan suplai dan kebutuhan oksigen

3. Intervensi Keperawatan

Rencana Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (SIKI DPP PPNI 2018):

- a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis
Luaran: Setelah dilakukan tindakan keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis menurun
Kriteria Hasil:
 - 1) Keluhan nyeri menurun
 - 2) Meringis dapat menurun
 - 3) Gelisah dapat menurun
 - 4) Sikap protektif dapat menurun
 - 5) Kesulitan tidur menurun

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

- R/ mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri dari pasien
- 2) Identifikasi skala nyeri
R/ mengetahui tingkat nyeri yang dirasakan pasien
 - 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
R/ untuk mengetahui nyeri yang dirasakan
 - 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
R/ mengetahui hal-hal yang dapat memperberat ataupun memperingan nyeri yang dirasakan pasien
 - 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
R/ untuk mengetahui seberapa besar klien tentang nyeri
 - 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
R/ mengetahui aspek budaya pada nyeri
 - 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
R/ mengetahui seberapa besar rasa nyeri mempengaruhi kualitas hidup pasien
 - 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
R/ mengetahui keberhasilan terapi pada nyeri
 - 9) Monitor efek samping penggunaan analgetik
R/ agar klien mengetahui efek samping obat yang akan diberikan

Terapeutik

- 1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
R/ mengurangi tingkat nyeri pasien/ mengalihkan pasien dari rasa nyerinya
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
R/ mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur

R/ mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien

- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

R/ untuk mengetahui strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

R/ memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien

- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri

R/ membantu pasien mengatasi saat rasa nyeri muncul

- 3) anjurkan memonitor nyeri secara tepat

R/ pasien dapat mengetahui sendiri karakteristik, penyebab, lokasi saat nyeri muncul

- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

R/ agar nyeri pada pasien berkurang

- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

R/ memudahkan pasien untuk mengotrol nyeri dengan cara sederhana

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

R/ mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien

b. Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan

Luaran: Setelah dilakukan tindakan keperawatan status nutrisi membaik

Kriteria Hasil:

- 1) Porsi makanan yang dihabiskan meningkat
- 2) Pengetahuan tentang pilihan maknan yang sehat
- 3) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat
- 4) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat

Intervensi:

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
R/ mengetahui status nutrisi.
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
R/ mengetahui adanya alergi dan intoleransi makan.
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
R/ mengetahui jenis makanan yang disukai.
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient
R/ mengetahui kebutuhan kalori dan jenis nutrient yang akan diberikan.
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric
R/ untuk memenuhi kebutuhan nutrisi.
- 6) Monitor asupan makanan
R/ untuk mengetahui jumlah asupan makanan.
- 7) Monitor berat badan
R/ untuk mengetahui adanya peningkatan ataupun penurunan berat badan.
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
R/ mengetahui adanya kelainan pada hasil pemeriksaan laboratorium atau mengetahui hasil yang abnormal.

Terapeutik

- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
R/ menjaga kebersihan dan kesegaran mulut
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
R/ menentukan diet yang sesuai.
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
R/ memberikan rasa tertarik dan nyaman untuk makan.
- 4) Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
R/ mencegah terjadinya komplikasi.
- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
R/ menambah energy dan mempercepat proses penyembuhan.
- 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
R/ meningkatkan kadar albumin.

7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric, jika asupan oral dapat ditoleransi

R/ mencegah terjadinya komplikasi lain.

Edukasi

1) Anjurkan posisi duduk

R/ menghindari terjadinya aspirasi/muntah.

2) Ajarkan diet yang diprogramkan

R/ mengetahui diet yang harus dilakukan.

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antimetik), jika perlu

R/ menghindari terjadinya mual dan muntah.

2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

R/ memenuhi kebutuhan nutrisi yang diperlukan.

c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Luaran: Setelah dilakukan tindakan keperawatan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria Hasil:

1) Frekuensi nadi meningkat

2) Saturasi oksigen meningkat

3) Keluhan lelah menurun

4) Perasaan lemah menurun

Intervensi:

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan

R/ mencegah terjadinya risiko cedera.

2) Monitor kelelahan fisik dan emosional

R/ mengetahui adanya kelelahan.

3) Monitor pola dan jam tidur

R/ mengetahui adanya gangguan pola tidur.

4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

R/ mengetahui adanya ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas.

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus

R/ membuat rasa nyaman untuk beristirahat.

2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif

R/ mencegah terjadinya kekakuan.

3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

R/ memberikan rasa nyaman dan tenang.

4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah

R/ membantu untuk melakukan mobilisasi ringan.

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

R/ mencegah terjadinya kelelahan.

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R/ menghindari terjadinya risiko jatuh.

