

**ASUHAN KEPERAWAAN PADA NY.A DENGAN GANGGUAN SISTEM
HEMATOLOGI: ANEMIA DEFISIENSI BESI DI RUANG AGATE ATAS
UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Program
Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa husada Garut

Disusun Oleh :
ACEP IYANG ZAKIAH DARAJAT
KHGA23092



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN
INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
2026**

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI

**JUDUL KTI : ASUHAN KEPERAWAAN PADA NY.A DENGAN GANGGUAN
SISTEM HEMATOLOGI : ANEMIA DEFISIENSI BESI DI RUANG
AGATE ATAS UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT**
PENYUSUN : ACEP IYANG ZAKIAH DARAJAT
NIM : KHGA23092

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Tersebut Sudah Melaksanakan Sidang Dan Perbaikan
Karya Tulis Ilmiah

Garut, Juli 2026
Menyetujui,

Penelaah I



H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

Penelaah II



Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,

Ketua Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut



Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

Mengesahkan,
Pembimbing



Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWAAN PADA NY.A DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI : ANEMIA DEFISIENSI BESI DI RUANG AGATE ATAS UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT

Disusun Oleh :
ACEP IYANG ZAKIAH DARAJAT
KHGA23092

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Disidangkan Dihadapkan Tim Punguji
Program Studi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Menyetujui,
Pembimbing


Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep.

Tugas Akhir Ini Telah Diterima Dan Disahkan Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk
Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Dan Kebidanan


Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Prodi D III Keperawatan Institut
Kesehatan Karsa Husada Garut


Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A DENGAN GANGGUAN SISTEM HEMATOLOGI : ANEMIA DEFISIENSI BESI DI RUANG AGATE ATAS UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT

Anemia defisiensi besi adalah gangguan ivlas a ivlas anivaniv akibat penurunan suplai oksigen ke jaringan yang membutuhkan penanganan komprehensif. Tujuan penulisan karya ilmiah ini adalah untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD dr. Selamat, Garut. Metode yang digunakan adalah studi kasus deskriptif melalui pendekatan proses keperawatan. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Hasil pengkajian didapatkan pasien mengeluh lemas, pusing, dan mual. Secara objektif, konjungtiva tampak anemis, akral dingin, Capillary Refill Time (CRT) > 3 detik, dan kadar hemoglobin (Hb) awal 8,0 g/dL. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan meliputi perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas, dan nausea. Intervensi dan implementasi difokuskan pada perawatan sirkulasi, manajemen energi, manajemen mual, kolaborasi ivlas aniva darah, serta edukasi diet tinggi zat besi. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama enam hari (08–13 Mei 2026), evaluasi menunjukkan seluruh masalah teratasi. Hal ini dibuktikan dengan keluhan lemas dan mual menghilang, CRT < 2 detik, serta kadar Hb meningkat menjadi 13,2 g/dL. Kesimpulannya, asuhan keperawatan sistematis efektif memulihkan kondisi pasien. Pasien direkomendasikan untuk rutin mematuhi diet nutrisi penambah darah secara mandiri.

Kata Kunci : anemia defisiensi besi, asuhan keperawatan, perfusi perifer studi kasus.

Daftar Pustaka: 29 Buah (2017-2025)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah Subhanahu wa ta 'ala Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan tugas penyusunan karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Gangguan Sistem Hematologi: Anemia Defisiensi Besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD dr. Slamet Garut". Sholawat beserta salam senantiasa tercurahkan kepada Nabi Muhammad Shallallahu 'alaihi wasallam, beserta segenap keluarganya dan sahabatnya yang setia hingga akhir zaman.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dimaksudkan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan vlas anvan Program Studi DIII Keperawatan di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menyadari bahwa ia sepenuhnya tidak terlepas dari segala dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu dalam kesempatan ini, penulis mengucapkan rasa terimakasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A., yang menjabat sebagai Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si., yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, M.Kep. selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Dekan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Eva Daniati, S.Kep., Ners., M.Pd., selaku ketua Program Studi DIII Keperawatan Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
6. Ibu Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku dosen pembimbing yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingannya dengan penuh tanggung jawab, sehingga penulis mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Penguji I dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
8. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Penguji 2 dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang telah memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis.
9. Seluruh staf dosen Institut Kesehatan Karsa Husada Garut, terutama Program Studi DIII Keperawatan, yang telah memberi ilmu pengetahuan dan keterampilan yang bermanfaat serta motivasi selama penulis mengikuti vilas anvian.
10. Seluruh staf dan karyawan tata usaha dan perpustakaan yang telah memberi bantuan dalam penyediaan buku sumber.
11. Seluruh staf dan CI klinik ruangan Agate Atas di Rumah sakit Dr. Slamet Garut yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama penulis melakukan asuhan keperawatan
12. Ny.A dan keluarga selaku klien sudah sangat kooperatif sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
13. Ayahanda, ibunda dan keluarga tercinta yang telah memberikan banyak sekali doa, perhatian serta dukungan moral maupun material. Yang selalu menjadi support system serta menjadi vilas an utama bagi penulis dalam menyelesaikan perkuliahan hingga tahap akhir pembuatan karya tulis ilmiah ini.
14. Kepada diri sendiri, yaitu Acep Iyang, yang sudah bisa bertahan sejauh ini dan terus melanjutkan penulisan karya tulis ilmiah sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Penulis menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata, penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis maupun pembaca.

