



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN ANEMIA
DI RUANG GLADIOLA RUMAH SAKIT SWASTA DI BEKASI
BARAT PADA MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ENJANG DESVIA HIDAYAH
201801019**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. A DENGAN ANEMIA
DI RUANG GLADIOLA RUMAH SAKIT SWASTA
DI BEKASI BARAT PADA MASA PANDEMI COVID-19**

**DISUSUN OLEH:
ENJANG DESVIA HIDAYAH
201801019**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
STIKes MITRA KELUARGA
BEKASI
2021**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Enjang Desvia Hidayah
NIM : 201801019
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga
Program Studi DIII Keperawatan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan Anemia di salah satu Rumah Sakit Swasta di wilayah Bekasi Barat” yang dilaksanakan pada tanggal 30 April 2021 sampai 02 Mei 2021 adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip ataupun dirujuk telah saya nyatakan benar. Orisinalitas karya tulis ilmiah ini tanpa ada unsur plagiarisme baik dalam penulisan maupun substansi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan yang sebenar-benarnya. Bila dikemudian hari ditemukan kekeliruan, maka saya bersedia bertanggung jawab atas semua risiko atas perbuatan yang saya lakukan sesuai dengan aturan yang berlaku.

Bekasi, 19 Juni 2021

Yang membuat pernyataan,

A handwritten signature in black ink is written over a yellow rectangular revenue stamp. The stamp features the Garuda Pancasila emblem in the center, with the text 'SPESIAL KUPON' on the left, 'METERAI TEMPORER' in the middle, and the serial number 'BEAJX256012793' at the bottom.

(Enjang Desvia Hidayah)

LEMBAR PERSETUJUAN

Makalah Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Selama Pandemi Covid-19: pada An.A dengan Anemia di Ruang Gladiola di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi” ini telah disetujui untuk diujikan pada Ujian Sidang dihadapan Tim Penguji.

Bekasi, 19 Juni 2021

Dosen Pembimbing



(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An)

Mengetahui,

Koordinator Program Studi DIII Keperawatan
STIKes Mitra Keluarga



(Ns. Devi Susanti, S.Kep, M.kep, Sp.Kep.M.B)

LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan *Anemia* di Ruang Gladiola di salah satu Rumah Sakit Swasta di wilayah Bekasi Barat” yang disusun oleh Enjang Desvia Hidayah (201801019) telah diujikan dan dinyatakan LULUS dalam ujian sidang dihadapan Tim Penguji pada tanggal 28 Juni 2021.

Bekasi, 28 Juni 2021

Penguji 1



(Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An)

Penguji II



(Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An)

Nama Mahasiswa : Enjang Desvia Hidayah
NIM : 201801019
Program Studi : Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Anemia di Gladiola di Salah Satu Rumah Sakit Swasta di Wilayah Bekasi Barat
Halaman : 55 halaman + 1 tabel + 1 lampiran
Pembimbing : Susi Hartati

ABSTRAK

Latar Belakang: Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel - sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu. Prevalensi anemia defisiensi zat besi pada anak sebagian besar disebabkan kekurangan zat besi dalam makanan. Berdasarkan survei terakhir yang dilakukan oleh Riskesdas pada tahun 2018 prevalensi anemia pada anak dari 9,40% menjadi 26,80% dan pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, maka penulis tertarik untuk menyusun makalah ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak A Dengan Anemia di Ruang Gladiola di Salah Satu Rumah Sakit Swasta di Wilayah Bekasi Barat”

Tujuan Umum: Penulis memperoleh pengalaman secara nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan anemia.

Metode Penulisan: Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yaitu menggunakan metode studi kasus dan deskriptif dengan mengungkapkan fakta sesuai dari data data yang didapat.

Hasil: Berdasarkan hasil dari pengkajian yang didapatkan empat diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, defisit nutrisi berhubungan dengan faktor penyakit keengganan untuk makan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, ansietas berhubungan dengan hospitalisasi. Intervensi pada diagnosa prioritas adalah monitor tanda tanda vital, monitor sirkulasi perifer, monitor hasil laboratorium darah lengkap. Setelah dilakukan evaluasi selama 3x24 jam keperawatan didapatkan hasil bahwa pasien tampak pucat, suhu 38 °C, nadi 98x/menit, RR: 20x/menit, terdapat penurunan kadar hemoglobin pada pasien yaitu 9,8 g/dl.

Kesimpulan dan Saran: Setelah dilakukan asuhan keperawatan, tidak semua tanda dan gejala pada teori terdapat pada kasus. Pada kasus penyebab anemia adalah pasien mengalami kekurangan zat besi. Diharapkan perawat dapat memberikan pelayanan yang maksimal agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas terutama pada pasien anak

Keyword: Asuhan Keperawatan, Anemia, Anak

Daftar Pustaka: 16 referensi yang terdiri dari buku dan jurnal 2010 – 2020

Name of Student : Enjang Desvia Hidayah
Student ID Number : 201801019
Study Program : Diploma III Nursing
Title of Scientific Paper : Nursing Care for An.A With Anemia in Room Gladiolain One of
the Private Hospitals in Region West Bekasi”
Page : 55 pages + 1 tabels + 1 attachment
Advisor : Susi Hartati

ABSTRACT

Background: Iron deficiency anemia is anemia that occurs due to iron deficiency so that the formation of red blood cells and other functions in the body is disrupted. The prevalence of iron deficiency anemia in children is largely due to a lack of iron in the diet. Based on the last survey conducted by Riskesdas in 2018 the prevalence of anemia in children from 9.40% to 26.80% and the importance of the role of nurses in providing nursing care, the authors are interested in compiling a scientific paper entitled "Nursing Care for Children A With Anemia in the Gladiola Room in One of the Private Hospitals in the West Bekasi Region"

General Purpose: The author gains real experience in providing nursing care to pediatric patients with anemia.

Method: The writing method used in the preparation of this scientific paper is using case study and descriptive methods by revealing facts according to the data obtained.

Results: Based on the results of the study, four nursing diagnoses were obtained, namely ineffective peripheral perfusion related to decreased hemoglobin concentration, nutritional deficit related to disease factors, reluctance to eat, activity intolerance related to weakness, anxiety related to hospitalization. Interventions in priority diagnosis are monitoring vital signs, monitoring peripheral circulation, monitoring complete blood laboratory results. After an evaluation for 3x24 hours of nursing, the results showed that the patient looked pale, the temperature was 38 C, pulse 98x/minute, RR: 20x/minute, there was a decrease in the patient's hemoglobin level of 9.8 g/dl.

Conclusions and Suggestions: After nursing care was carried out, not all signs and symptoms in the theory were found in the case. In cases of anemia, the patient has iron deficiency. Nurses are expected to provide maximum service in order to improve the quality of good and quality health services, especially for pediatric patients.

Keyword: Nursing Care, Anemia, Children

Source: 16 references of books and journal than the year 2010 – 2020

KATA PENGANTAR

Dengan menyebut nama Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penayang, saya panjatkan puja dan puji syukur atas kehadiran-Nya dan karunia-Nya, sehingga saya dapat membuat dan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. A Dengan *Anemia* di salah satu Rumah Sakit Swasta di wilayah Bekasi barat”.

Karya tulis ilmiah ini telah saya tulis dengan semaksimal mungkin. Namun saya mendapatkan bimbingan, bantuan, semangat serta motivasi dari berbagai pihak sehingga saya mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu. Oleh karena itu, dalam kesempatan ini saya sangat berterimakasih kepada:

1. Dr. Susi Hartati, S.Kp., M.Kep., Sp.Kep.An selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga dan selaku dosen pembimbing karya tulis ilmiah serta dosen penguji II yang telah banyak memberikan bimbingan, motivasi, dan masukan kepada penulis sehingga makalah ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik dan tepat waktu.
2. Ns. Yeni Iswari, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An selaku dosen penguji I yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah dengan baik.
3. Ns. Devi Susanti, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.MB selaku Koordinator Program Studi DIII Keperawatan dan dosen pembimbing akademik yang telah memberikan motivasi selama proses perkuliahan saya 3 tahun.
4. Seluruh staf akademik dan non akademik Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang telah menyediakan fasilitas demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini.
5. Kepala Ruangan ibu Nyoman dan *clinical mentor* Ibu Yuli dan perawat ruangan di Ruang Gladiola yang telah membimbing saya selama pengambilan kasus di Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat .
6. Tn. E beserta keluarga yang telah bersedia menerima penulis dengan senang hati dalam memberikan informasi kepada penulis tentang kesehatan

anaknya sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik dan tepat waktu.

7. Keluarga tercinta Abi, Umi dan Halum yang selalu memberikan dukungan, semangat, motivasi, materil serta doa sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Teman-teman seperjuangan Karya Tulis Ilmiah Keperawatan Anak: Dwi Nadia Utami, Syafira Rahmadhania, Nuraini Fadilla, Dosmaria yang saling membantu dan memberikan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
9. Teman-teman seperjuangan seangkatan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga yang selalu memberikan dukungan.
10. Sahabat tercinta selama di kampus Anggi Zulaeha, Eka Rachmawati, Diana Lestari yang selalu memberikan saya semangat, dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
11. Semua pihak yang tidak mungkin penulis sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis.

Bekasi, 19 Juni 2021



(Enjang Desvia Hidayah)

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
ABSTRAK.....	vi
ABSTRACT	vii
KATA PENGANTAR	viii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penulisan	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORI	5
A. Definisi	5
B. Etiologi	5
C. Patofisiologi.....	7
E. Penatalaksanaan Medis	9
F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6 – 12 Tahun).....	10

F. Konsep Hospitalisasi Anak	13
G. Konsep Pengkajian Keperawatan	16
H. Diagnosa Keperawatan	17
I. Perencanaan Keperawatan	18
J. Pelaksanaan Keperawatan.....	19
K. Evaluasi Keperawatan	20
BAB III TINJAUAN KASUS	22
A. Pengkajian Keperawatan	22
1. Data Dasar.....	22
2. Data Fokus	28
3. Analisa Data.....	30
B. Diagnosa Keperawatan	32
C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan.....	32
D. Evaluasi Keperawatan	42
BAB IV PEMBAHASAN	44
A. Pengkajian Keperawatan	44
B. Diagnosa Keperawatan	45
C. Perencanaan Keperawatan	46
D. Pelaksanaan Keperawatan	48
E. Evaluasi Keperawatan.....	48
BAB V PENUTUP	50
A. Kesimpulan.....	50
B. Saran	51
DAFTAR PUSTAKA	52

DAFTAR TABEL

Analysis Data	30
---------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 <i>Patoflowdiagram</i>	54
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anemia defisiensi besi adalah anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi sehingga pembentukan sel - sel darah merah dan fungsi lain dalam tubuh terganggu. Oleh karena itu zat besi merupakan bagian dari molekul hemoglobin maka dengan berkurangnya zat besi sintesa hemoglobin berkurang dan akhirnya kadar hemoglobin menurun (Nurbadriyah, 2019)

Anemia termasuk masalah kesehatan yang sering dialami oleh penduduk Indonesia. Oleh karena itu anemia menjadi masalah terbanyak yang ditangani mulai dari puskesmas hingga rumah sakit. Banyak masalah gizi pada anak-anak di Indonesia, namun yang dianggap memiliki dampak paling luas dan jangka panjang yaitu anemia. Jika tidak segera diatasi, bisa memicu masalah kesehatan yang lain. Anemia defisiensi zat besi merupakan salah satu masalah gizi utama di Indonesia. Prevalensi anemia defisiensi zat besi pada anak sebagian besar disebabkan kekurangan zat besi dalam asupan makan. Akibat nyata dari anemia defisiensi zat besi terhadap kualitas sumber daya manusia tergambar pada angka kematian ibu dan bayi dan menurunkan prestasi belajar anak sekolah (Arifin, 2020)

Menurut *World Health Organization* 2013 melaporkan bahwa total keseluruhan penduduk dunia yang menderita anemia adalah 1,62 miliar orang dengan prevalensi pada anak sekolah dasar 25,4% dan 305 juta anak sekolah di seluruh dunia menderita anemia. Secara global, prevalensi anemia pada anak usia sekolah di dunia menunjukkan angka yang tinggi yaitu 37%. Prevalensi anemia di kalangan anak-anak di Asia mencapai 58,4%, angka ini lebih tinggi dari rata-rata di Afrika 49,8% (WHO, 2013).