3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang

R/ menghindari komplikasi lain yang akan terjadi.

4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

R/ mengurangi kelelahan.

Kolaborasi

1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

R/ memperbaiki status nutrisi.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga medis lain untuk membantu pasien dalam proses penyembuhan dan perawatan serta

masalah kesehatan yang dihadapi pasien yang sebelumnya disusun dalam rencana keperawatan (Nursalam, 2016).

Tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada penderita anemia adalah Pendidikan kesehatan tentang pemenuhan nutrisi terhadap peningkatan kadar hemoglobin pada pasien anemia.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah tercapai atau sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak.

Menurut Nursalam (2016), evaluasi keperawatan terdiri dari dua jenis yaitu:

1 Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif disebut juga evaluasi akhir dimana dalam metode evaluasi ini menggunakan SOAP (subjektif, objektif, assesment, perencanaan).

2 Evaluasi formatif

Evaluasi formatif disebut juga evaluasi berjalan dimana evaluasi dilakukan sampai dengan tujuan tercapai.

BAB III METODE STUDI KASUS

A. Jenis Studi Kasus

Jenis pada penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan pendekatan studi kasus proses keperawatan. Penelitian ini mencakup satu unit penelitian yaitu menggunakan satu subyek dalam penelitian. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk penerapan asuhan keperawatan pada pasien anemia dalam pemberian mobilisasi untuk pemenuhan kebutuhan aktivitas.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek yang ikut berpartisipasi dalam studi kasus ini adalah satu orang pasien dengan Anemia yang di rawat di Ruang Perawatan Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto.

C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

1 Lokasi Studi Kasus

Penulis melakukan studi kasus di RSPAD Gatot Soebroto yang beralamat di Jl. Abdul Rahman Saleh Raya, Senen, Kec.Senen, Jakarta Pusat.

2 Waktu Studi Kasus

Waktu yang digunakan dalam melakukan studi kasus ini yakni 3 hari pada tanggal 3 Mei 2022 sampai dengan 5 Mei 2022.

D. Fokus Studi Kasus

Studi kasus ini berfokus pada penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Anemia Dalam Pemberian Mobilisasi Untuk Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas.

E. Instrument Studi Kasus

Instrument pengumpulan data pada studi kasus ini yaitu menggunakan format Asuhan keperawatan sesuai yang berlaku di STIKes RSPAD Gatot Soebroto.

F. Metode Pengumpulan Data

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan metode pengumpulan data berikut:

1 Observasi

Pengumpulan data dilakukan selama 3 hari yaitu tanggal 3 Mei 2022 sampai 5 Mei 2022. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi pada pasien Tn.R, data dapat dilakukan dengan melakukan interaksi secara langsung antara perawat dengan pasien dan keluarga pasien.

2 Wawancara

Pengumpulan data dilakukan dengan cara tanya jawab sesuai dengan kata yang diperlukan. Wawancara dilakukan baik kepada pasien, keluarga pasien serta tenaga medis lain yang bertugas diruang Paviliun Darmawan Lantai VI RSPAD Gatot Soebroto.

3 Pemeriksaan Fisik

Dilakukan dengan pemeriksaan fisik dari ujung kepala sampai dengan ujung kaki pasien.

4 Studi Literatur

Pengumpulan data dilakukan dengan cara menggali sumber pengetahuan melalui buku-buku referensi, internet dengan terpercaya dan literature lain yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada pasien dengan Anemia.

5 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dalam studi kasus ini adalah dengan melihat hasil dari pemeriksaan diagnostic serta data lain yang relevan, seperti hasil laboratorium, radiologi untuk mengetahui kelainan-kelainan pada pasien dan dengan melihat rekam medis pada pasien untuk mengetahui data-data secara lengkap.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas hasil penelitian beserta pembahasan yang meliputi perbandingan antara hasil tinjauan kasus dengan teori pada pemberian mobilisasi pada klien Anemia di ruang perawatan lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto. Pengambilan data ini dilakukan pada tanggal 3-5 Mei 2023 dengan satu subyek (klien). Adapun hasil penelitiannya diuraikan sebagai berikut :

A. Hasil Studi Kasus

Pengkajian dilakukan pada tanggal 3 Mei 2023 di Ruang Perawatan Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto. Klien datang dari IGD RSPAD Gatot Soebroto pada tanggal 1 Mei 2023. Klien masuk ruang perawatan lantai IV Paviliun Darmawan pada tanggal 3 Mei 2023 nomor register 01150319 dengan diagnosa Anemia.