Garut, Juli 2026

Acep Iyang Z D

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN KTI.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Metode Penulisan	4
D. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Konsep Anemia.....	6
1. Definisi Anemia	6
2. Klasifikasi Anemia.....	7
3. Etiologi Anemia	9
4. Patofisiologi Anemia.....	10
5. Pathway Anemia	11
6. Manifestasi Klinis Anemia	12
7. Pemeriksaan Penunjang Anemia	12
8. Komplikasi Anemia	12
9. Penatalaksanaan Anemia	13
B. Konsep Asuhan Keperawatan.....	14
1. Pengkajian	14
2. Diagnosa Keperawatan	20
3. Intervensi Keperawatan	23
4. Implementasi Keperawatan	32
5. Evaluasi Keperawatan.....	32
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	34
A. Tinjauan Kasus	34
1. Pengkajian	34
2. Analisis Data	39
3. Diagnosa Keperawatan	41
4. Intervensi Keperawatan	41
5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	49
6. Catatan Perkembangan.....	52
B. Pembahasan.....	59
1. Pengkajian Keperawatan.....	59
2. Diagnosa Keperawatan	60

3. Intervensi Keperawatan	61
4. Implementasi Keperawatan	62
5. Evaluasi Keperawatan.....	62
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	64
A. Kesimpulan	64
B. Rekomendasi	65
DAFTAR PUSTAKA	67
<u>LAMPIRAN</u>	

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Konsentrasi Hemoglobin (g/dL) untuk Diagnosa Anemia.....	7
Tabel 2. 2 Diagnosa Keperawatan Pada Anemia.....	21
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan.....	23
Tabel 3. 1 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	35
Tabel 3. 2 Hasil Laboratorium.....	39
Tabel 3. 3 Terapi Obat	39
Tabel 3. 4 Analisa Data.....	39
Tabel 3. 5 Intervensi keperawatan.....	41
Tabel 3. 6 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan	49
Tabel 3. 7 Catatan Perkembangan	52

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway Anemia.....	11
--------------------------------	----

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anemia terjadi ketika jumlah sel darah merah dalam tubuh menurun di bawah normal. Kurangnya sel darah merah membuat pengidap anemia tampak pucat, lelah, dan lemah. Kondisi berkurangnya produksi sel darah merah ini disebabkan oleh kekurangan nutrisi, Fe, B12, atau folat karena diet yang buruk, malabsorpsi, atau kehilangan darah (defisiensi Fe), serta kelainan sumsum tulang (Oehadian, 2018). Anemia atau kekurangan zat besi dapat menimbulkan gangguan atau hambatan pada pertumbuhan, baik pada sel tubuh maupun pada sel otak. Akibatnya, kondisi ini dapat menurunkan prestasi belajar, olahraga, dan produktivitas kerja. Selain itu, anemia juga akan menurunkan daya tahan tubuh dan mengakibatkan seseorang mudah terkena infeksi (Fitriany & Saputri, 2018).

Secara umum, terdapat tiga jenis anemia yang diklasifikasikan berdasarkan ukuran sel darah merah, yaitu makrositik, normositik, dan mikrositik. Anemia mikrositik terjadi ketika mean corpuscular volume (MCV) kurang dari 80 femtoliter (fL). Pada kondisi ini, sel darah merah berukuran kecil dan kekurangan hemoglobin. Kelompok inilah yang mengarah kuat pada diagnosa anemia defisiensi besi.