Menurut Riskesdas 2013 angka kejadian anemia defisiensi zat besi pada anak usia sekolah mencapai 29% yaitu dengan penderita anemia berumur 5-14 tahun

sebanyak 26,4% dan 15- 24 tahun sebanyak 18,4% . Berdasarkan survei terakhir yang dilakukan oleh Riskesdas pada tahun 2018 prevalensi anemia pada anak usia 5 – 14 tahun dari 9,40% menjadi sebanyak 26,80%. Dampak anemia bagi anak usia sekolah adalah dapat menyebabkan gangguan tumbuh kembang fisik, rendahnya daya tahan terhadap penyakit, tingkat kecerdasan yang kurang dari seharusnya, prestasi belajar/kerja dan prestasi olahraga yang rendah. Selain itu, anemia pada anak akan berdampak pada menurunnya kemampuan dan konsentrasi belajar, mengganggu pertumbuhan baik sel tubuh maupun sel otak sehingga menimbulkan gejala muka tampak pucat, letih, lesu dan cepat lelah sehingga dapat menurunkan kebugaran dan prestasi belajar (Nirmala, 2012)

Berdasarkan data *medical record* salah satu rumah sakit swasta di Bekasi Barat dalam satu tahun terakhir periode April 2020 sampai Maret 2021, ditemukan pasien anak dengan penyakit anemia sebanyak 99 pasien.

Peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan *Anemia* dengan memperhatikan aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Peran promotif yang dilakukan oleh perawat yaitu memberikan pendidikan kesehatan kepada orang tua dan anak tentang penyakit anemia serta bahaya dari penyakit tersebut. Peran preventif yang dilakukan oleh perawat yaitu menjelaskan pencegahan penyakit dengan cara memperhatikan pemberian asupan makan kepada anak dengan makan makanan yang banyak mengandung zat besi seperti sayur sayuran hijau, kacang kacangan, daging merah, ikan dan suplemen penambah darah. Peran kuratif yang dilakukan oleh perawat yaitu memberikan terapi zat besi oral dan terapi zat besi parenteral sesuai dengan program medis. Peran rehabilitatif yang dilakukan oleh perawat yaitu menganjurkan kepada keluarga untuk datang kembali ke pelayanan kesehatan terdekat apabila tanda dan gejala dari anemia kembali muncul pada anak.

Peran tenaga keperawatan selama pandemi Covid-19 merupakan salah satu tenaga kesehatan yang memegang peranan penting dalam meningkatkan derajat kesehatan dan merupakan tulang punggung di fasilitas pelayanan karena jumlahnya lebih banyak dibandingkan tenaga kesehatan lain. Perawat memiliki peran sebagai *caregiver* yang merupakan peran utama dimana perawat akan terlibat aktif selama 24 jam dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain itu, perawat juga berperan sebagai edukator yang bertugas memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien yang menjalani isolasi, keluarga, dan masyarakat umum. Seluruh perawat pada masa pandemi yang melakukan perawatan pada pasien Covid-19 maupun Non Covid-19 telah mengorbankan keselamatan dan menghadapi ancaman tertular virus yang bisa berakhir pada kematian. Perawat sebagai bagian dari garda terdepan dalam menangani kasus Covid-19, tidak sedikit yang mengalami kelelahan baik secara fisik dan juga secara mental. Tingginya beban kerja dalam menangani kasus Covid-19 serta penggunaan alat pelindung diri (APD) level 3 sangat berpengaruh terhadap menurunnya imunitas tubuh, sehingga risiko tertular virus semakin meningkat. Para perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran serta profesionalisme dalam menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan individu, keluarga, dan masyarakat. Perawat senantiasa berperan serta dalam meningkatkan ilmu pengetahuan dan penyesuaian tatalaksana kebutuhan dasar pasien di masa pandemi (Sulistiana, 2020).

Berdasarkan prevalensi anemia dan pentingnya peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Anemia di Ruang Gladiola Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat”.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada An. A dengan *Anemia* pada masa pandemi Covid-19 di Ruang Gladiola di Rumah Sakit Swasta Bekasi Barat.

2. Tujuan Khusus

Mahasiswa/i mampu:

- a. Melakukan pengkajian keperawatan kepada pasien dengan Anemia
- b. Menentukan masalah keperawatan kepada pasien dengan Anemia
- c. Merencanakan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Anemia
- d. Melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien dengan Anemia
- e. Melaksanakan evaluasi keperawatan kepada pasien dengan Anemia
- f. Mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktikum
- g. Mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah
- h. Mendokumentasikan asuhan keperawatan kepada klien dengan Anemia

C. Ruang Lingkup

Asuhan keperawatan pada pasien An.A dengan anemia di Ruang Gladiola di salah satu Rumah Sakit Swasta di Bekasi Barat pada masa pandemi *Covid-19* selama tiga hari di mulai dari tanggal 30 April 2021 sampai dengan 02 Mei 2021.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan penulis adalah metode naratif deskriptif yaitu dengan memberikan gambaran pemberian asuhan keperawatan pada pasien melalui pendekatan proses keperawatan. Selain itu, penulis juga menggunakan beberapa cara untuk menulis makalah ilmiah ini, yaitu:

1. Studi kasus yaitu mendapatkan gambaran yang akurat dari pasien dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien secara langsung dan untuk mendapatkan perbandingan antara teori dengan kasus.
2. Studi kepustakaan yaitu mendapatkan sumber-sumber ilmiah yang bersifat teoritis mengenai aspek medis maupun mengenai asuhan keperawatan yang berhubungan dengan makalah ilmiah ini dengan

menggunakan buku, media elektronik, dan media sosial.

3. Studi dokumentasi yaitu dengan mengumpulkan data yang sudah diperoleh dari rekam medis pasien, riwayat kesehatan sebelumnya dan riwayat kesehatan sekarang.

E. Sistematika Penulisan

Makalah ilmiah ini terdiri dari lima bab yang disusun secara sistematis dari BAB I: Pendahuluan yang terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan.

BAB II: Tinjauan Teori terdiri dari definisi, etiologi, patofisiologi yang terdiri atas proses perjalanan penyakit, patoflowdiagram, manifestasi klinis, klasifikasi, komplikasi, penatalaksanaan medis, konsep tumbuh kembang anak usia sekolah, konsep hospitalisasi pada anak usia sekolah.

BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan meliputi kesenjangan antara teori dan kasus yang dimulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB V: Penutup yang terdiri dari kesimpulan dan saran. Daftar pustaka.

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Definisi

Anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit (sel darah merah) dan berkurangnya kadar hemoglobin dalam setiap milimeter kubik darah. Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi yaitu bahan baku pembuat sel darah dan hemoglobin. Kekurangan zat besi dapat disebabkan karena asupan zat besi yang kurang terutama pada masa pertumbuhan, penurunan reabsorpsi karena kelainan pada usus (Yuliasati, 2016).

Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia akibat dari kurangnya nutrient eritropoietik berupa zat besi. Keseimbangan negatif zat besi berkepanjangan sampai menimbulkan anemia ini terjadi karena rendahnya kuantitas dan kualitas zat besi dalam asupan makan. Oleh sebab itu masalah anemia defisiensi zat besi pada anak tidak hanya membutuhkan solusi kesehatan terapeutik tetapi juga membutuhkan pendekatan pencegahan melalui budaya makan, pola asuh dan edukasi asupan gizi (Fitrah Ernawati, et al 2018).

B. Etiologi

Menurut Windiastuti (2017) etiologi dari anemia yaitu:

1. Gangguan Produksi Sel Darah Merah

Untuk membuat sel darah merah dan hemoglobin yang normal dibutuhkan bahan baku seperti zat besi, vitamin B12, asam folat, mineral dan vitamin. Selain itu tubuh juga memerlukan hormon eritropoetin yang memacu sumsum tulang untuk membuat sel darah merah.

2. Penghancuran berlebihan Sel Darah Merah

Usia sel darah merah adalah 120 hari, namun pada beberapa keadaan, sel darah merah dihancurkan atau dipecah dalam jumlah yang banyak sehingga sumsum tulang tidak mampu memproduksi sel darah merah dalam jumlah banyak untuk mengganti sehingga terjadilah anemia

3. Kehilangan Sel Darah Merah atau Perdarahan

Jika tubuh mengalami perdarahan kronis maka sel darah merah akan keluar dari tubuh dan menyebabkan anemia. Selain sel darah merah yang keluar zat besi juga akan terbawa keluar sehingga zat besi dalam tubuh menurun. Zat besi yang dibutuhkan untuk pembuatan sel darah merah menurun sehingga mengakibatkan kadar hemoglobin akan lebih rendah.

C. Patofisiologi

1. Proses Perjalanan Penyakit

Zat besi sangat penting untuk fungsi metabolisme termasuk transportasi oksigen dalam hemoglobin. Besi juga merupakan komponen dari beberapa enzim, termasuk sitokrom yang diperlukan untuk pembangkitan energi dan metabolisme obat. Melalui sumbangan atau penerimaan elektron, besi ada dalam keadaan besi tereduksi (Fe^{2+}) atau besi oksidatif (Fe^{3+}). Sebagian besar zat besi fungsional terkandung dalam hemoglobin dengan jumlah yang lebih kecil ditemukan di mioglobin dan sitokrom. Hati merupakan tempat produksi protein transpor besi, mengandung simpanan besi non-fungsional terbesar baik sebagai feritin atau hemosiderin. Feritin bersifat larut dan merupakan protein penyimpanan besi utama. Hemosiderin memiliki struktur yang serupa, tetapi memiliki lebih banyak zat besi dibandingkan protein dan tidak larut. Besi juga disimpan dalam sel retikuloendotelial sumsum tulang dan limpa. Zat besi dari makanan diserap terutama di duodenum. Hanya besi yang diserap dan diangkut melintasi membran apikal enterosit oleh pengangkut logam divalen. Kemudian ditransfer melintasi enterosit ke membran basolateral melalui mekanisme yang tidak diketahui. Besi diekspor melintasi membran basolateral enterosit oleh ferroportin, kemudian diikat ke transferin dalam plasma dan diangkut untuk digunakan dalam organ target dan untuk penyimpanan. Cadangan besi tubuh diatur secara ketat untuk menyediakan besi yang cukup untuk kebutuhan seluler tanpa mengembangkan toksisitas yang berlebihan. Karena tubuh tidak memiliki mekanisme untuk mengeluarkan zat besi yang berlebihan, homeostasis dikontrol secara ketat dengan membatasi penyerapan zat besi enterik melalui gangguan penghabisan dari enterosit. Pengeluaran besi diatur oleh hepcidin, hormon

yang baru ditemukan yang diproduksi oleh hepatosit. Ketika simpanan besi cukup atau tinggi, hepcidin dilepaskan dan berikatan dengan ferroportin yang menyebabkan internalisasi dan penghancuran ferroportin. Pengurangan ferroportin menyebabkan zat besi makanan yang diserap tetap berada di enterosit, dimana ia hilang oleh pelepasan enterosit. Sebaliknya ketika simpanan besi rendah produksi dan sekresi hepcidin ditekan, meningkatkan penghabisan besi dari enterosit ke dalam darah. Homeostasis besi yang ketat sangat penting, karena akumulasi besi yang berlebihan di hepatosit dapat menyebabkan kerusakan patologis, yang disebut hemokromatosis. Selanjutnya peningkatan fibrosis dan sirosis dapat terjadi. Sebaliknya defisiensi besi menyebabkan penipisan simpanan besi tubuh dan akhirnya terjadi anemia defisiensi besi dan disfungsi metabolik lainnya. Kemampuan duodenum untuk menyerap zat besi makanan sangat terbatas, tetapi dapat diregulasi. Namun peningkatan regulasi absorpsi besi akibat kehilangan darah kronis dan akibat defisiensi besi mungkin tidak cukup untuk mengembalikan homeostasis besi yang memadai bahkan setelah kehilangan darah dihentikan (Naigamwalla, 2015).

2. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala pada anemia dapat ringan sampai berat. Secara umum semakin berat derajat anemia maka semakin berat juga gejala yang timbul. Tanda dan gejala yang timbul pada anemia adalah cepat lelah, lemah, kulit terlihat kuning pucat, pusing, mata berkunang kunang, nafsu makan menurun, tangan dan kaki terasa dingin, sistem kekebalan tubuh menurun, sulit untuk berkonsentrasi. Jika anemia yang berat dapat menimbulkan gagal jantung (Windiastuti, 2017).

3. Klasifikasi

Menurut Andi Sulisty (2010) klasifikasi anemia dibagi menjadi 5 yaitu:

a. Anemia Aplastik

Anemia aplastik merupakan anemia yang disebabkan oleh disfungsi sumsum tulang sehingga sel darah yang mati tidak diganti

b. Anemia Defisiensi Besi

Anemia defisiensi zat besi merupakan anemia yang terjadi karena kekurangan zat besi yaitu bahan baku pembuat sel darah dan hemoglobin

c. Anemia Megaloblastik

Anemia megaloblastik adalah anemia yang khas ditandai dengan adanya sel megaloblast dalam sumsum tulang

d. Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik adalah anemia yang disebabkan oleh proses hemolisis yaitu pemecahan sel darah merah sebelum waktunya

e. Anemia Sel Sabit

Anemia sel sabit adalah anemia yg diakibatkan dari faktor genetik dimana bentuk sel darah merah tidak normal sehingga mengakibatkan pembuluh darah kekurangan oksigen untuk disebarkan ke seluruh tubuh

D. Komplikasi

Menurut Maria Salam (2010) komplikasi yang dapat terjadi pada anemia yaitu kelelahan berat, perdarahan, hemolisis, kanker, gangguan fungsi kognitif, tumbuh kembang yang terlambat.

E. Penatalaksanaan Medis

1. Pemberian preparat besi untuk mengganti kekurangan zat besi dalam tubuh. Zat besi melalui oral harus memenuhi syarat bahwa setiap kapsul atau tablet berisi 50-100 mg yang mudah di absorpsi. Ada 4 bentuk zat besi yang dapat diberikan melalui oral yaitu sulfat, glukonat, fumarat dan suksinat. Pengobatan diberikan selama 6 bulan sampai kadar hemoglobin kembali normal.
2. Pemberian zat besi parenteral diberikan bila ada indikasi seperti malabsorpsi, kurang toleransi melalui oral, klien kurang kooperatif dan memerlukan peningkatan hemoglobin secara cepat. Preparat besi yang tersedia adalah iron dextran complex, iron sorbitol citic acid complex yang diberikan melalui IM atau IV.
3. Pemberian vitamin C diberikan 3x100 mg per hari

4. Diit makanan bergizi yang tinggi protein hewani dan makanan yang mengandung zat besi
5. Tranfusi darah jika anemia disertai resiko terjadinya gagal jantung yaitu pada kadar hemoglobin 5-8 g/dl (Andi Sulisty, 2010).

F. Konsep Tumbuh Kembang Anak Usia Sekolah (6 – 12 Tahun)

1. Pertumbuhan Fisik

Perubahan pada pertumbuhan fisik sangat jelas terlihat dengan bertambahnya usia. Pada usia 10-12 tahun pada umumnya terjadi perubahan pada penambahan berat badan, tinggi badan dan sudah nampak jelas adanya perbedaan baik laki-laki maupun perempuan. Pertumbuhan pada fisik anak relatif lambat dan konstan apabila di bandingkan dengan masa bayi dan pada masa adolesensi. Anak besar lebih cepat mengalami perubahan dibandingkan dengan anak kecil dalam hal ukuran dan proporsi bagian tubuh. Secara proposional pertumbuhan kaki dan tangan lebih cepat. Pertumbuhan badan anak usia sekolah 6 – 12 tahun kurang lebih 3 sampai 3, kg dan 6cm pertahunnya.

Periode ini perbedaan individu pada kenaikan berat badan disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan. Tinggi badan anak usia 6 tahun, baik laki-laki maupun perempuan memiliki tinggi badan yang sama, yaitu kurang lebih 115 cm. Setelah usia 12 tahun, tinggi badan kurang lebih 150 cm. sekitar usia 6 tahun setelah tumbuhnya gigi- gigi molar pertama. Penggantian dengan gigi dewasa terjadi pada kecepatan sekitar 4 pertahunnya. Kekuatan otot, koordinasi dan daya tahan tubuh meningkat secara terus-menerus. Kemampuan menampilkan pola gerakan-gerakan yang rumit seperti menari, melempar bola, atau bermain alat musik. Kemampuan perintah motorik yang lebih tinggi adalah hasil dari kedewasaan maupun latihan; derajat penyelesaian mencerminkan keanekaragaman yang luas dalam bakat, minat dan kesempatan bawaan sejak lahir. Organ-organ seksual secara fisik belum matang, namun minat pada jenis kelamin yang berbeda dan tingkah laku

seksual tetap aktif pada anak-anak dan meningkat secara progresif sampai pada pubertas.

2. Perkembangan Anak Usia Sekolah (6 – 12 Tahun)

a. Sigmund Freud (perkembangan psychosexual)

Identity vs role confusion anak mulai dihadapkan pada harapan-harapan kelompoknya dan dorongan yang makin kuat untuk mengenal dirinya sendiri. Ia mulai berpikir bagaimana masa depannya, anak mulai mencari identitas dirinya serta perannya, jika ia berhasil melewati tahap ini maka ia tidak akan bingung menghadapi perannya.

b. Kohlberg (perkembangan moral)

1) Pra-konvensional

Mulanya ditandai dengan besarnya pengaruh wawasan kepatuhan dan hukuman terhadap perilaku anak. Penilaian terhadap perilaku didasarkan atas akibat sikap yang ditimbulkan oleh perilaku. Dalam tahap selanjutnya anak mulai menyesuaikan diri dengan harapan-harapan lingkungan untuk memperoleh hadiah, yaitu senyum, pujian atau benda.

2) Konvensional

Anak terpaksa menyesuaikan diri dengan harapan lingkungan atau ketertiban sosial agar disebut anak baik atau anak manis.

3) Purnakonvensional

Anak mulai mengambil keputusan baik dan buruk secara mandiri. Prinsip pribadi mempunyai peranan penting. Penyesuaian diri terhadap segala aturan di sekitarnya lebih didasarkan atas penghargaan serta rasa hormatnya terhadap orang lain.

c. Sosialisasi

Masa usia sekolah merupakan periode perubahan dinamis dan kematangan seiring dengan peningkatan keterlibatan anak dan aktivitas yang lebih kompleks, membuat keputusan, dan kegiatan

yang memiliki tujuan. Ketika anak usia sekolah belajar lebih banyak mengenai tubuhnya, perkembangan sosial berpusat pada tubuh dan kemampuannya. Hubungan dengan teman sebaya memegang peranan penting yang baru. Aktivitas kelompok, termasuk tim saat berolahraga, biasanya menghabiskan banyak waktu dan energi.

d. Kognitif

Menurut Piaget, masa kanak-kanak akhir berada dalam tahap operasi konkret dalam berpikir (usia 7-12 tahun). Piaget menemukan beberapa konsep dan prinsip tentang sifat-sifat perkembangan kognitif anak diantaranya: 1) Anak adalah pembelajar yang aktif. Anak tidak hanya mengobservasi dan mengingat apa-apa yang mereka lihat dan dengar secara pasif, tetapi mereka secara natural memiliki rasa ingin tahu tentang dunia mereka dan secara aktif berusaha mencari informasi untuk membantu pemahaman dan kesadarannya tentang realitas tentang dunia yang mereka hadapi. 2) Anak mengorganisasi apa yang mereka pelajari dari pengalamannya. Anak-anak tidak hanya mengumpulkan apa-apa yang mereka pelajari dari faktafakta yang terpisah menjadi suatu kesatuan.

e. Bahasa

Anak memiliki kemampuan yang lebih dalam memahami dan menginterpretasikan komunikasi lisan dan tulisan. Pada usia sekolah perkembangan bahasa nampak pada perubahan perbendaharaan kata dan tata bahasa. Anak-anak semakin banyak menggunakan kata kerja yang tepat untuk menjelaskan satu tindakan seperti memukul, melempar, menendang, atau menampar. Mereka belajar tidak hanya untuk menggunakan banyak kata lagi, tetapi juga memilih kata yang tepat untuk penggunaan tertentu. Area utama dalam pertumbuhan bahasa adalah pragmatis, yaitu penggunaan praktis dari bahasa untuk komunikasi.

f. Emosi

Emosi memainkan peran yang penting bagi perkembangan. Akibat dari emosi ini juga dirasakan oleh fisik anak terutama bila emosi itu kuat dan berulang-ulang. Hurlock menyatakan bahwa ungkapan emosi yang muncul pada masa ini masih sama dengan masa sebelumnya, seperti: marah, takut,

cemburu, ingin tahu, iri hati, gembira, sedih, dan kasih sayang. Kebrutalan atau kebringasan anak nampak pada perilakunya, mereka menunjukkan suatu perbuatan yang sering kali memerlukan bantuan orang lain. Misalnya, berkelahi, berbohong, mencuri, dan merusak. Bentuk – bentuk tindakan tersebut merupakan ekspresi yang keluar dari emosional yang terganggu. Sekalipun demikian pada umumnya anak – anak berusaha merubahnya dan menutupi perilaku mereka dengan mengemukakan alasan untuk dapat dipercaya oleh orang lain. Missal menutupi kebohongannya dengan maksud menghindari hukuman karena perbuatannya.

F. Konsep Hospitalisasi Anak

Hospitalisasi adalah suatu keadaan pada anak, pada saat anak sakit dan di rawat dirumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan asing dan baru yaiturumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stressor bagi anak maupun orang tua dan keluarga (Nurlaila, 2018).

Sakit dan dirawat dirumah sakit merupakan krisis yang utama terlihat pada anak. Anak yang di rawat dirumah sakit mudah mengalami ketidakstabilan sebab anak akan mengalami perubahan baik terhadap status kesehatan maupun lingkungan dari kebiasaan sehari hari, lalu anak akan mempunyai sejumlah keterbatasan dalam mengatasi koping dalam mengatasi masalah. Reaksi anak dalam mengatasi ketidakstabilan tersebut dipengaruhi oleh tingkat perkembangan usia, pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan dirawat, sistem pendukung yang tersedia, serta keterampilan koping mengenai stress. Peran perawat adalah meminimalisi stres akibat rawat inap pada anak dan bayi, maka dari itu perawat harus memahami konsep hospitalisasi (Susilaningrum, 2013).

Respon Anak Usia Sekolah Terhadap Sakit dan Hospitalisasi:

1. Kehilangan kendali pada anak usia sekolah banyak rutinitas di rumah sakit seperti tirah baring yang dipaksakan, penggunaan pispot, ketidakmampuan memilih menu, kurangnya privasi, kegiatan mandi di tempat tidur, penggunaan kursi roda atau brankar dapat menyebabkan ancaman dan kehilangan kendali pada anak sekolah. Akan tetapi jika anak-anak tersebut diizinkan memegang kendali dengan cara melibatkannya dalam setiap prosedur yang memungkinkan, mereka akan berespon dengan sangat baik terhadap prosedur apa pun. Hal ini biasanya terjadi akibat perasaan berguna dan produktif untuk anak-anak yang sedang belajar bertindak dewasa.
2. Ketakutan mendasar terhadap sifat fisik dasar penyakit timbul pada saat anak usia sekolah tidak begitu khawatir terhadap nyeri jika dibandingkan dengan disabilitas, pemulihan yang tidak pasti atau kemungkinan kematian. Anak usia sekolah mulai menunjukkan kekhawatiran terhadap kemungkinan efek prosedur yang dilakukan, tahu apakah prosedur tersebut akan menyakitkan atau tidak, untuk apa dan bagaimana prosedur tersebut dapat membuat mereka lebih baik dan cedera atau bahaya apa yang dapat terjadi. Anak usia sekolah mampu mengkomunikasikan secara verbal nyeri yang mereka alami berkaitan dengan letak, intensitas dan deskripsinya. Secara umum, mereka telah mempelajari koping menghadapi nyeri seperti berpegangan erat, mengepalkan tangan atau mengatupkan gigi atau mencoba bertindak berani dengan meringis atau berteriak. Pada anak yang berusia di atas 8 tahun sudah mampu menggambarkan nyeri dengan berbagai kata atau frase seperti, menyakitkan, luka, terbakar, tersengat, sakit.