1. Pengkajian

Klien bernama Tn. R berjenis kelamin Laki-laki, berusia 43 tahun. Klien datang dari IGD pada tanggal 1 Mei 2022 pukul 17.49 lalu dibawa ke Lantai IV Paviliun Darmawan dengan keluhan badan klien terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas, dan tidak dapat beraktivitas. Penunjang yang didapatkan adalah pemeriksaan laboratorium pada tanggal 1 Mei 2023 pukul 19.29 WIB dengan hasil Hematologi lengkap: Hemoglobin: 7.2 (N:13.0-18.0 g/dL), Hematokrit: 21 (40-52 %), Eritrosit: 2.5 (4.3-6.0 juta/ μ), Leukosit: 15710 (4,800-10,800 / μ), Trombosit: 546000 (150,000-400,000 / μ), SGOT: 23 (<35 U/L), SGPT: 53 (<40 U/L), GDS: 133 (70-140 mg/dL), Natrium (Na): 130 (135-147 mmol/L). Hasil radiologi, kesan: Mild Fatty Liver, Pranchymal Kidney Disease Bilateral, Sludge Intragallbladder: Cholesistitis, Tidak tampak kelainan sonomorlogi organ-organ intraabdomen lainnya dan

kardiomegali. Penatalaksanaan (Therapi/pengobatan termasuk diet) yang diberikan adalah Sucralfat Syrup 3x1 melalui oral, B12 3x1 melalui oral, Citicholyn 2x500 mg melalui IV, Ceftriaxone 1x2gr melalui IV, Curcuma 3x1 melalui oral, Hp Pro 3x1 melalui oral, Asam Folat 2x1 melalui oral, Ramipril 1x1 melalui oral, Atorvastatin 1x1 melalui oral, Omeprazole 2x1gr melalui IV, Amlodipine 1x1 melalui oral.

Pada klien Tn.R didapatkan data subyektif yaitu klien mengeluh badan merasa lemas, klien mengeluh mudah lelah saat beraktivitas, dan klien mengeluh tidak dapat beraktivitas. Data obyektif didapatkan keadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat, TTV: Tekanan Darah: 133/91mmHg, S: 36,8°C, RR: 20x/menit, N: 76x/menit, HB: 7,2 g/dL, klien dipasang infus RL 500cc/8jam.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada kasus ini adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan mobilisasi, diagnosa ditegakkan sesuai dengan data yang ditemukan pada klien yaitu klien mengeluh badan terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas, dan tidak dapat beraktivitas. dan dengan hasil keadaan umum klien lemah, kesadaran compos mentis, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3. Intervensi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilisasi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemudahan dalam melakukan aktivitas atau ambulasi dengan kriteria hasil frekuensi nadi meningkat (skor 5), perasaan lemah menurun (skor 5), keluhan lelah menurun (skor 5), dyspnea saat aktivitas menurun (skor 5), dyspnea setelah aktivitas menurun (skor 5) dengan melakukan intervensi, berikut:

a. Observasi

Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas.

b. Terapeutik

Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah.

c. Edukasi

Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

d. Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

4. Implementasi Keperawatan

Tanggal 3 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 07.35 WIB mengobservasi TTV sebelum aktivitas, hasil: TD: 138/102 mmHg, S: 36°C, N: 90x/mnt, RR: 22x/mnt. Pukul 08.00 WIB mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, hasil: klien mengatakan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan adalah saat melakukan aktivitas. Pukul 08.05 WIB memonitor kelelahan fisik dan emosional, hasil: klien mengatakan badannya lemas, mudah lelah saat beraktivitas dan sering marah-marah. Pukul 08.10 WIB memonitor pola dan jam tidur, hasil: klien mengatakan pola dan jam tidur menjadi terganggu. Memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, hasil: klien mengatakan mengeluh lelah setelah beraktivitas. Pukul 13.00 WIB mengobservasi TTV setelah aktivitas, hasil: TD: 125/85 mmHg, S: 36,2°C, N: 100x/mnt, RR: 18x/mnt. Pukul

20.00 WIB mengobservasi TTV, hasil: TD: 125/85 mmHg, S: 37°C, N: 110x/mnt, RR: 20x/mnt.

Implementasi Terapeutik

Pukul 11.00 WIB menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, hasil: klien mengatakan waktu istirahatnya berkurang karena lingkungannya silau. Pukul 11.30 WIB melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, hasil: klien mampu mengikuti teknik mobilisasi dengan baik. Pukul 12.15 WIB memberikan aktivitas distraksi yang menyenangkan, hasil: klien mampu mengikuti teknik relaksasi nafas dalam dengan baik. Pukul 13.00 WIB memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah, hasil: klien belum bias duduk dari tempat tidurnya.