Hingga saat ini, anemia masih termasuk kategori masalah kesehatan yang cukup umum dijumpai dalam masyarakat (Sunarsih, Mariza, & Ulfa, 2024). Umumnya, penderita anemia mengalami berbagai gejala seperti kelelahan yang berlebihan, gangguan fungsi penglihatan, pusing, serta kulit yang tampak pucat (Brahmantya, 2025). Namun demikian, gejala-gejala tersebut sering kali tidak disadari karena bersifat umum dan tidak spesifik, sehingga proses diagnosa kerap mengalami keterlambatan. Anemia secara konsisten lebih tinggi terjadi pada wanita dibandingkan dengan pria. Hal ini terutama disebabkan oleh kehilangan darah selama menstruasi, meningkatnya kebutuhan zat besi selama kehamilan, serta faktor pola konsumsi yang sering kali tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan

mikronutrien tersebut. Wanita usia reproduktif merupakan kelompok berisiko tinggi sehingga upaya pencegahan dan pemenuhan kebutuhan zat besi perlu menjadi prioritas dalam intervensi kesehatan Masyarakat (Kaph et al., 2021). Apabila tidak mendapatkan penanganan yang tepat, anemia pada orang dewasa dapat menimbulkan dampak jangka panjang yang serius, seperti menurunnya daya tahan tubuh dan meningkatnya risiko terhadap penyakit kronis (Handayani et al., 2022).

Tingginya kasus anemia ini juga tercermin pada angka prevalensi di tingkat pelayanan kesehatan. Di UOBK RSUD dr. Slamet Garut pada tahun 2026, tercatat sebanyak 189 orang pasien penderita anemia. Dari jumlah tersebut, pasien didominasi oleh perempuan sebanyak 114 orang dan laki-laki sebanyak 75 orang. Berdasarkan kriteria usia, terdapat 17 pasien berusia kurang dari 2 tahun, 14 pasien berusia 2 sampai 17 tahun, 71 pasien berusia 18 sampai 50 tahun, dan 87 pasien berusia 50 tahun ke atas. Hal ini menunjukkan bahwa anemia pada berbagai jenjang usia masih merupakan masalah kesehatan masyarakat yang nyata (UOBK RSUD Dr. Slamet Garut, 2026).

Berdasarkan kasus yang ditemui di lapangan, pasien dengan diagnosa medis anemia memunculkan masalah keperawatan yang beragam, seperti perfusi perifer tidak efektif, kelelahan, intoleransi aktivitas, dan risiko infeksi. Oleh karena itu, intervensi keperawatan berfokus pada peningkatan oksigenasi jaringan, pemantauan tanda vital, serta pencegahan kelelahan. Pemberian zat besi dalam jumlah yang memadai dapat mendukung proses pembentukan eritrosit dan meredakan gejala anemia. Sumber zat besi hewani meliputi daging, hati, ikan, ayam, dan telur, sementara sumber nabati seperti sayuran hijau, kacang-kacangan, dan produk olahan kedelai seperti tempe juga merupakan alternatif yang baik (Zulfiqui & Suandika, 2022). Perawat berperan penting dalam memberikan edukasi mengenai pola makan kaya zat besi, asam folat, dan vitamin B12 (Zaki, Siregar & Pratama, 2024), serta memastikan kepatuhan pasien terhadap terapi suplemen. Edukasi kepada masyarakat juga sangat penting dilakukan agar mereka

memahami pentingnya pola makan bergizi, mengenali gejala anemia sejak dini, dan rutin melakukan pemeriksaan kesehatan (Widyaningsih, 2022).

Untuk menangani berbagai masalah keperawatan pada pasien anemia, diperlukan pendekatan yang sistematis. Asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian proses keperawatan yang diberikan kepada pasien secara berkesinambungan dengan kiat-kiat keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi untuk memelihara derajat kesehatan yang optimal. Pendekatan ini menjamin kualitas asuhan yang diberikan oleh perawat karena terorganisir dan dilakukan secara terus-menerus, yang meliputi tahapan pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dengan demikian, perawat dapat menerapkan teori-teori dan model-model konseptual yang diperkenalkan oleh para ahli keperawatan di lahan praktik (Hadinata, 2022).

Berdasarkan pemaparan data dan latar belakang di atas, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan pendekatan asuhan keperawatan dengan judul: “Asuhan Keperawatan Pada Ny. A Dengan Gangguan Sistem Hematologi: Anemia Defisiensi Besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD dr. Slamet Garut”

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Tujuan secara umum ditulisnya karya ilmiah ini adalah untuk memperoleh gambaran nyata dalam Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Hematologi : Anemia Defisiensi Besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.
- b. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai SDKI (Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) pada Pasien Dengan Gangguan Sistem

Hematologi : Anemia Defisiensi Besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.

- c. Penulis mampu menetapkan intervensi sesuai dengan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) pada pasien dengan gangguan sistem hematologi: Anemia Defisiensi Besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.
- d. Penulis mampu mengimplementasikan intervensi yang telah tersusun untuk mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi : anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi kemajuan keadaan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.
- f. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh data yang ada dan tindakan yang telah dilakukan pada pasien dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut.