Respon Orang Tua Terhadap Hospitalisasi:

1. Kecemasan, ini termasuk dalam kelompok emosi primer dan meliputi perasaan was-was, bimbang, kuatir, kaget, bingung dan merasa terancam. Untuk menghilangkan kecemasan harus memperkuat respon

menghindar. Namun, dengan begitu hidup orang itu akan sangat terbatas setelah beberapa pengalaman yang menyakitkan.

2. Marah, dalam kelompok marah sebagai emosi primer termasuk gusar, tegang, kesal, jengkel, dendam, merasa terpaksa dan sebagainya. Ketidakmampuan mengatasi dan mengenal kemarahannya sering merupakan komponen dari menyesuaikan diri dan hal ini merupakan sumber kecemasan tersendiri. Untuk orang seperti ini, pelatihan ketegasan dapat membantu: dianjurkan untuk mengungkapkan perasaan marah secara baik, tegas, dan jelas. Bila kita terbagi perasaan maka hal ini dapat menguatkan relasi, isolasi dan mengangkat harga diri. Sebaliknya ada orang yang terlalu banyak dan tidak dapat mengerem luapan amarahnya sehingga mereka mengganggu orang lain.
3. Sedih, dalam kelompok sedih sebagai termasuk emosi primer termasuk susah, putus asa, iba, rasa bersalah tak berdaya terpojok dan sebagainya. Bila kesedihan terlalu lama maka timbulah tanda-tanda depresi dengan triasnya: rasa sedih, putus sakit. Beda dengan keluarga yang suka mandiriikan anak untuk aktivitas sehari-hari anak akan lebih kooperatif bila dirumah sakit.
4. Keluarga
Keluarga yang terlalu khawatir atau stres akibat anak yang dirawat di rumah sakit akan menyebabkan anak menjadi semakin stres dan takut.
5. Pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya
Bila anak pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan di rumah sakit sebelumnya akan menyebabkan anak takut dan trauma. Sebaliknya bila anak dirawat di rumah sakit untuk mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter.
6. Depresi bila terjadi setelah mengalami kehilangan dari sesuatu yang sangat disayangi, pengalaman tidak berdaya sering mengakibatkan depresi.
7. Stressor, dan reaksi keluarga sehubungan dengan hospitalisasi anak, jika anak harus menjalani hospitalisasi akan memberikan pengaruh

8. Terhadap anggota keluarga dan fungsi keluarga, reaksi orang tua dipengaruhi oleh tingkat keseriusan penyakit akan, pengalaman sebelumnya terhadap sakit dan hospitalisasi, prosedur pengobatan kekuatan ego individu, kemampuan coping, kebudayaan dan kepercayaan (Setyanigrum, 2017).

G. Konsep Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan pada pasien anemia menurut Mendri (2018) sebagai berikut:

1. Identitas Pasien atau Keluarga
2. Keluhan Utama biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing.
3. Riwayat Kesehatan Dahulu
 - a. Pernah menderita penyakit anemia sebelumnya
 - b. Adanya riwayat trauma atau perdarahan
 - c. Adanya riwayat demam tinggi
4. Riwayat Kesehatan Sekarang: sering mengeluh cepat lelah, pucat, kelemahan, sesak napas, sampai adanya gejala gelisah, takikardi dan penurunan kesadaran.
5. Riwayat Kesehatan Keluarga: adanya riwayat anemia dalam keluarga dan riwayat penyakit-penyakit seperti: kanker, jantung, hepatitis, diabetes melitus, asma, penyakit-penyakit infeksi saluran pernapasan.
6. Pemeriksaan Fisik
 - a. Keadaan umum, tingkat kesadaran, tanda-tanda vital, tinggi Badan dan berat badan
 - b. Kulit
Kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, kulit tampak pucat, terdapat perdarahan dibawah kulit
 - c. Kepala
Dalam bentuk normal
 - d. Mata

Konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik, keadaan pupil, reflek cahaya biasanya tidak ada kelainan

e. Hidung

Keadaan atau bentuk mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung, fungsi penciuman

f. Telinga

Bentuk telinga, fungsi pendengaran

g. Mulut

Bentuk mulut, mukosa kering, perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah atau perdarahan

h. Leher

Terdapat pembesaran kelenjar getah bening atau tidak, terdapat distensi vena jugularis atau tidak

i. Ekstremitas

Terjadi kelemahan umum, nyeri ekstremitas, tonus otot kurang, akral dingin

H. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mendri (2018) diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada pasien anak dengan anemia yaitu:

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan oksigen ke jaringan
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
4. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan asupan zat besi.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik

I. Perencanaan Keperawatan

1. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dalam darah

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria Hasil: Perfusi perifer adekuat yang ditandai dengan ekstremitas teraba hangat, warna kulit normal atau merah muda, tidak terjadi sianosis, nilai hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal. Tanda-tanda vital dalam batas normal.

Intervensi Keperawatan:

- a. Periksa sirkulasi perifer
- b. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- c. Monitor panas, kemerahan nyeri atau bengkak pada ekstremitas
- d. Kaji pengisian kapiler
- e. Kaji membran mukosa
- f. Tinggikan posisi kepala
- g. Kaji jika ada keluhan nyeri
- h. Kaji respon verbal
- i. Monitor hasil laboratorium
- j. Berikan terapi oksigen, jika perlu

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan oksigen ke jaringan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan respon fisiologis terhadap aktivitas yang membutuhkan tenaga meningkat

Kriteria Hasil: Saturasi oksigen normal, tidak terjadi sianosis, warna kulit normal tidak pucat.

Intervensi Keperawatan:

- a. Posisikan highfowler
- b. Berikan terapi oksigen
- c. Kaji tanda tanda vital setelah pasien melakukan aktivitas

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari meningkat

Kriteria Hasil: Perasaan lemah menurun, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat, jarak berjalan meningkat

Intervensi Keperawatan:

- a. Observasi adanya tanda kerja fisik (takikardi, palpitasi, takipnea, pusing, perubahan warna kulit)
- b. Bantu pasien saat melakukan aktivitas
- c. Berikan terapi bermain, pengalihan untuk meningkatkan istirahat yang tenang dan mencegah kebosanan

4. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakadekuatan asupan zat besi

Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuh membaik

Kriteria Hasil: Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, asupan nutrisi yang tepat, nafsu makan membaik

Intervensi Keperawatan:

- a. Berikan preparat zat besi sesuai program medis
- b. Berikan vitamin C sesuai program medis
- c. Kaji karakteristik warna feses karena preparat besi yang adekuat akan mengubah warna feses

J. Pelaksanaan Keperawatan

Menurut Yulianingsih (2015) implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan klien. Implementasi merupakan tahap keempat

dari proses keperawatan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang ditetapkan, yang mencakup meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Menurut Yulianingsih (2015) beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan sebagai berikut:

1. Berdasarkan respon klien
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan, standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan.
5. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta untuk merawat diri sendiri (*Self Care*)
6. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan
7. Dapat menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi klien.
8. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
9. Bersifat holistik.
10. Melakukan dokumentasi

K. Evaluasi Keperawatan

Menurut Yulianingsih (2015) tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi keperawatan adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subjektif, objektif, pengkajian kembali (*assesment*), rencana tindakan (*planning*). Tujuan evaluasi adalah untuk menentukan efisiensi asuhan

keperawatan untuk mencegah atau mengatasi respon pasien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan.

Tujuan dari evaluasi antara lain:

1. Menentukan perkembangan kesehatan klien
2. Menilai efektifitas, efisiensi, dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan
3. Menilai pelaksanaan asuhan keperawatan
4. Mendapatkan umpan balik
5. Tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

Ukuran pencapaian tujuan pada tahap evaluasi yaitu masalah teratasi jika pasien menunjukkan perubahan sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, masalah teratasi sebagian jika pasien menunjukkan perubahan sebagian dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, masalah tidak teratasi jika pasien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali yang sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan dan atau bahkan timbul masalah atau diagnosa keperawatan baru.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Pasien bernama An.A dengan jenis kelamin laki-laki berusia 12 tahun, agama Islam, bertempat tinggal di Kranji, saat ini An.A berstatus sebagai pelajar yang duduk di bangku sekolah dasar. Bahasa yang digunakan sehari - hari bahasa Indonesia. Nama ibu berinisial Ny.B dan ayah berinisial Tn. E. Ibu berusia 44 tahun dan ayah berusia 46 tahun. Pendidikan terakhir ibu SLTA dan ayah STM. Pekerjaan ibu adalah ibu rumah tangga dan pekerjaan ayah adalah karyawan swasta. Sumber informasi dari pasien, keluarga, dan rekam medis.

b. Resume

An.A berusia 12 tahun masuk ke salah satu rumah sakit swasta di Bekasi pada tanggal 30 April 2021 pukul 09.15 WIB, datang ke IGD diantar oleh keluarga dengan keluhan demam sudah 3 hari demam naik turun, pusing, mual, tidak nafsu makan, lemas. Dilakukan pemeriksaan TTV dengan N: 100 x/menit RR: 18x/menit S: 38,9 °C, keadaan umum sakit sedang, kesadaran composmentis. Tindakan keperawatan yang dilakukan memonitor tanda-tanda vital, cek laboratorium darah lengkap, rontgen thorax, pemasangan infus kaen 3A 500cc di vena metacarpal basilica sinistra. Tindakan kolaboratif yang dilakukan yaitu memberikan tamoliv 300 mg. Masalah keperawatan yang muncul adalah hipertermi dan resiko defisit nutrisi. Evaluasi secara umum pasien mengatakan masih merasa pusing, mual, panas dingin dan lemas.

c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Ayah pasien mengatakan anaknya pernah memiliki riwayat penyakit anemia terdahulu untuk waktunya berapa lama ayah pasien kurang mengetahuinya, tidak ada alergi obat, makanan, binatang dan lingkungan. Pasien mengatakan hanya mengonsumsi vitamin dan suplemen makan

sampai habis, dan tidak ada obat-obatan lain yang dikonsumsi secara rutin. Tidak pernah menjalani tindakan operasi dan tidak pernah mengalami kecelakaan.

d. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Tidak ada gangguan dalam proses tumbuh dan kembang. Perkembangan anak seperti motorik kasar, motorik halus, bahasa dan sosialisasi sesuai dengan tahap pertumbuhan dan perkembangannya.