Implementasi Edukasi

Pukul 13.15 WIB menganjurkan tirah baring, hasil: klien sudah dalam posisi fowler Pukul 13.30 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, hasil: klien mengatakan gerakannya masih terbatas. Pukul 13.50 WIB mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, hasil: klien mengikuti yang diajarkan oleh perawat.

Implementasi Kolaborasi

Pukul 18.00 WIB berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, hasil: klien diberikan diet zat besi seperti daging dan sayuran dan diberikan 1800 kkal makan umum dengan 2x selingan dan diberikan obat curcuma 3x1 melalui oral untuk meningkatkan nafsu makan.

Tanggal 4 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 07.40 WIB mengobservasi TTV sebelum aktivitas hasil TD: 138/102 mmHg, S: 36°C, N: 90x/mnt, RR: 22x/mnt. Pukul 08.05 WIB

memonitor pola dan jam tidur, hasil: klien mengatakan pola dan jam tidur sudah agak membaik. Pukul 08.15 WIB Memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, hasil: Pasien mengatakan lelahnya sedikit berkurang. Pukul 13.00 WIB mengobservasi TTV setelah aktivitas, hasil: TD: 122/88 mmHg, S: 36°C, N: 90x/mnt, RR: 20x/mnt. Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV, hasil: TD: 125/82 mmHg, S: 36.5°C, N: 100x/mnt, RR: 20x/mnt.

Implementasi Terapeutik

Pukul 10.50 WIB mengontrol lingkungan nyaman dan rendah stimulus, hasil: Pasien mengatakan waktu istirahat pasien bertambah. Pukul 11.15 WIB melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, hasil: klien mengatakan sudah mencoba melakukan mobilisasi. Pukul 11.40 WIB memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, hasil: Pasien mengatakan sudah mencoba teknik relaksasi nafas dalam.

Implementasi Edukasi

Pukul 12.15 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, hasil: Pasien mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas sendiri. Pukul 13.10 WIB mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, hasil: klien sudah bias melakukan nya sendiri.

Implementasi Kolaborasi

Pukul 18.00 WIB berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, hasil: klien diberikan diet zat besi seperti daging dan sayuran dan diberikan 1800 kkal makan umum dengan 2x selingan dan diberikan obat curcuma 3x1 melalui oral untuk meningkatkan nafsu makan.

Tanggal 5 Mei 2023

Implementasi Observasi

Pukul 07.40 WIB mengobservasi TTV sebelum aktivitas hasil TD: 139/110 mmHg, S: 36,7°C, N: 125x/mnt, RR: 25x/mnt. Pukul 08.10 WIB memonitor pola dan jam tidur, hasil: klien mengatakan pola dan jam tidur sudah membaik. Pukul 08.15 WIB Memonitor ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, hasil: Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang. Pukul 14.00 WIB mengobservasi TTV setelah aktivitas, hasil: TD: 125/90 mmHg, S: 36,5°C, N: 100x/mnt, RR: 19x/mnt. Pukul 20.00 WIB mengobservasi TTV, hasil: TD: 125/85 mmHg, S: 37°C, N: 100x/mnt, RR: 20x/mnt.

Implementasi Terapeutik

Pukul 09.05 WIB mengontrol lingkungan nyaman dan rendah stimulus, hasil: Pasien mengatakan nyaman dengan lingkungan. Pukul 09.30 WIB melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, hasil: klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi walaupun terkadang dibantu oleh keluarga. Pukul 10.10 WIB memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan, hasil: Pasien mengatakan mampu melakukan nafas dalam secara mandiri, pasien mengatakan melakukan nafas dalam saat merasa pusing dan lemas.

Implementasi Edukasi

Pukul 11.30 WIB menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, hasil: Pasien mengatakan sudah bias beraktivitas tanpa merasa pusing atau lemas. Pukul 13.10 WIB mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan, hasil: klien sudah bias melakukan nya sendiri.

Implementasi Kolaborasi

Pukul 18.00 WIB berkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan, hasil: klien diberikan diet zat besi seperti daging dan sayuran dan diberikan 1800 kkal makan umum dengan 2x selingan dan diberikan obat curcuma 3x1 melalui oral untuk meningkatkan nafsu makan.

5. Evaluasi Keperawatan

Penulis melakukan evaluasi setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam kepada Tn.R untuk mengukur sejauh mana keberhasilan dari pelaksanaan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis dalam studi kasus. Hasil yang didapatkan setelah melakukan implementasi keperawatan selama 3x24 jam, adalah:

S: klien mengatakan pola dan jam tidur sudah membaik. Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang, klien mengatakan sudah bisa melakukan mobilisasi walaupun masih dibantu oleh keluarga, Pasien mengatakan mampu melakukan nafas dalam secara mandiri, pasien mengatakan melakukan nafas dalam saat merasa pusing dan lemas, Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa terasa pusing atau lemas.