C. Metode Penulisan

Metode penulisan karya ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pada pengumpulan data pada kasus meliputi:

1. Wawancara

Penulis melakukan komunikasi langsung dan melakukan tanya jawab dengan pasien dan keluarga. Perawat juga memberikan informasi yang dibutuhkan penulis.

2. Pemeriksaan Fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara sistematis mulai dari kepala hingga kaki untuk memeriksa keadaan fisik pasien.

3. Dokumentasi atau Catatan Perawat

Yaitu pengumpulan data dengan cara mempelajari status pasien yang bersumber pada catatan dokter dan perawat untuk dijadikan salah satu dasar untuk melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Studi Pustaka

Menggunakan buku-buku literatur yang berkaitan untuk menunjang landasan teoritis.

D. Sistematika Penulisan

Bagian awal memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, lembar pengesahan dan daftar isi. Kemudian pada bagian inti terdiri atas IV BAB, sebagai berikut yaitu :

1. BAB I

PENDAHULUAN yang meliputi latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaah, dan diakhiri dengan sistematika penulisan.

2. BAB II

TINJAUAN PUSTAKA, Bab ini membahas mengenai konsep dasar Anemia serta konsep dasar asuhan keperawatan pada Anemia.

3. BAB III

TINJAUAN KASUS dan pembahasan mengenai laporan kasus proses keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, penetapan intervensi, implementasi, hingga evaluasi serta catatan perkembangan pasien.

4. BAB IV

KESIMPULAN dan REKOMENDASI yang meliputi: Simpulan dari proses keperawatan yang telah dilaksanakan dan rekomendasi beberapa pihak yang bersangkutan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anemia

1. Definisi Anemia

Anemia adalah kondisi medis yang ditandai dengan rendahnya kadar hemoglobin atau jumlah sel darah merah dalam tubuh di bawah nilai normal, sehingga menyebabkan penurunan kemampuan pengangkutan oksigen ke jaringan tubuh dan mengganggu fungsi fisiologis. Ada beberapa penyebab anemia, antara lain kekurangan nutrisi penting seperti zat besi, vitamin B12, serta asam folat, atau kehilangan darah akibat cedera maupun infeksi. Dalam praktik klinis, anemia biasanya diidentifikasi ketika kadar hemoglobin berada di bawah 12 g/dL pada wanita dan kurang dari 13 g/dL pada pria. Tanpa penanganan yang memadai, kondisi ini dapat menimbulkan gejala seperti rasa lelah yang berlebihan, kelemahan fisik, serta penurunan daya tahan tubuh terhadap infeksi (Ulva et al., 2022).

Anemia lebih dikenal masyarakat sebagai penyakit kurang darah, dan penyakit ini rentan dialami pada semua siklus kehidupan (balita, remaja, dewasa, bumil, busui dan manula). Anemia didefinisikan sebagai suatu keadaan di mana konsentrasi hemoglobin (Hb) atau hematokrit berdasarkan nilai ambang batas (referensi) yang disebabkan oleh rendahnya produksi sel darah merah (eritrosit) dan hemoglobin, meningkatnya kerusakan eritrosit (hemolisis), atau kehilangan darah yang berlebihan (Noviyanti, 2022). Anemia merupakan keadaan dimana jumlah eritrosit atau hemoglobin dalam darah berkurang sehingga tidak dapat menjalankan fungsinya dalam membawa O₂ dalam jumlah cukup ke jaringan. Pembagian anemia ini dapat dilihat pada Tabel 2.1 dibawah ini

Tabel 2. 1
Konsentrasi Hemoglobin (g/dL) untuk Diagnosa Anemia

Populasi	Anemia			
	Berat	Sedang	Ringan	Normal
Anak usia 6-59 bulan	<7,0	7,0–9,9	10,0-10,9	≥ 11,0
Anak usia 5-11 tahun	<8,0	8,0–10,9	11,0-11,4	≥ 11,5
Anak usia 12-14 tahun	<8,0	8,0-10,9	11,0-11,9	≥ 12,0
Wanita tidak hamil (usia 15 tahun ke atas)	<8,0	8,0-10,9	11,0-11,9	≥ 12,0
Wanita hamil	<7,0	7,0-9,9	10,0-10,9	≥ 11,0
Pria (usia 15 tahun ke atas)	<8,0	8,0-10,9	11,0-12,9	≥13,0

Sumber: Chaparro dan Suchdev (2019)

2. Klasifikasi Anemia

Menurut Dewi et al. (2022), klasifikasi anemia dapat dibagi menjadi beberapa kategori berdasarkan penyebab, ukuran, dan tingkat keparahannya.

a. Berdasarkan Penyebab

1) Anemia defisiensi besi

Anemia defisiensi besi adalah bentuk anemia yang paling sering ditemukan, disebabkan oleh insufisiensi zat besi dalam tubuh yang mengganggu pembentukan sel darah merah. Pada kondisi ini, ukuran sel darah merah umumnya tetap dalam batas normal (normositik), tetapi pucat karena kurangnya hemoglobin (hipokromik). Untuk mengatasi anemia ini, penanganan utamanya adalah mencukupi kebutuhan zat besi melalui makanan bergizi atau suplemen sesuai dengan anjuran medis.