1) Kebiasaan sehari-hari (keadaan sebelum dirawat)

a) Pola Pemenuhan Nutrisi

Ayah pasien mengatakan anaknya makan 3 kali sehari, pada waktu pagi, siang dan sore, jenis makanan nasi, makanan yang disukai adalah ayam goreng, tidak ada alergi makanan. Pasien mengatakan setiap makan selalu sendiri tidak disuapi oleh siapa pun. Ayah pasien mengatakan jumlah minum per hari adalah $\pm 1,5$ liter/hari. Pasien mengatakan tidak ada kebiasaan minum minuman seperti teh, kopi atau es.

b) Pola tidur

Ayah pasien mengatakan anaknya tidur malam 7 jam, tidur siang 3 jam, tidak ada kelainan waktu tidur, tidak ada kebiasaan yang dilakukan sebelum tidur.

c) Pola Aktivitas

Ayah pasien mengatakan anaknya biasanya sekolah online dari pukul 08.00 s.d 12.00 WIB, setelah itu anaknya langsung kursus Al – Qur'an sampai sore. Selain sekolah dan kursus ayah pasien mengatakan anaknya juga sering bermain diluar rumah dengan teman temannya.

d) Pola kebersihan diri

Ayah pasien mengatakan anaknya mandi 2 kali per hari, menggunakan sabun, mandi sendiri, sikat gigi 3x/hari pada saat pagi hari, sore hari dan menjelang tidur dilakukan sendiri. Untuk mencuci rambut 3 kali seminggu dilakukan sendiri dan pasien mampu berpakaian sendiri.

e) Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB 1x per 2 hari, waktunya setiap pagi warnanya kecoklatan, bau nya khas, konsistensi padat, dengan cara pergi ke toilet sendiri lalu jongkok di toilet, keluhan BAB tidak ada. Pasien mengatakan jika BAK 6x per hari, warnanya kuning jernih, tidak ada keluhan saat BAK dan sudah tidak mengompol.

f) Kebiasaan Lain

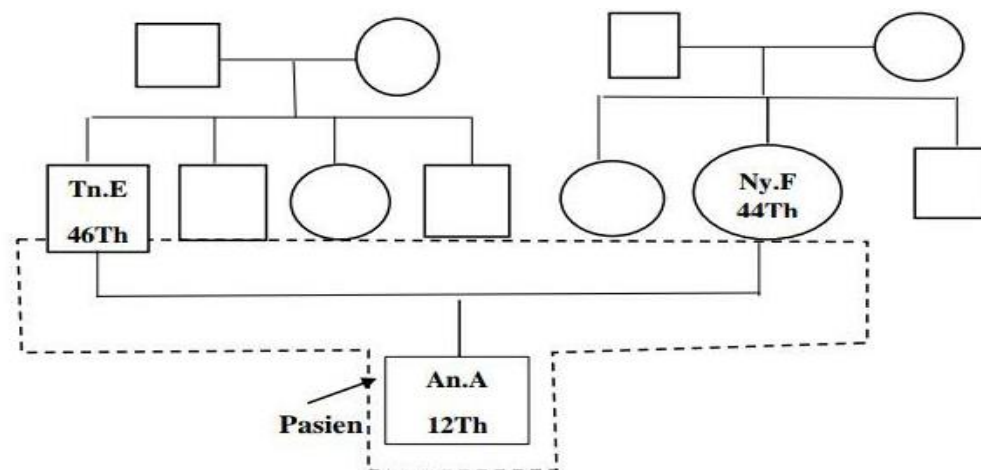
Ayah pasien mengatakan anaknya tidak memiliki kebiasaan yang lain.

g) Pola Asuh

Ayah pasien mengatakan anaknya diasuh oleh ibunya dirumah

2) Riwayat Kesehatan Keluarga

a) Susunan keluarga (genogram 3 generasi)



Keterangan:

- : Perempuan
- : Laki-laki
- — ○ : Menikah
- (dashed) : Tinggal satu rumah
- ↗ : Pasien
- ⊠ : Meninggal

b) Riwayat Penyakit Keluarga

Ayah pasien mengatakan anaknya pernah menderita anemia sebelumnya tetapi untuk anaknya dan anggota keluarga lainnya tidak ada riwayat penyakit yang pernah diderita seperti penyakit jantung, diabetes militus, hipertensi, kanker, gangguan mental, dan alergi. Ayah pasien mengatakan anaknya kalau sakit langsung di bawa ke klinik atau rumah sakit dan keluarga selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

c) Riwayat Kesehatan Lingkungan

Ayah pasien mengatakan tidak ada risiko bahaya kecelakaan karena rumah pasien di daerah komplek dan didepan rumahnya terdapat got. Di lingkungan rumah tidak ada perindustrian, tidak ada yang membakar sampah dilingkungan rumahnya atau tidak ada polusi kendaraan dikarenakan rumah pasien di dalam komplek jauh dari jalan raya. Ayah pasien mengatakan rumahnya selalu dibersihkan setiap hari seperti di sapu dan di pel.

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Riwayat penyakit sekarang

Ayah pasien mengatakan anaknya sakit dari tanggal 27 April 2021 pukul 08.00 WIB. Keluhan utamanya demam naik turun, pusing, mual, tidak nafsu makan, lemas dan terjadinya secara bertahap selama 3 hari. Faktor pencetusnya ayah pasien mengatakan tidak begitu mengetahuinya. Untuk upaya mengurangnya anak hanya diberi obat tempura dirumah dan langsung dibawa ke rumah sakit.

b) Pengkajian fisik secara fungsional

Data Klinik: Kesadaran composmetis, keadaan umum sakit sedang, suhu 38,9°C, RR 18x/menit, dan nadi 100x/menit.

Nutrisi dan Metabolisme:

Data subjektif:

Ayah pasien mengatakan nafsu makan berkurang dan diit lunak. Intake makan sehari ½ porsi dan minum 1.200cc/24jam. Terdapat mual dan tidak nafsu makan.

Data objektif:

Mukosa mulut tampak kering warna pucat lesi tidak ada, gusi baik dan lidah bersih gigi lengkap, turgor kulit elastis.

Respirasi/Sirkulasi**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan pasien tidak sesak nafas, tidak ada sputum dan batuk. Pasien mengatakan tidak sakit dada dan tidak terdapat edema.

Data objektif:

Suara nafas pasien tampak vesikuler, RR: 18x/menit, tidak ada batuk dan tidak menggunakan bantuan nafas. Pasien tidak tampak ikterus, sianosis, edema, palpitasi, pengisian kapilernya <3 detik dan temperatur suhunya masih 38 °C.

Eliminasi**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan anaknya perutnya tidak kembung, sakit atau nyeri. Ayah pasien mengatakan warna BAB kuning kecoklatan dan konsistensi padat.

Data objektif:

Pasien tampak lemas, tidak kaku dan kembung. Bising usus 34x/menit. BAB pasien tampak kuning kecoklatan, konsistensi padat dan frekuensi 1 kali/hari.

Aktivitas Latihan**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan kekuatan ototnya baik, tidak ada kaku sendi, tidak ada nyeri sendi dan selama dirawat dirumah sakit dibantu oleh

Data objektif:

Pasien tampak dibantu oleh ayahnya. Pasien pada saat berjalan seimbang. Dengan nilai kekuatan otot tangan 25. Bentuk kaki anak normal. Dengan nilai kekuatan otot kaki 50. Tampak ada kelemahan saat bangun dari tempat tidur. Anak tidak ada kejang.

Sensori Persepsi**Data subjektif:**

Pendengaran, penglihatan, penciuman, perabaan, dan pengecapan pasien normal.

Data objektif:

Konjungtiva pasien anemis. Orientasi baik. Pupil isokor.

Konsep Diri**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan semenjak pasien dirawat, sangat mempengaruhi aktivitas sehari - harinya dan pasien jadi sulit tidur.

Data objektif:

Pasien tampak ada masalah gangguan tidur semenjak dirawat. Kontak mata anak baik. Postur tubuh normal.

Kebutuhan Tidur/Istirahat**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan semenjak dirumah sakit anaknya ada gangguan waktu tidur pada malam hari.

Data objektif:

Pasien tampak gelisah dan ada gangguan tidur selama dirawat.

c) Dampak Hospitalisasi**Data Subjektif:**

Ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya. An. A mengatakan merasa bosan di rumah sakit dan selalu ingin pulang

Data Objektif:

Ayah pasien tampak khawatir dan gelisah melihat anaknya berada di rumah sakit.

d) Tingkat pertumbuhan dan perkembangannya saat ini

Pertumbuhan: BB pasien 30 kg, TB 139 cm, LK 46 cm, LLA 22 cm, pertumbuhan gigi sudah lengkap.

Perkembangan: Motorik kasar pasien, motorik halus, bahasa, sosialisasi pasien normal semua.

e. Pengetahuan dan pemahaman keluarga tentang penyakit dan perawatan anak

Data subjektif:

Ayah pasien mengatakan hanya mengetahui istilah penyakitnya saja dan tanda dan gejala penyakit pasien berupa anak menjadi pucat dan sering mengeluh cepat lelah.

f. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 01 Mei 2021 pukul 15.40 WIB dilakukan pemeriksaan laboratorium yaitu pemeriksaan darah lengkap dengan hasil : Hematologi: hemoglobin 9,8 g/dl, LED 21 mm/jam, leukosit 2,120 u/l, hematokrit 30 Vol%, trombosit 288.000 /ul, eritrosit 5,53 juta/ul. Hitungan jenis basofil 1%, eosinofil 0%, batang 1%, segmen 41%, limfosit 49%, monosit 9%. Nilai eritrosit MCV 52 fl, MCH 18 pg. Status besi pasien 11 ug/dl (59 – 158 ug/dl).

g. Penatalaksanaan

Pasien mendapatkan obat tempra force 7,5ml 3x1, kalfoxim 500mg 3x1, tamolive 300mg extra, liprolac 3x1, plantacid syrup 15ml 3x1, Vit-K 10mg extra.

2. Data Fokus

Kesadaran composmentis, keadaan umum sakit sedang, tanda-tanda vital: Nadi: 90x/menit, RR: 20x/menit, Suhu: 37,8°C.

a. Sirkulasi

Data Subjektif:

Ayah Pasien mengatakan anaknya demam naik turun, pusing, lemas dan terjadinya secara bertahap selama 3 hari.

Data Objektif:

Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, pasien tampak lemas. CRT: >3 detik. Hemoglobin 9,8 g/dl, LED 21 mm/jam, leukosit 2,120 u/l, hematokrit 30 Vol%, trombosit 288.000 /ul, eritrosit 5,53 juta/ul. Hitungan jenis basofil 1%, eosinofil 0%, batang 1%, segmen 41%, limfosit 49%, monosit 9%. Nilai eritrosit MCV 52 fi, MCH 18 pg.

b. Nutrisi**Data Subjektif:**

Ayah pasien mengatakan anaknya hanya menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi. Ayah pasien mengatakan anaknya masih tidak nafsu makan.

Data Objektif:

Pasien tampak hanya mampu menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi

BB: 30 kg TB: 139 cm IMT: 15,52

c. Aktivitas dan Istirahat**Data Subjektif:**

Ayah pasien mengatakan anaknya merasa sering lelah dan merasa lemah untuk beraktivitas.

Data Objektif:

Pasien tampak lemah, pasien sering mengeluh mudah lelah

d. Pengetahuan**Data subjektif:**

Ayah pasien mengatakan hanya mengetahui istilah penyakitnya saja dan tanda dan gejala penyakit pasien berupa kekurangan darah, anak menjadi pucat dan sering lelah.

Data objektif:

Ayah pasien tampak sudah mengerti tentang anemia.

e. Dampak Hospitalisasi**Data Subjektif:**

Ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya selama dirawat. Anak A mengatakan merasa bosan di rumah sakit karena tidak bisa main.