O: frekuensi nadi meningkat (skor 5), perasaan lemah menurun (skor 5), keluhan lelah menurun (skor 5), dyspnea saat aktivitas menurun (skor 5), dyspnea setelah aktivitas menurun (skor 5), Vital sign sebelum aktivitas, TD: 139/110 mmHg, S: 36,7°C, N: 125x/mnt, RR: 25x/mnt, Vital sign sesudah aktivitas, TD: 125/90 mmHg, S: 36,5°C, N: 100x/mnt, RR: 19x/mnt, HB: 10,2 g/dL, keadaan umum baik, Kesadaran Composmentis, klien tampak tidak lemas, klien tampak sudah bias melakukan aktivitas walaupun masih dibantu oleh keluarga.

A: Tujuan tercapai, masalah teratasi

P: Intervensi dilanjutkan dengan melakukan mobilisasi

B. Pembahasan Studi Kasus

1. Pengkajian

Pada tahap pengkajian pada kasus didapatkan keluhan badan klien terasa lemas, mudah lelah saat beraktivitas, dan tidak dapat beraktivitas seperti biasanya. Sedangkan pada jurnal yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita,

2021 didapatkan pasien mengatakan tidak bias bekerja dan melakukan kegiatan sehari-hari.

Berdasarkan hasil studi kasus tidak dapat ditemukan kesenjangan pada pengkajian antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan hasil yang didapatkan terdapat keluhan yang sama.

2. Diagnosa Keperawatan

Pada kasus ditegakkan diagnosa keperawatan yaitu Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan sesuai dengan data yang didapatkan dari klien. Sedangkan dalam jurnal berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita, 2021 peneliti menegakkan diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

Berdasarkan hasil studi kasus tidak dapat ditemukan kesenjangan pada diagnosa antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan diagnosa dan etiologi sama-sama menagmbil tentang intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan pada kasus dilakukan dengan 4 komponen yaitu: Observasi (Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, Monitor kelelahan fisik dan emosional, Monitor pola dan jam tidur, Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas). Terapeutik (Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif, Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan, Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah). Edukasi (Anjurkan tirah baring, Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang, Ajarkan strategi

koping untuk mengurangi kelelahan). Kolaborasi (Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan). Intervensi yang dilakukan pada jurnal berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita, 2021 yaitu monitor tanda vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin.

Berdasarkan studi kasus didapatkan kesenjangan dalam perencanaan antara studi kasus dengan jurnal penelitian yaitu pada studi kasus perencanaan sesuai dengan panduan SLKI yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Sedangkan pada jurnal penelitian hanya dilakukan perencanaan dengan monitor tanda vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang penulis fokuskan dan sudah dilaksanakan dalam studi kasus mengenai diagnosa keperawatan Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan adalah manajemen energi memberikan latihan mobilisasi yang dilakukan selama 3 hari pada tanggal 3 Mei 2023 sampai 5 Mei 2023. Pada jurnal berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita, 2021 dilakukan implmentasi monitor tanda vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin.

Berdasarkan studi kasus didapatkan kesenjangan dalam implementasi antara studi kasus dengan jurnal penelitian dimana dalam studi kasus selama melakukan tindakan gerak mobilisasi agar klien bisa

melakukan aktivitas kembali dan melakukan tindakan distraksi yaitu dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam agar klien merasa rileks, sedangkan pada jurnal hanya menganjurkan klien untuk edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin.

5. Evaluasi

Pada kasus didapatkan hasil pada diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan masalah dan tujuan tercapai sebagian dengan data subyektif: klien mengatakan pola dan jam tidur sudah membaik. Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang, klien mengatakan sudah bias melakukan mobilisasi walaupun masih dibantu oleh keluarga, Pasien mengatakan mampu melakukan nafas dalam secara mandiri, pasien mengatakan melakukan nafas dalam saat merasa pusing dan lemas, Pasien mengatakan sudah bisa duduk tempat tidur sendiri tanpa terasa pusing atau lemas. Data obyektif: frekuensi nadi meningkat (skor 5), perasaan lemah menurun (skor 5), keluhan lelah menurun (skor 5), dyspnea saat aktivitas menurun (skor 5), dyspnea setelah aktivitas menurun (skor 5), Vital sign sebelum aktivitas, TD: 139/110 mmHg, S: 36,7°C, N: 125x/mnt, RR: 25x/mnt, Vital sign sesudah aktivitas, TD: 125/90 mmHg, S: 36,5°C, N: 100x/mnt, RR: 19x/mnt, HB: 10,2 g/dL, keadaan umum baik, Kesadaran Composmentis, klien tampak tidak lemas, klien tampak sudah bisa duduk di tempat tidur. Pada jurnal yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita, 2021, Evaluasi keperawatan pada klien I didapatkan hasil masalah teratasi dengan data subyektif: pasien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri tapi masih di awasi keluarga. Data obyektif: pasien tampak baik, ADLs sudah bisa dilakukan mandiri, Vital sign, TD: 140/70 mmHg, N: 96 x/mnt, RR: 19 x/mnt, S: 36.0 °C, HB: 7,0 g/dL, .