2) Anemia megaloblastic

Anemia megaloblastik merupakan tipe anemia yang ditandai oleh adanya eritrosit berukuran lebih besar dari ukuran normal (makrositik). Penyebab utama kondisi ini adalah kekurangan asam folat atau vitamin B12, yang bisa terjadi karena malnutrisi, infeksi berkepanjangan, atau masalah dalam proses penyerapan nutrisi. Jika tidak ditangani, kekurangan B12 juga bisa berkembang menjadi anemia pernisiiosa. Penanganannya meliputi

pemberian suplemen asam folat atau vitamin B12 sesuai dengan dosis yang dianjurkan. Pada beberapa kasus juga bisa diberikan zat besi seperti ferrous sulfat. Bila anemia sudah cukup parah, transfusi darah mungkin diperlukan untuk menstabilkan kondisi pasien.

3) Anemia hipoplastik

Anemia hipoplastik, sumsum tulang belakang mengalami gangguan dalam menghasilkan sel darah merah, sehingga tubuh kekurangan eritrosit yang bertugas mengangkut oksigen ke seluruh jaringan. Anemia jenis ini bisa muncul sebagai kondisi sekunder akibat infeksi berat, paparan zat kimia beracun, atau efek radiasi. Namun, pada beberapa kasus, terutama yang primer atau idiopatik, penyebab pastinya masih belum diketahui.

4) Anemia hemolitik

Anemia hemolitik terjadi ketika sel darah merah di dalam tubuh hancur lebih cepat daripada tubuh mampu memproduksi yang baru. Kondisi ini bisa disebabkan oleh faktor dari dalam sel darah merah itu sendiri (intrakorpuskular/intrinsik) maupun dari luar sel (ekstrakorpuskular/ekstrinsik). Gejala yang sering muncul meliputi kelelahan, tubuh terasa lemah, serta hasil pemeriksaan darah yang menunjukkan bentuk sel darah merah yang tidak normal (Kusmiati, 2024).

b. Berdasarkan ukuran sel darah merah

- 1) Mikrositik: ditandai dengan adanya sel darah merah yang berukuran lebih kecil dari normal, akibat tubuh mengalami kekurangan zat besi yang diperlukan untuk produksi hemoglobin.
- 2) Normositik: ditandai dengan adanya sel darah merah yang berukuran standar, yang sering dijumpai pada kasus anemia akibat kehilangan darah secara tiba-tiba maupun penyakit kronis.
- 3) Makrositik: ditandai dengan adanya sel darah merah yang berukuran lebih besar dari normal, sering kali dijumpai pada anemia megaloblastik yang terjadi akibat kekurangan B12 atau asam folat.

c. Berdasarkan Tingkat keparahan

- 1) Anemia ringan: Hb 10-10,9 g/dL
- 2) Anemia sedang: Hb 7-9,9 g/dL
- 3) Anemia berat: Hb < 7 g/dL, butuh penanganan intensif

3. Etiologi Anemia

Menurut Suryani et al. (2021), ada beberapa anemia, tapi yang paling penting untuk dipahami agar pengobatan dan pencegahannya bisa berjalan efektif. Defisiensi nutrisi, terutama zat besi, adalah salah satu penyebab utama anemia. Zat besi memiliki peran krusial dalam proses pembentukan hemoglobin, yaitu bagian dari sel darah merah yang berfungsi mengangkut oksigen ke seluruh jaringan tubuh. Ketika asupan zat besi berkurang, baik dari sumber hewani seperti daging merah maupun dari sumber nabati seperti kacang-kacangan dan sayuran hijau, tubuh akan kesulitan memproduksi sel darah merah yang cukup dan berkualitas. Untuk mengatasi masalah ini, tubuh membutuhkan vitamin B12 dan zat besi. Anemia, yang ditandai dengan lemas, pucat, dan mudah lelah, dapat menimpa seseorang. Selain itu, pasien dengan penyakit infeksi yang berlangsung lama, seperti tuberkulosis (TBC), HIV/AIDS atau kanker, juga sering mengalami anemia. Pada kasus ini, infeksi yang menghambat produksi sel darah merah atau penurunan asupan nutrisi selama sakit dapat menyebabkan anemia. Sebaliknya, perdarahan baik yang disebabkan oleh trauma, perdarahan pascamelahirkan, maupun menstruasi yang berlangsung lama adalah penyebab utama anemia. Secara langsung, kadar hemoglobin dalam tubuh akan menurun jika tubuh kehilangan banyak darah. Anemia hemolitik, kondisi dimana sel darah merah rusak atau hancur lebih cepat daripada pembentukannya. Penderita penyakit tertentu, seperti malaria atau thalassemia, sering mengalami keadaan ini. Selain itu, asupan zat besi dari makanan sehari-hari dapat menyebabkan anemia, terutama jika pola makan tidak seimbang. Kebutuhan zat besi meningkat dalam kondisi tertentu, seperti kehamilan, masa remaja yang mengalami pertumbuhan pesat, atau pada penderita penyakit kronis. Risiko anemia meningkat