Data Objektif:

Ayah pasien tampak cemas melihat anaknya berada di rumah sakit

3. Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya demam naik turun, pusing, lemas dan terjadinya secara bertahap selama 3 hari. Data Objektif: Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, pasien tampak lemas CRT: >3 detik. Hemoglobin 9,8 g/dl, LED 21 mm/jam, leukosit 2,120 u/l, hematokrit 30 Vol%, trombosit 288.000 /ul, eritrosit 5,53 juta/ul. Hitungan jenis basofil 1%, eosinofil 0%, batang 1%, segmen 41%, limfosit 49%, monosit 9%. Nilai eritrosit MCV 52 fi, MCH 18 pg.	Perfusi Perifer Tidak Efektif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

2.	Data Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya hanya menghabiskan makan ½ porsi. Ayah pasien mengatakan anaknya masih tidak nafsu makan. Data Objektif: Pasien tampak hanya mampu menghabiskan makan ½ porsi BB: 30kg TB: 139cm IMT: 15,52 Konjungtiva anemis, hemoglobin 9,8 g/dl	Defisit Nutrisi	Faktor Penyakit (Keengganan untuk makan)
3.	Data Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya sering mengeluh cepat lelah dan merasa lemah untuk beraktivitas. Data Objektif: Pasien tampak lemah, pasien sering mengeluh mudah lelah	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan
4.	Data Subjektif: Anak A mengatakan merasa bosan di rumah sakit dan ingin cepat pulang karena tidak bisa main dengan teman-temannya Ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya selama dirawat Data Objektif: Ayah pasien tampak cemas melihat anaknya sakit	Ansietas pada Anak dan Orang Tua	Dampak Hospitalisasi

B. Diagnosa Keperawatan

1. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin
 Tanggal ditemukan : 30 April 2021
 Tanggal teratasi : Belum teratasi
2. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor penyakit keengganan untuk makan
 Tanggal ditemukan : 30 April 2021
 Tanggal teratasi : Belum teratasi
3. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan
 Tanggal ditemukan : 30 April 2021
 Tanggal teratasi : Belum teratasi
4. Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi
 Tanggal ditemukan : 30 April 2021
 Tanggal teratasi : Belum teratasi

C. Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan

a. Perfusi Perifer Tidak Efektif b.d Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

Data Subjektif:

Ayah pasien mengatakan anaknya demam naik turun, pusing, lemas dan terjadinya secara bertahap selama 3 hari.

Data Objektif:

Pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, pasien tampak lemas CRT: >3 detik. Hemoglobin 9,8 g/dl, LED 21 mm/jam.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria Hasil: Perfusi perifer adekuat yang ditandai dengan ekstremitas teraba hangat, warna kulit normal (merah muda), tidak terjadi sianosis, nilai hemoglobin dalam batas normal (12,5 – 16,1 g/dl) hematokrit dalam batas normal (36 – 47 vol%), tanda-tanda vital dalam batas normal (N: 60-100 x/menit, RR: 20-30 x/menit, S: 36,5 - 37, 5° C).

Rencana Tindakan:**Observasi**

- 1) Periksa sirkulasi perifer
- 2) Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi
- 3) Monitor panas, kemerahan, nyeri pada ekstremitas

Terapeutik

- 4) Lakukan pencegahan infeksi
- 5) Hindari pemakaian benda benda yang berlebihan suhunya

Edukasi

- 6) Edukasi tentang penyakit
- 7) Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat
- 8) Informasikan segera jika ada tanda dan gejala yang darurat

Kolaborasi

- 9) Monitor hasil laboratorium darah lengkap
- 10) Kolaborasi pemberian obat sesuai program medis

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 30 April 2021**

Pukul 08.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 38°C, nadi 98x/menit, RR: 20x/menit. **Pukul 10.00 WIB** Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit tampak pucat. **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil laboratorium darah dengan hasil: Hemoglobin 9,8 g/dl, LED 21 mm/jam, leukosit 2,120 u/l, hematokrit 30 Vol%, trombosit 288.000 /ul, eritrosit 5,53 juta/ul **Pukul 14.00 WIB** Mengkaji tanda tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 37°C, nadi 90x/menit, RR: 20x/menit.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawat ruangan.

Pukul 15.00 WIB Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit masih tampak pucat. **Pukul 21.30 WIB** mengkaji tanda-tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 37°C, nadi 90x/menit, RR: 20x/menit. **Pukul 05.30 WIB** Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik warna

kulit masih tampak pucat. **Pukul 06.00 WIB** Jelaskan kepada orang tua jika anak ada tanda dan gejala yang darurat segera informasikan kepada perawat ruangan dengan hasil: orang tua mengerti apa yang sudah dijelaskan oleh perawat.

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB Mengkaji tanda-tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 37°C, nadi 86x/menit, RR: 18x/menit. **Pukul 10.00 WIB** Memonitor sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit masih tampak pucat. **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil laboratorium dengan hasil: LED 21 mm/jam, status besi 11 ug/dl (59-158 ug/dl) TIBC 270 ug/dl (228-428 ug/dl) **Pukul 14.00 WIB** melakukan pencegahan infeksi (mengajarkan pasien untuk rutin cuci tangan, menggunakan masker) dengan hasil: pasien mampu mengikuti apa yang sudah diajarkan oleh perawat.

Dinas sore dan malam pelaksanaan tindakan dilakukan oleh perawatan ruangan. **Pukul 15.00 WIB** Memonitor sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit masih tampak pucat. **Pukul 21.30 WIB** Mengkaji tanda-tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 38°C, nadi 94x/menit, RR: 18x/menit. **Pukul 06.00 WIB** Memonitor sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit masih tampak pucat.

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji tanda-tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 36°C, nadi 90x/menit, RR: 18x/menit. **Pukul 10.00 WIB** Memeriksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler, warna kulit) dengan hasil: CRT: >3 detik, warna kulit masih tampak pucat. **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil laboratorium darah dengan hasil: Hemoglobin 10,5 g/dl Leukosit 2,800 /ul (4.000-10.500 /ul) Hematokrit 33 vol% (36-47 vol%) Trombosit 186,000 /ul (150.000-450.000 /ul) Eritrosit 6,13 juta/ul (4,20- 5,60 juta/ul) **Pukul 14.00**

WIB mengkaji tanda tanda vital (nadi, RR, suhu) dengan hasil: suhu 36,7°C, nadi 89x/menit, RR: 20x/menit.

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: : Ayah pasien mengatakan anaknya ada demam, mengeluh lelah dan lemas

Objektif: Pasien tampak pucat, suhu 38 °C, nadi 98x/menit, RR: 20x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,3,4,7,9

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya masih ada demam, anak masih sangat lemas dan pucat

Objektif: Pasien masih tampak pucat Suhu 37,8 °C, nadi 86x/menit, 18x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,3,4,7,9

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya masih ada demam naik turun, pasien masih lemas

Objektif: Suhu 37,5 °C, nadi: 98x/menit, RR: 18x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1, 3, 4, 7, 9, 10 oleh perawat ruangan.

b. Defisit Nutrisi b.d Faktor penyakit keengganan untuk makan

Data Subjektif:

Ayah pasien mengatakan anaknya hanya menghabiskan makan ½ porsi. Ayah pasien mengatakan anaknya masih tidak nafsu makan.

Data Objektif:

Pasien tampak hanya mampu menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi

BB: 30kg TB: 139cm IMT: 15,52

Konjungtiva anemis, hemoglobin 9,8 g/dl

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan tubuh membaik

Kriteria Hasil: Porsi makanan yang dihabiskan meningkat menjadi 1 porsi, asupan nutrisi yang tepat (sesuaikan dengan program ahli gizi), nafsu makan membaik atau bertambah.

Rencana Tindakan:**Observasi**

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi adanya alergi makanan atau tidak
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Monitor asupan makan
- 5) Monitor hasil laboratorium darah (hemoglobin)

Terapeutik

- 6) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

Edukasi

- 7) Anjurkan sesekali untuk posisi duduk, jika perlu

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (antiemetik)

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 30 April 2021**

Pukul 08.00 Mengidentifikasi asupan makan dengan hasil: pasien hanya menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi **WIB Pukul 10.00 WIB** mengidentifikasi adanya alergi makanan atau tidak dengan hasil: pasien tidak memiliki alergi makanan **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil laboratorium darah dengan hasil: Hemoglobin 9,8 g/dl **Pukul 13.00 WIB** kolaborasi memberikan terapi obat plantacid syrup 5ml dengan hasil: obat berhasil diberikan, pasien mau

menelan sirupnya dengan air putih. **Pukul 14.00 WIB** memonitor asupan makan dengan hasil: pasien hanya menghabiskan makan ½ porsi.

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 09.00 WIB menganjurkan pasien untuk duduk dengan hasil: pasien belum bisa duduk dikarenakan masih merasa lemas **Pukul 11.00 WIB** memonitor hasil laboratorium darah dengan hasil: Hemoglobin 9,8 g/dl **Pukul 13.00 WIB** kolaborasi memberikan terapi obat plantacid syrup 5ml dengan hasil: obat berhasil diberikan, pasien mau menelan obatnya dengan air putih. **Pukul 14.00 WIB** memonitor asupan makan dengan hasil: pasien hanya menghabiskan makan ½ porsi pasien mengatakan masih tidak nafsu makan, mengidentifikasi makanan yang disukai dengan hasil: pasien mengatakan sangat menyukai ayam crispy dan kentang goreng.

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB memonitor hasil laboratorium darah dengan hasil: Hemoglobin 10,5 g/dl **Pukul 13.00 WIB** kolaborasi memberikan terapi obat plantacid syrup 5ml dengan hasil: obat berhasil diberikan, pasien mau menelan obatnya dengan air putih. **Pukul 14.00 WIB** memonitor asupan makan dengan hasil: pasien sudah mulai mampu menghabiskan makan 1 porsi

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: : Ayah pasien mengatakan anaknya tidak nafsu makan, makan hanya sedikit ½ porsi saja

Objektif: Suhu 38 °C, nadi 98x/menit, 18x/menit, makanan tampak tidak dihabiskan

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,7,8

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya masih belum nafsu makan

Objektif: Suhu 37°C, nadi 86x/menit, RR 18x/menit, anak tampak belum nafsu makan

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,5,7,8

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya sudah mampu menghabiskan 1 porsi makan

Objektif: Suhu 37,5 °C, nadi: 98x/menit, RR: 18x/menit, pasien sudah mampu menghabiskan 1 porsi makan

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: Hentikan intervensi

c. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan

Data Subjektif:

Ayah pasien mengatakan anaknya sering mengeluh cepat lelah dan merasa lemah untuk beraktivitas.

Data Objektif:

Pasien tampak lemah, pasien sering mengeluh mudah lelah dan pasien saat beraktivitas di ruang rawat masih dibantu oleh ayahnya dan perawat

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kemudahan melakukan aktivitas sehari hari meningkat.

Kriteria Hasil: Perasaan lemah menurun, kekuatan tubuh bagian atas dan bawah meningkat

Rencana Tindakan:

Observasi

- 1) Observasi adanya tanda kerja fisik (takikardi, takipnea, pusing, perubahan warna kulit)
- 2) Monitor pola tidur dan jam tidur
- 3) Monitor lokasi dan penyebab ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- 4) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 5) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah

Edukasi

- 6) Anjurkan tirah baring
- 7) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

Kolaborasi

- 8) Kolaborasi dengan ahli gizi mengenai asupan makanan

Pelaksanaan Keperawatan:**Tanggal 30 April 2021**

Pukul 08.00 WIB Observasi adanya tanda kerja fisik dengan hasil: kulit pasien tampak pucat **Pukul 10.00 WIB** menganjurkan tirah baring dengan hasil: pasien mau untuk tirah baring dan mengikuti apa yang sudah diajarkan perawat **Pukul 11.00 WIB** memonitor pola tidur dan jam tidur dengan hasil: pasien untuk tidur siang selama 2 jam dan tidak ada kesulitan tidur, lalu untuk tidur malamnya selama 6 jam tetapi jika tengah malam anak A sering terbangun dan terjaga **Pukul 13.00 WIB** menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil: pasien mampu mengambil minum di atas meja.

Tanggal 01 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB Memonitor lokasi dan penyebab ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas dengan hasil: lokasi di tempat tidur, pasien tidak nyaman jika terlalu lama hanya tidur tidur saja tidak ada kegiatan **Pukul 11.00 WIB** memonitor pola tidur dan jam tidur dengan hasil: pasien untuk tidur siang selama 2 jam dan tidak ada kesulitan tidur, lalu untuk tidur malamnya selama 8 jam dan pasien bisa tidur dengan nyenyak **Pukul 13.00 WIB** menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil: pasien mampu menyuap makanan sendiri.