Berdasarkan studi kasus pada evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan hasil yang didapatkan kelelahan klien menurun setelah diberikan mobilisasi.

C. Pembahasan Hasil Penerapan Asuhan Keperawatan Dalam Pemberian Mobilisasi untuk memenuhi Aktivitas

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilakukan di Lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto bahwa pemberian mobilisasi efektif dalam memenuhi aktivitas pada pasien dengan Anemia.

Hasil studi ini didukung oleh hasil penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Baitul Izzah 2 Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang” oleh Rini Puji Puspita, 2021, bahwa Pemberian Mobilisasi merupakan upaya dalam memenuhi aktivitas sehingga apa yang diharapkan dalam studi kasus ini penulis merencanakan pemberian mobilisasi pada pasien dengan Anemia sehingga dapat mengatasi aktivitas pada klien.

Berdasarkan hasil studi kasus tidak dapat ditemukan kesenjangan pada pengkajian antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan hasil yang didapatkan terdapat keluhan yang sama. Berdasarkan hasil studi kasus tidak dapat ditemukan kesenjangan pada diagnosa antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan diagnosa dan etiologi sama-sama menagmbil tentang intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Berdasarkan studi kasus didapatkan kesenjangan dalam perencanaan antara studi kasus dengan jurnal penelitian yaitu pada studi kasus perencanaan sesuai dengan panduan SLKI yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Sedangkan pada jurnal penelitian hanya dilakukan perencanaan dengan monitor tanda vital, monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin. Berdasarkan studi kasus didapatkan kesenjangan dalam implementasi antara studi kasus dengan jurnal penelitian dimana dalam studi kasus

selama melakukan tindakan gerak mobilisasi agar klien bisa melakukan aktivitas kembali dan melakukan tindakan distraksi yaitu dengan melakukan teknik relaksasi nafas dalam agar klien merasa rileks, sedangkan pada jurnal hanya menganjurkan klien untuk edukasi aktivitas/istirahat, pengaturan posisi senyaman mungkin. Berdasarkan studi kasus pada evaluasi tidak ditemukan kesenjangan antara studi kasus dengan jurnal penelitian karena berdasarkan hasil yang didapatkan kelelahan klien menurun setelah diberikan mobilisasi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penerapan asuhan keperawatan dalam pemberian mobilisasi untuk kebutuhan aktivitas harian yang dilakukan oleh Tn.R di Ruang Perawatan lantai VI Paviliun Darmawan RSPAD Gatot Soebroto ditemukan masalah keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan. Dilakukan intervensi manajemen energi dengan melakukan aktivitas mobilisasi, kemudian dilakukan implementasi selama 3x24 jam sesuai dengan intervensi energi yang memfokuskan terhadap pelaksanaan aktivitas mobilisasi dan didapatkan hasil pada saat evaluasi yaitu tujuan tercapai dan masalah teratasi.

Berdasarkan hasil studi kasus didapatkan kesimpulan bahwa mobilisasi berpengaruh dalam melakukan aktivitas. Kesimpulan ini didapatkan hasil masalah teratasi dan tujuan tercapai berdasarkan dengan data yang diperoleh yaitu data subyektif klien mengatakan pola dan jam tidur sudah membaik. Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang, klien mengatakan sudah bias melakukan mobilisasi walaupun masih dibantu oleh keluarga, Pasien mengatakan mampu melakukan nafas dalam secara mandiri, pasien mengatakan melakukan nafas dalam saat merasa pusing dan lemas, Pasien mengatakan sudah bisa beraktivitas tanpa terasa pusing atau lemas dan data obyektif klien adalah frekuensi nadi meningkat (skor 5), perasaan lemah menurun (skor 5), keluhan lelah menurun (skor 5), dyspnea saat aktivitas menurun (skor 5), dyspnea setelah aktivitas menurun (skor 5), Vital sign sebelum aktivitas, TD: 139/110 mmHg, S: 36,7°C, N: 125x/mnt, RR: 25x/mnt, Vital sign sesudah aktivitas, TD: 125/90 mmHg, S: 36,5°C, N: 100x/mnt, RR: 19x/mnt, HB: 10,2 g/dL, keadaan umum baik, Kesadaran Composmentis, klien tampak tidak lemas, klien tampak sudah bias melakukan aktivitas walaupun masih dibantu oleh keluarga.