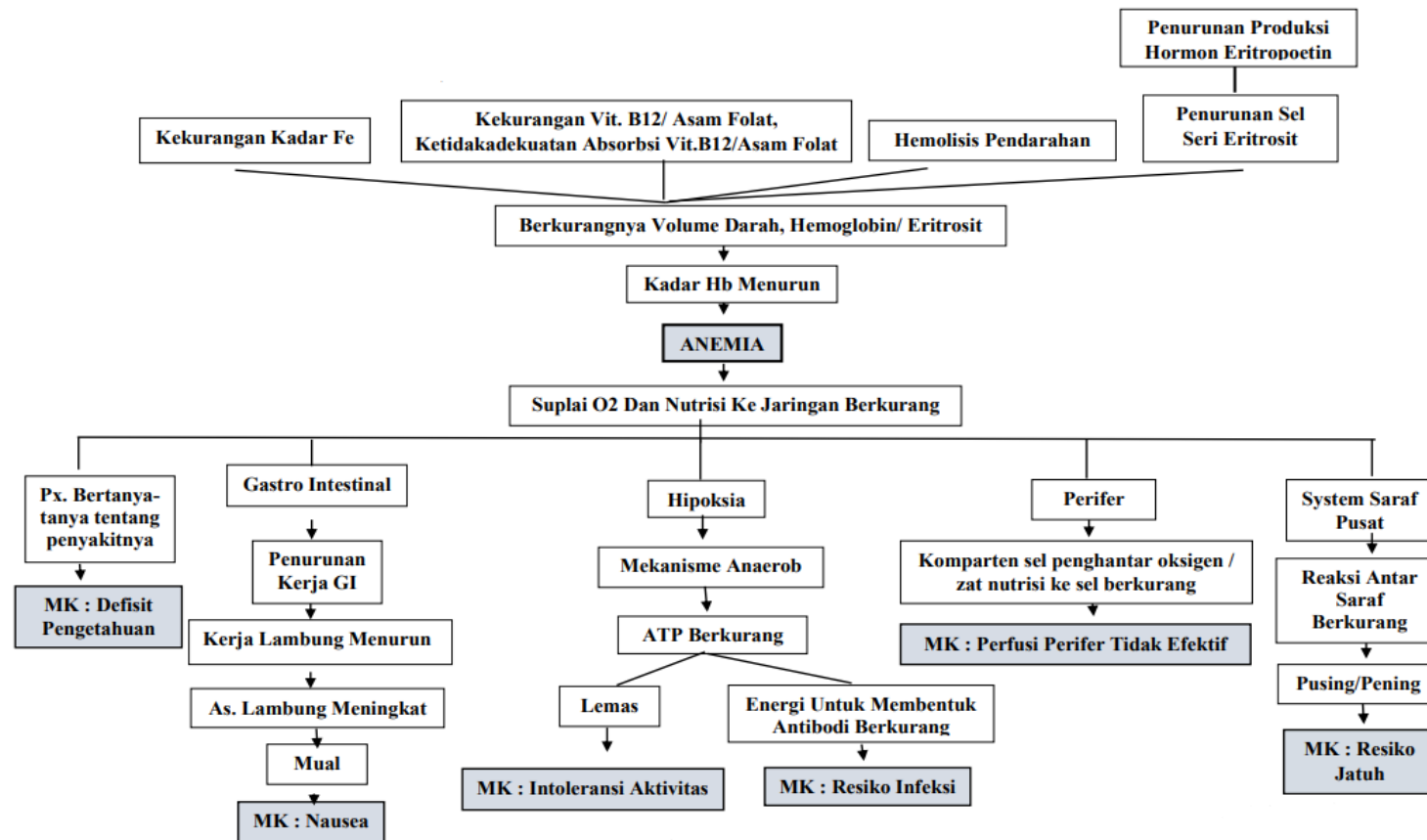
jika kebutuhan ini tidak dipenuhi. Akibatnya, memahami berbagai penyebab anemia merupakan langkah awal penting dalam pencegahan dan pengendalian yang efektif.