Tanggal 02 Mei 2021

Pukul 09.00 WIB menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil: Pasien sudah mampu untuk duduk. **Pukul 11.00 WIB** memberikan aktivitas distraksi dengan cara bermain game dengan hasil: pasien mau bermain game dengan perawat **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan untuk melakukan aktivitas secara bertahap dengan hasil: pasien sudah mampu bangun dari tempat tidur dan berdiri

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: : Ayah pasien mengatakan anaknya belum bisa beraktivitas sendiri seperti untuk bangun masih merasa lemas

Objektif: Pasien tampak lemas, suhu 38 °C, nadi 98x/menit, RR 18x/menit

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6,7

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya masih lemas untuk bangun dan duduk

Objektif: Pasien masih tampak lemas

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 1,2,3,4,6,7

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan anaknya sudah mampu bangun dan duduk

Objektif: Pasien tampak sudah bisa bangun dari tempat tidur dan duduk

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: Hentikan intervensi

d. Ansietas berhubungan dengan Hospitalisasi

Data Subjektif:

Anak A mengatakan merasa bosan di rumah sakit dan ingin cepat pulang karena tidak bisa main, ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya selama dirawat

Data Objektif:

Ayah pasien tampak cemas melihat anaknya sakit, pasien mengatakan merasa bosan di rumah sakit dan ingin cepat pulang

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan khawatir akan kondisi yang dihadapi seperti perilaku gelisah menurun

Kriteria Hasil: Perilaku gelisah menurun sampai dengan hilang, verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun sampai dengan hilang

Rencana Tindakan:

Observasi

- 1) Identifikasi saat ansietas berubah (kondisi, waktu)
- 2) Monitor tanda tanda ansietas

Terapeutik

- 3) Identifikasi situasi yang menyebabkan ansietas
- 4) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 5) Dengarkan kecemasan yang dirasakan dengan penuh perhatian

Edukasi

- 6) Anjurkan keluarga agar tetap selalu bersama pasien
- 7) Anjurkan untuk mengungkapkan perasaan
- 8) Latih kkegiatan untuk pengalihan dan mengurangi kecemasan

Kolaborasi

- 9) Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

Pelaksanaan Keperawatan:

Jumat, 30 April 2021

Pukul 08.00 WIB mengkaji penyebab cemas orang tua dengan hasil: Ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya selama

dirawat. **Pukul 13.00 WIB** menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dengan hasil: Ayah pasien dan pasien nyaman atas kedatangan perawat. **Pukul 14.00 WIB** menganjurkan orang tua untuk selalu menemani anak dengan hasil: Ayah pasien mengatakan selalu menemani anaknya.

Sabtu, 01 Mei 2021

Pukul 09.00 WIB menganjurkan orang tua untuk tetap selalu bersama pasien dengan hasil: Ayah pasien selalu ada diruang perawatan bersama anaknya. **Pukul 13.00 WIB** Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) dengan hasil: Pasien tampak agak gelisah pada saat perawat datang. **Pukul 14.00 WIB** mengkaji rasa cemas orangtua dengan hasil: Ayah pasien mengatakan sudah tidak terlalu khawatir karena anaknya sudah tidak rewel.

Minggu, 02 Mei 2021

Pukul 08.00 WIB menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan dengan hasil: pasien nyaman dengan adanya perawat di dekatnya **Pukul 13.00 WIB** Melatih kegiatan untuk pengalihan kecemasan dengan hasil: pasien mau bermain game bersama perawat **Pukul 14.00 WIB** mengkaji rasa cemas orang tua dengan hasil: Ayah pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas karena anaknya sudah tidak terlalu rewel.

Evaluasi Keperawatan

Jumat, 30 April 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya, pasien selalu rewel untuk mengajak pulang kerumah

Objektif:. Pasien tampak rewel dan tidak betah

Analisa: Masalah belum teratasi, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 6, 8

Sabtu, 01 Mei 2021 pukul 07.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan sudah tidak terlalu cemas dan khawatir karena anaknya sudah tidak terlalu rewel .

Objektif: Anak tampak nyaman

Analisa: Masalah teratasi sebagian, tujuan belum tercapai

Planning: Lanjutkan intervensi 2, 3, 4, 6, 8

Minggu, 02 Mei 2021 pukul 15.00 WIB

Subjektif: Ayah pasien mengatakan sudah tidak cemas karena anaknya mulai agak ceria dan tidak rewel menanyakan kapan pulang

Objektif: Pasien tampak nyaman dan mulai ceria

Analisa: Masalah teratasi, tujuan tercapai

Planning: Hentikan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pengkajian Keperawatan

Menurut Windiastuti (2017) penyebab dari anemia ada tiga yaitu gangguan produksi sel darah merah, penghancuran berlebihan sel darah merah, dan kehilangan sel darah merah berlebih atau perdarahan. Jika tubuh mengalami perdarahan kronis maka sel darah merah akan keluar dari tubuh dan menyebabkan anemia. Selain sel darah merah yang keluar zat besi juga akan terbawa keluar sehingga zat besi dalam tubuh menurun. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, yang ditemukan pada kasus selama pengkajian tidak ditemukan perdarahan pada pasien. Penyebab yang baru ditemukan pada kasus anak A yaitu kekurangan asupan zat besi, hal ini didukung oleh data dari hasil pemeriksaan laboratorium yaitu status besi pasien 11 ug/dl (59 – 158 ug/dl).

Menurut Ni Ketut Mendri (2018) manifestasi klinis dari anemia adalah cepat lelah, lemah, pucat, kulit terlihat kuning pucat, pusing, mata berkunang kunang, nafsu makan menurun, tangan dan kaki terasa dingin, sistem kekebalan tubuh menurun dan sulit untuk berkonsentrasi. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ditemukan pada kasus pasien ditemukan tanda dan gejala demam sedangkan di teori tidak ada. Hal ini ditunjang dari hasil pemeriksaan tanda tanda vital pasien yaitu S: 38°C. Karena dicurigai adanya infeksi pada pasien ditandai dengan hasil laboratorium kadar leukosit 2,120 u/l (4.000 – 10.500 u/l).

Pada kasus tanda dan gejala yang tidak muncul pada pasien sesuai dengan tanda gejala yang ada pada teori yaitu sulit untuk berkonsentrasi, pada kasus ditemukan bahwa anak A bukan berada di fase anemia yang kronik. Anak akan mengalami gangguan berkonsentrasi jika anak tersebut sudah mengalami anemia dalam periode waktu yang lama. Lalu pada teori ada tanda gejala tangan dan kaki dingin tetapi pada kasus tidak ditemukan hal

ini ditunjang dengan pasien tidak ada tanda gejala tangan dan kaki dingin menandakan bahwa sirkulasi darah pada pasien masih cukup baik, sirkulasi darah yang tidak optimal yang menyebabkan telapak tangan dan kaki menjadi dingin karena aliran darah ke area tangan dan kaki berkurang akibatnya panas tubuh di area tangan dan kaki akan menghilang.

Pada pemeriksaan laboratorium terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus tidak dilakukan pemeriksaan morfologi darah tepi dikarenakan sudah dilakukan pemeriksaan darah lengkap.

Faktor predisposisi dari data yang ditemukan pada rekam medis dari hasil pemeriksaan status besi dan data dari ayah pasien data tersebut menjelaskan bahwa pasien kekurangan asupan zat besi. Ayah pasien mengatakan bahwa pasien memang kurang menyukai sayur sayuran dan daging. Menurut Fitrah Ernawati (2018) anemia defisiensi zat besi merupakan anemia akibat dari kurangnya nutrient eritropoietik berupa zat besi. Anemia ini terjadi karena rendahnya kuantitas dan kualitas zat besi dalam asupan makan. Oleh sebab itu masalah anemia defisiensi zat besi pada anak tidak hanya membutuhkan solusi kesehatan terapeutik tetapi juga membutuhkan pendekatan pencegahan melalui budaya makan, pola asuh dan edukasi asupan gizi.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian keperawatan yaitu orang tua pasien yang kooperatif saat dilakukan pengkajian dengan proses pengumpulan data serta perawat ruangan yang membantu dalam pengumpulan data, sehingga memudahkan penulis untuk mendapatkan data. Faktor penghambat yang ditemukan data data dari rekam medis yang masih kurang menunjang.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang terdapat pada teori Ni Ketut Mendri (2018), tetapi tidak terdapat pada kasus yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik, karena pada saat pengkajian anak A masih mampu perawatan diri seperti mengganti pakaian dan gosok gigi. Sedangkan untuk diagnosa yang terdapat pada kasus tetapi tidak ada di dalam teori yaitu ansietas berhubungan dengan hospitalisasi. Pada kasus penulis mengangkat diagnosa keperawatan

ansietas berhubungan dengan hospitalisasi dikarenakan adanya data subjektif dari ayah pasien dan pasien mengatakan bahwa ia merasa bosan di rumah sakit dan ingin cepat pulang karena tidak bisa main dengan teman-temannya serta tidak ada mainan yang banyak dan ayah pasien mengatakan merasa khawatir dengan keadaan anaknya selama sakit. Pada kasus penulis mengangkat diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin hal ini ditunjang dengan hasil pengkajian dan hasil laboratorium yaitu pasien tampak pucat, konjungtiva anemis, pasien tampak lemas, CRT: >3 detik, hemoglobin 9,8 g/dl. Penulis mengangkat diagnosa defisit nutrisi berhubungan dengan faktor penyakit keengganan untuk makan hal ini ditunjang dengan data dari ayah pasien yang mengatakan anaknya hanya menghabiskan makan $\frac{1}{2}$ porsi dan hasil laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin pasien 9,8 g/dl. Penulis mengangkat diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan hal ini ditunjang dari data subjektif ayah pasien mengatakan anaknya sering mengeluh cepat lelah dan merasa lemah untuk beraktivitas.

Faktor pendukung penulis dalam menetapkan diagnosa keperawatan adalah tersedianya data dari rekam medis dan orang tua pasien, tersedianya referensi yang relevan sehingga membantu penulis dalam menetapkan diagnosa keperawatan. Sedangkan faktor penghambat bagi penulis, penulis sulit untuk menetapkan diagnosa keperawatan pada kasus sehingga penulis mencari sumber-sumber yang relevan.

C. Perencanaan Keperawatan

Pada tujuan perencanaan terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, dimana pada teori tidak terdapat batasan waktu sedangkan pada kasus diberi batasan waktu selama 3x24 jam. Terdapat kesenjangan antara teori dan kasus. Pada kasus diagnosa keperawatan yang pertama perfusi perifer tidak efektif

berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin terdapat kesenjangan yaitu terdapat rencana tindakan tinggikan posisi kepala tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus karena pada kasus, karena pasien tampak lebih nyaman dengan posisi kepala yang lebih rendah. Kaji jika ada keluhan nyeri tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus karena pada kasus, saat selama pengkajian pasien tidak ada keluhan nyeri. Berikan terapi oksigen, jika perlu tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus karena pada kasus, pasien tidak ada keluhan sesak nafas.

Diagnosa keperawatan kedua pada kasus defisit nutrisi berhubungan dengan faktor penyakit keengganan untuk makan yaitu berikan vitamin C dan preparat zat besi sesuai program medis tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus karena pada kasus, pasien tidak mendapatkan terapi vitamin C dan preparat zat besi dikarenakan pemberian zat besi serta vitamin C peroral sering menimbulkan keluhan pada gastrointestinal sedangkan pada pasien ada keluhan tidak nafsu makan dan sedikit mual, lalu pemberian terapi preparat besi melalui parenteral memiliki efek samping reaksi hipersensitifitas. Kaji karakteristik warna feses karena preparat besi yang adekuat akan mengubah warna feses tindakan ini terdapat pada teori tetapi tidak direncanakan pada kasus karena pada pasien tidak mendapatkan terapi preparat besi.

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan tidak terdapat kesenjangan antara teori dan kasus, karena semua rencana tindakan keperawatan sesuai dengan yang direncanakan pada kasus.

Faktor pendukung dalam menentukan perencanaan keperawatan yaitu dengan adanya data-data pasien yang mendukung serta tersedianya sumber yang relevan dalam menetapkan perencanaan keperawatan. Faktor penghambat dalam menentukan perencanaan keperawatan, munculnya intervensi keperawatan pada kasus sedangkan pada teori tidak muncul karena

disesuaikan dengan kasus di lapangan dan disesuaikan dengan keadaan pasien selama perawatan.

D. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan tindakan tidak dapat dilakukan seluruhnya sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan dikarenakan keterbatasan waktu yang ada . Hanya dilaksanakan satu shift saja tidak selama 3x24 jam. Untuk tindakan keperawatan selanjutnya dilanjutkan oleh perawat ruangan. Pada tahap pelaksanaan ada rencana keperawatan yang telah direncanakan tetapi tidak dilaksanakan yaitu pada diagnosa keperawatan yang pertama perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin pada perencanaan tindakan keperawatan ada edukasi penyakit tetapi tidak dilakukan karena pada saat pengkajian ayah pasien mengatakan sudah mengerti tentang penyakit yang dialami oleh anaknya.

Faktor pendukung dalam melakukan pelaksanaan keperawatan yaitu orang tua yang kooperatif dan kerja sama antara penulis dan perawat ruangan, sehingga apa yang direncanakan oleh penulis dapat dilakukan dan dapat tercapai. Faktor penghambat dalam melakukan pelaksanaan keperawatan, yaitu adanya keterbatasan waktu yang dimiliki oleh penulis dalam melakukan pelaksanaan keperawatan dan kurangnya data data yang menunjang dari pemeriksaan, terapi obat yang ada pada rekam medis. Solusi untuk mengatasi hambatan tersebut penulis bekerja sama dengan perawat ruangan shift sore dan malam agar mendapatkan data yang akurat serta dapat melihat perkembangan pada pasien selama dirawat di rumah sakit.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dibuat dan dilakukan setiap hari dengan tujuan yang telah dibuat berpacu pada tujuan dan kriteria hasil yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan. Evaluasi keperawatan pada kasus tidak semua diagnosa tercapai dalam waktu yang ditargetkan oleh penulis. Untuk evaluasi diagnosa pertama yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan

penurunan konsentrasi hemoglobin. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah belum teratasi ditandai dengan hasil laboratorium menunjukkan kadar hemoglobin masih dibawah normal yaitu 10,5 g/dl. Untuk diagnosa kedua yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan faktor penyakit keengganan untuk makan, setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi ditandai dengan ayah pasien mengatakan anaknya sudah mampu menghabiskan 1 porsi makan. Lalu untuk diagnosa ketiga intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi ditandai dengan ayah pasien mengatakan anaknya sudah bisa bangun dari tempat tidur, pasien sudah bisa duduk sendiri.

Faktor pendukung dalam evaluasi keperawatan yaitu orang tua pasien yang kooperatif untuk memberikan informasi perkembangan kesehatan anaknya dan perawat ruangan yang bekerja sama dengan penulis. Faktor penghambat dalam evaluasi keperawatan yaitu tidak semua masalah pada pasien dapat teratasi dalam waktu yang telah ditentukan oleh penulis. Untuk planning selanjutnya semua intervensi keperawatan dan implementasi keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan, tidak semua tanda dan gejala pada teori terdapat pada kasus. Pada kasus penyebab anemia adalah pasien mengalami kekurangan zat besi. Pada data yang didapatkan saat pengkajian adalah pasien mengatakan badan terasa lemas, pusing, tidak nafsu makan dengan hasil laboratorium hemoglobin: 9,8 g/dl. Diagnosa keperawatan yang dirumuskan pada kasus dan diurutkan berdasarkan prioritas masalah ada empat diagnosa keperawatan yang diangkat yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, defisit nutrisi berhubungan dengan kelemahan dan ansietas berhubungan dengan hospitalisasi. Dalam teori diagnosa keperawatan tersebut yang terdapat pada kasus hanya terdapat tiga diagnosa.

Perencanaan keperawatan dengan prioritas masalah yang dirumuskan pada pasien adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yang didukung oleh hasil laboratorium hemoglobin: 9,8 (13,5 – 18,0) dan pasien mengatakan badan terasa lemas, pusing, cepat lelah dan tidak nafsu makan. Tujuan dan kriteria hasil ditetapkan selama 3x24 jam. Perencanaan tindakan prioritas untuk pasien dengan anemia adalah monitor capillary refill, monitor warna kulit, warna bibir, konjungtiva, dan monitor hasil laboratorium darah lengkap serta status besi, monitor tanda tanda vital, kaji asupan makan pasien.

Pelaksanaan tindakan keperawatan dapat dilakukan dengan baik secara mandiri maupun bersama tim keperawatan, untuk pelaksanaan tindakan keperawatan selanjutnya pada shift selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan.

Evaluasi keperawatan dilakukan diakhir proses pelaksanaan. Evaluasi tersebut didapatkan dari perbandingan antara kriteria hasil dengan respon pasien yang didapatkan dari hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi pada diagnosa keperawatan prioritas perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi

hemoglobin, diharapkan perfusi jaringan perifer kembali efektif. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah belum teratasi dan tujuan belum tercapai, ditandai dengan pasien mengatakan badannya masih terasa lemas, CRT >3 detik, warna bibir dan kulit masih pucat, hemoglobin 10,5*. Evaluasi pada diagnosa kedua yaitu defisit nutrisi berhubungan dengan faktor penyakit keengganan untuk makan diharapkan kebutuhan nutrisi kembali adekuat. Setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi dan tujuan tercapai, ditandai dengan ayah pasien mengatakan anaknya sudah mampu menghabiskan 1 porsi makan. Evaluasi pada diagnosa ketiga yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan diharapkan kemudahan untuk beraktivitas sehari-hari meningkat, setelah dilakukan tindakan 3x24 jam perawatan masalah teratasi tujuan tercapai, ditandai dengan ayah pasien mengatakan anaknya sudah bisa bangun dari tempat tidur dan sudah bisa duduk sendiri.

B. Saran

Saran yang ingin disampaikan penulis untuk mengingatkan mutu asuhan pelayanan dari asuhan keperawatan, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Anemia* yaitu kepada:

1. Bagi Perawat

Diharapkan perawat mampu memberi terapi bermain kepada pasien anak yang mengalami hospitalisasi, agar anak mampu menjalani perawatan selama dirumah sakit secara maksimal dan mencegah agar anak tidak bosan selama menjalani perawatan di ruangan. Diharapkan dapat memberikan pelayanan yang maksimal agar dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang baik dan berkualitas terutama pada pasien anak.

2. Bagi Penulis

Diharapkan agar penulis lebih banyak membaca literatur untuk menambah wawasan yang luas agar dapat meningkatkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien anak dengan *Anemia* mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi serta dan meningkatkan lagi cara berkomunikasi yang baik pada anak-anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Sulisty, W. H. (2010). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Hematologi* (R. Anggraini (ed.)). Salemba Medika.
- Arifin, S. U. (2020). *Hubungan Asupan Gizi Dengan Kejadia Anemia Pada Anak Sekolah* (pp. 1-2 Vol. 1 No.1). Universitas SAM Ratulangi Manado.
- Ernawati, F. (2018). *Anemia Anak* (Cetakan 1). IPB Press.
- Maria Salam, A. D. (2010). Anemia Defisiensi Besi. *Sari Pediatri*, Vol.4(2), 73–76.
- Naigamwalla, D. (2015). Anemia Defisiensi Besi. *The Canadian Veterinary Journal*, 53(12), 250–256.
- Ni Ketut Mendri, A. P. (2018). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit Resiko Tinggi* (Cetakan 1). Pustaka Baru Press.
- Nirmala. (2012). *Gizi pada Anak Sekolah*. Kompas Media Nusantara.
- Nurbadriyah, W. D. (2019). *Anemia Defisiensi Besi* (A. D. Nabila (ed.); 1st ed.). CV Budi Utama.
- Nurlaila. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Leutikaprio.
- Setyanigrum, K. (2017). *Teori dan Konsep Keperawatan Pediatrik*. Trans Info Media.
- Sulistiana. (2020). *Pencegahan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Syiah Kuala University Press.
- Susilaningrum. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Salemba Medika.
- WHO. (2013). *No Title*.
- Windiastuti, E. (2017). *Anemia Pada Anak dan Bayi* (Cetakan

1). Badan Penerbit IDAI.

Yulianingsih. (2015). *Konsep Dasar Keperawatan*. Trans Info Media.

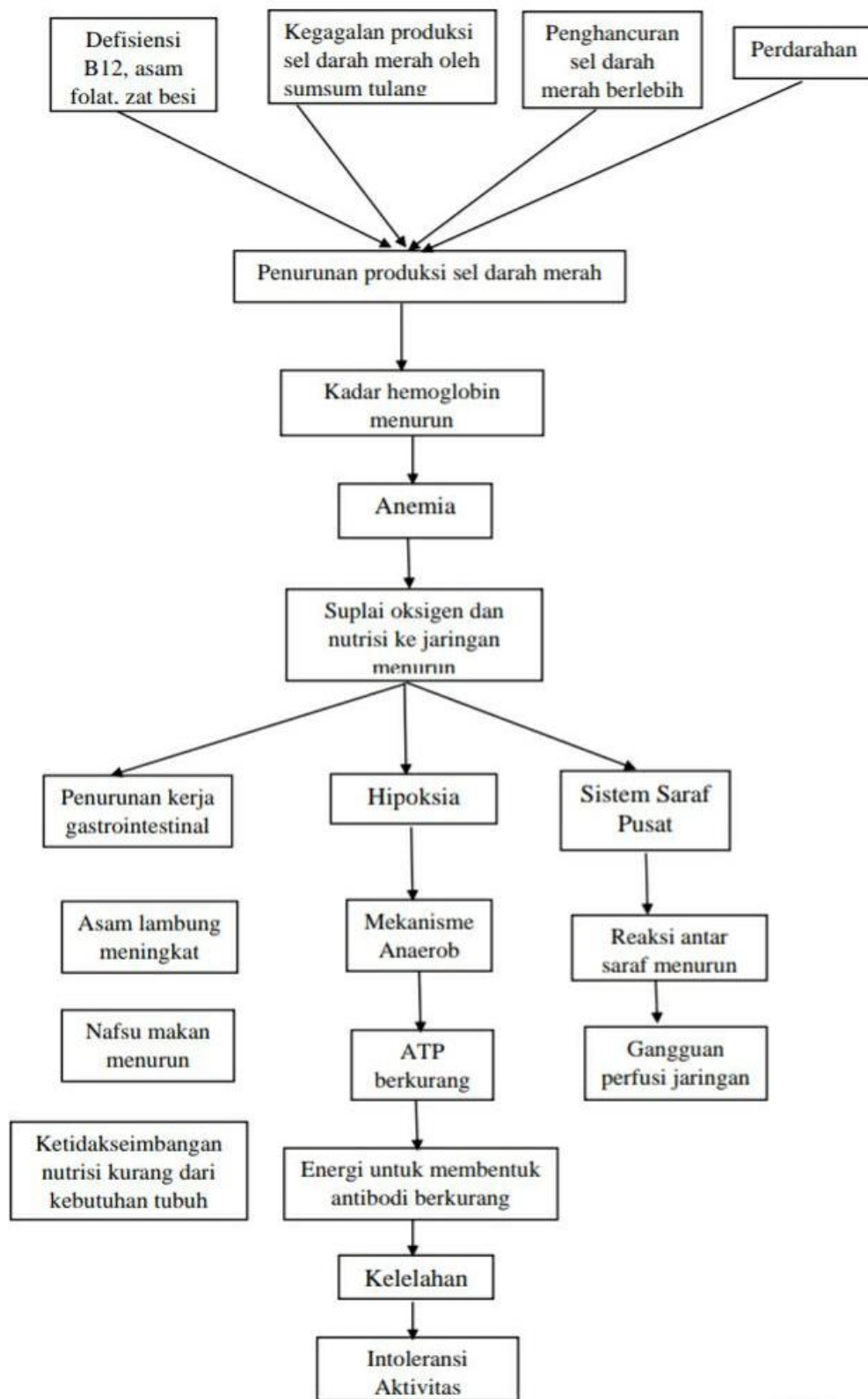
Yuliasati, A. A. (2016). *Modul Bahan Ajar Keperawatan Anak* (Sumartono (ed.); 1st ed.). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2007. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2007*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Lampiran 1: Patoflowdiagram



(Nurbadriyah, 2019)