B. Saran

Setelah penulis menguraikan dan menyimpulkan, penulis dapat mengidentifikasi kelebihan dan kekurangan yang ada, maka selanjutnya penulis akan menyampaikan saran yang ditujukan kepada:

1. Bagi Masyarakat

Diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber informasi bagi masyarakat dalam menambah pengetahuan khususnya tentang pemberian mobilisasi untuk kebutuhan aktivitas harian pada klien Anemia.

2. Bagi pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien Anemia dalam pemberian mobilisasi untuk kebutuhan aktivitas harian.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan acuan untuk melakukan penelitian serupa mengenai penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan Anemia dalam pemberian mobilisasi untuk kebutuhan aktivitas harian dan bias menambahkan dengan jumlah sampel yang lebih besar dalam diterapkan pada kasus-kasus lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Pasien. Jakarta: Salemba Medika
- Budiarti, A., Anik, S., & Wirani, N. P. G. (2021). Studi Fenomologi Penyebab Anemia Pada Remaja Di Surabaya. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 6(2). <https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v6i2.246>
- DiGiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Erny, E., & Tri handari, S. R. (2019). Hubungan Antara Aktivitas Fisik dan Konsumsi Zat Besi dengan Status Gizi pada Remaja Putri di SMP Yayasan Pendidikan Islam Bintaro Jakarta Selatan Tahun 2017. *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 15(1), 56. <https://doi.org/10.24853/jkk.15.1.56-62>
- Faza, N. N. (2022). *Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Tn. S Dengan Anemia Di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rsud Curup Tahun 2022*.
- Febriani, A., Sijid, S. A., & Zulkarnain. (2021). Review: Anemia defisiensi besi. *Prosiding Seminar Nasional Biologi*, 7(1), 137–142. <https://journal3.uin-alauddin.ac.id/index.php/psb/article/view/23466>
- Fitriah, N. J., & Handayani, L. T. (2021). Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny. N dengan Kasus Anemia di Ruang Melati RSD Balung Jember. *Artikel Jurnal*, 1–9. <http://fikes.unmuhjember.ac.id>

- Fitriany, J., & Saputri, A. I. (2018). Anemia Defisiensi Besi. *Jurnal. Kesehatan Masyarakat*, 4(1202005126), 1–30.
- Hardiyanti, S. (2022). Efektivitas Suplementasi Tepung Daun Kelor dan Bee Bread Terhadap Kadar Hemoglobin, Hematokrit Remaja Putri Anemia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), 31–36. <https://doi.org/10.35816/jiskh.v11i1.685>
- Hidayah Nurul. (2022). *Mengatasi Anemia Remaja Dengan Cokelat Kelor* (Marwan (ed.)). Samudra Biru (Anggota IKAPI).
- Irnista, Widyaningrum. (2022). *Asuhan Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pada An. D dan An. K Dengan Anemia Di Ruang Sekar Jagad Di RSUD Bendan Kota Pekalongan()*. Pekalongan: DIII Keperawatan Pekalongan.
- Irmawati, E., Qariati, N. I., & Widyarni, A. (2020). *Hubungan Aktivitas Fisik Dan Pola Makan Dengan Kejadian Anemia pada Remaja Putri di SMKN 1 Batumandi Tahun 2020*. 28, 4–9.
- Jiwaning Basuki. (2019). Hubungan Kebiasaan Sarapan dan Aktivitas Fisik dengan Kadar Hemoglobin Remaja Putri Di SMK Muhammadiyah 2 Karanganyar. *Skripsi: Institut Teknologi Sains Dan Kesehatan Pku Muhammadiyah Surakarta*, 1–47.
- Kurniasih, N. I. D., Kartikasari, A., Russiska, R., & Nurlelasari, N. (2021). Hubungan Pola Aktivitas Fisik Dan Riwayat Penyakit Dengan Kadar Hemoglobin Pada Remaja Putri Di Sman 1 Luragung Kecamatan Luragung Kabupaten Kuningan. *Journal of Nursing Practice and Education*, 1(2), 83–90. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v1i2.272>