4. Patofisiologi Anemia

Berkurangnya cadangan zat besi dan berhentinya produksi sel darah merah adalah gejala awal anemia. Penurunan produksi eritrosit disertai perdarahan menyebabkan cadangan zat besi dalam tubuh berkurang, yang selanjutnya menurunkan jumlah sel darah merah dan kadar hemoglobin. Akibatnya, sistem imun melemah dan membuat tubuh lebih rentan terhadap infeksi. Akhirnya, anemia muncul dengan ciri utama, yaitu kadar hemoglobin yang rendah. Selain itu, berkurangnya aliran darah ke saluran pencernaan juga dapat menyebabkan hilangnya nafsu makan dan masalah dalam penyerapan nutrisi. Dengan resistensi darah yang menurun, tubuh mengompensasi kekurangan oksigen otak akibat daya angkut hemoglobin yang rendah. Akibatnya, orang mengalami kesulitan bernapas dan kadang-kadang sesak napas sebagai kompensasi untuk mendapatkan lebih banyak oksigen melalui pernapasan yang dipercepat. Gejala lain yang sering muncul antara lain jantung berdebar (palpitasi), denyut nadi yang cepat, rasa lelah, sakit kepala, pusing, serta wajah, telapak tangan, kuku dan bagian dalam mulut yang tampak pucat (Ningrum et al., 2022).

5. Pathway Anemia

Bagan 2. 1
Pathway Anemia



(Sumber: (Davay, 2022))

6. Manifestasi Klinis Anemia

Menurut Ulva et al., (2022) tanda-tanda anemia biasanya meliputi:

- a. Perasaan lesu, lemah, mudah lelah dan terasa lunglai.
- b. Sering merasa pusing atau mata seperti berkunang-kunang.
- c. Kulit dan bagian tubuh tertentu seperti kelopak mata, bibir, lidah serta telapak tangan terlihat pucat.
- d. Nafsu makan yang menurun.
- e. Mudah sesak napas saat beraktivitas.
- f. Mengalami keluhan seperti demam dan nyeri pada tubuh.
- g. Riwayat perdarahan yang berulang atau berkepanjangan

7. Pemeriksaan Penunjang Anemia

Menurut Saad et al., (2025), pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk penyakit anemia ini adalah:

- a. Kadar Hb, hematokrit, indeks sel darah merah, penelitian sel darah putih, kadar Fe, pengukuran kapasitas ikatan besi, kadar folat, vitamin B12, hitung trombosit, waktu perdarahan, waktu protrombin, dan waktu tromboplastin parsial.
- b. Aspirasi dan biopsi sumsum tulang. Unsaturated iron-binding capacity in serum
- c. Pemeriksaan diagnostik untuk menentukan adanya penyakit akut dan kronis serta sumber kehilangan darah kronis.

8. Komplikasi Anemia

Komplikasi pada anemia menurut Suprpto (2022):

- a. Gagal jantung,
- b. Angina pectoris,
- c. Kondisi kelebihan zat besi dalam tubuh,
- d. Perdarahan yang bisa menyebabkan jumlah darah menurun
- e. Infeksi yang menyerang tubuh
- f. Risiko kematian akibat infeksi dan perdarahan yang menyebar dan merusak organ atau sel tubuh lainnya

9. Penatalaksanaan Anemia

Menurut Ulva et al., (2022) beberapa penatalaksanaan anemia yaitu:

- a. Anemia aplastic :
 - 1) Transplantasi sumsum tulang,
 - 2) Memberikan terapi yang mengurangi fungsi sistem kekebalan dengan menggunakan globulin antitimosit (ATG).
- b. Anemia pada penyakit ginjal :
 - 1) Pemberian zat besi dan asam folat penting diberikan kepada pasien yang menjalani dialysis.
 - 2) Ketersediaan eritropoietin rekombinan.
- c. Anemia akibat penyakit kronis
 - 1) Anemia jenis ini sering tidak menimbulkan gejala yang jelas, namun tetap membutuhkan penanganan khusus. Dalam kondisi ini, zat besi di sumsum tulang dimanfaatkan untuk membantu pembentukan sel darah merah, sehingga kadar hemoglobin (Hb) dapat meningkat secara perlahan.
- d. Anemia pada defisiensi besi
 - 1) Penanganannya dilakukan dengan pemberian suplemen zat besi.
- e. Anemia megaloblastik
 - 1) Defisiensi vitamin B12 dapat diobati dengan injeksi vitamin B12.
 - 2) Pasien perlu mengonsumsi vitamin B12 seumur hidup untuk mencegah anemia tumbuh kembali.
- f. Pengobatan anemia akibat kekurangan asam folat