- Nabiilah, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Aktivitas Pada Pasien Anemia Kronik Di Ruang Cendrawasih II Rumah Sakit Bhayangkara*. 18(April), 1–23.
- Nur, R. (2019). Aplikasi Ekstrak Daun Kelor Untuk Mengatasi Gejala Anemia Pada Remaja Putri Dengan Intoleran Aktivitas. *Jurnal Kesehatan*, 2(2), 4–11. [http://eprintslib.ummg1.ac.id/2916/1/18.0601.0022_BAB I_BAB II_BAB III_BAB V_DAFTAR PUSTAKA - Nur Rahmawati.pdf](http://eprintslib.ummg1.ac.id/2916/1/18.0601.0022_BAB_I_BAB_II_BAB_III_BAB_V_DAFTAR_PUSTAKA_-_Nur_Rahmawati.pdf)
- Olang, S. O. (2017). Asuhan Keperawatan Komprehensif Pada Tn a. H. Yang Menderita Anemia Di Ruang Komodo Rsud Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang. In *Karya Ilmiah*. www.smapda-karangmojo.sch.id
- Pangaribuan, B. N., Kurnia, C. P., Ismunarti, D., Wasono, H. A., Triwahyuni, T., Putri, D. F., & Nusri, T. M. (2022). Studi Literatur Tentang Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri Di Beberapa Wilayah Indonesia. *Malahayati Nursing Journal*, 4(6), 1378–1386. <https://doi.org/10.33024/mnj.v4i6.6366>
- Quispe, J. (2023). Pencegahan Anemia Pada Remaja Dan Penatalaksanaan Secara Non Farmakologi Di SMK N 1 Rembang. *Jurnal Pengabdian Bersama Masyarakat Indonesia*, 4(1), 88–100.
- Respati, A. F. (2017). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia* (Edisi Pert). Dua Satria Offset.
- Rinaldi. (2022). *Asuhan keperawatan pada pasien tn. h dengan anemia di ruangan interne rsud curup ta 2021/2022*.

- Rosida, L., & Dwihesti, L. K. (2020). Aktivitas Fisik, Status Gizi dan Pola Makan pada Remaja Putri dengan Anemia. *STIKES Cendekia Utama Kudus*, 92–103.
- Saputra, A. (2018). Asuhan Keperawatan N Y Dengan Anemia Di Ruang Inap Ambun Suri Lantai III RSUD Dr. A Achmad Mochtar Bukittinggi.
- Silvia, E. S. (2021). Anemia Dan Aktivitas Fisik Yang Ringan Mempengaruhi Faktor Risiko Dismenore Pada Remaja Putri. *VISIKES: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 20(2), 437–444. <https://doi.org/10.33633/visikes.v20i2.4825>
- Sugar, B., & Before, L. (2016). *Jurnal Ilmiah Kesehatan (JIK) Vol IX, No.2, September 2016 ISSN 1978-3167. IX(2)*.
- Tarwoto & Wartonah. (2018). *Kebutuhan Dasar Manusia & Proses Keperawatan* (Edisi Pert). Salemba Medika.
- Yuni, F. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia Teori dan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan* (Pertama). Pustaka Baru Press.
- Yustisia, N., Aprilatutini, T., & Desfianty, H. (2020). Studi Kualitatif Prosedur Pemasangan Transfusi Darah pada Pasien Anemia. *JURNAL KEPERAWATAN MUHAMMADIYAH BENGKULU*, 8(1), 61-68.

Lampiran 1.1 Kartu Konsultasi Karya Tulis Ilmiah

KARTU KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Redy Alfianto Ramadhan

NIM : 2036102

Tahun Masuk : 2020

Alamat : Asrama Polri Kalideres Blok.H No.5 RT/RW. 006/002,
Kalideres, Jakarta Barat

Judul KTI : Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Tn.R Dengan Anemia
Dalam Pemberian Mobilisasi Untuk Pemenuhan Aktivitas Harian
Di Lantai Vi Paviliun Darmawan Rspad Gatot Soebroto

Pembimbing : Ns. Astrid, S.Kep, M.Kep, Sp.Kep.MB

No.	Tanggal	Topik Konsultasi	Follow-up	Tanda Tangan Pembimbing
1.	30/05/2023	Pengajuan judul KTI	Membuat judul sesuai dengan ranah dan bidangnya	
2.	12/06/2023	Membahas BAB I	Perbaikan Sistematika Penulisan	
3.	15/06/2023	Membahas BAB II	1. Tinjauan Pustaka menuju ke jurnal 2. Setiap poin dijabarkan	
4.	25/06/2023	Membahas BAB III	1. Hasil sistematika subjek di narasikan 2. Sesuaikan dengan pedoman	
5.	01/07/2023	Membahas BAB IV dan V	1. Implementasi 24 jam 2. Perbandingan antara kasus dan jurnal 3. Referensi daftar pustaka di lengkapi	
6.	03/07/2023	Membahas daftar pustaka	Perbaiki daftar pustaka dan dan susunannya	

CATATAN :

- Dibawa setiap konsultasi
- Akhir konsultasi harap serahkan kartu ini kepada Bidang Akademik
- Sebagai pernyataan penetapan tanggal ujian