Penanganan dilakukan dengan mengatur pola makan yang kaya akan asam folat dan menambahkan suplemen asam folat sebanyak 1 mg/hari. Pada pasien yang mengalami gangguan penyerapan di saluran pencernaan, asam folat biasanya diberikan melalui suntikan (injeksi intramuskular) agar bisa diserap tubuh lebih efektif.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan didefinisikan sebagai proses sistematis dalam mengumpulkan, memverifikasi, dan mengomunikasikan data tentang kondisi kesehatan klien. Data yang diperoleh digunakan untuk mengidentifikasi respons klien terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial (Wiseman et al., 2023) (Herdman & Kamitsuru, 2021).

Pengkajian dilakukan secara berkesinambungan sejak klien pertama kali berinteraksi dengan sistem pelayanan kesehatan hingga klien menyelesaikan perawatan. Oleh karena itu, pengkajian keperawatan bersifat dinamis dan dapat berubah sesuai dengan kondisi klinis klien (Tiranda & Ginanjar, 2025).

a. Wawancara

1) Identitas Pasien

Pengkajian identitas pasien mencakup nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, status perkawinan, dan kontak darurat. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pasien dan mengelola administrasi klinis.

2) Status Kesehatan

a) Keluhan utama

Mencakup gejala atau masalah kesehatan utama yang dirasakan pasien saat ini. Ini menjadi fokus utama pengkajian dan perencanaan intervensi keperawatan. Pada kasus anemia, pasien umumnya mengeluhkan kondisi tubuh yang terasa lemah, wajah tampak pucat, cepat lelah, dan sering merasa pusing. Keluhan-keluhan ini sering kali membuat aktivitas sehari-hari terasa lebih berat dari biasanya.

b) Riwayat Kesehatan sekarang

Mencakup detail mengenai penyakit atau keluhan yang sedang dialami pasien, termasuk onset, durasi, frekuensi, tingkat keparahan, faktor yang memperburuk atau meringankan gejala, dan pengobatan yang sudah dicoba. Pasien anemia umumnya sering pucat, kelelahan,

dan mengalami dispnea atau sesak napas. Gejala anemia dapat berubah menjadi kondisi yang lebih serius, seperti rasa gelisah, keringat dingin (diaforesis), detak jantung yang cepat (takikardia), dan penurunan kesadaran.

c) Riwayat Kesehatan dahulu

Mencakup informasi mengenai penyakit atau kondisi kesehatan yang pernah dialami pasien sebelumnya, termasuk rawat inap atau operasi, untuk memahami pola kesehatan dan risiko komplikasi. Khususnya yang berkaitan dan bisa memengaruhi status kesehatan saat ini. Apakah memiliki riwayat anemia sebelumnya, trauma perdarahan, atau demam tinggi?

d) Riwayat Kesehatan keluarga

Mencakup penyakit atau kondisi medis yang dialami anggota keluarga yang dapat menunjukkan predisposisi genetik atau risiko kesehatan tertentu.

3) Pola aktivitas sehari-hari

a) Pola nutrisi dan metabolisme

Pola nutrisi dan metabolisme berfokus pada asupan makanan dan cairan serta kemampuan tubuh dalam memanfaatkan nutrisi tersebut. Pengkajian mencakup pola makan harian, perubahan berat badan, nafsu makan, kondisi kulit, dan status hidrasi. Pengkajian fisik meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh, pemeriksaan turgor kulit, membran mukosa, serta kondisi rambut dan kuku. Temuan ini memberikan gambaran status nutrisi dan metabolik pasien yang sangat berpengaruh terhadap proses penyembuhan.

b) Pola eliminasi

Pola eliminasi mencakup fungsi ekskresi urin, feses, dan keringat. Pengkajian diarahkan pada frekuensi, jumlah, karakteristik eliminasi,

serta adanya perubahan atau keluhan seperti konstipasi, diare, atau disuria. Pengkajian fisik dapat dilakukan melalui inspeksi abdomen, auskultasi bising usus, serta palpasi bila diperlukan. Data eliminasi menjadi indikator penting dari fungsi sistem gastrointestinal dan urinaria.

c) Pola istirahat dan tidur

Pola tidur dan istirahat menggambarkan kualitas, kuantitas, dan pola tidur individu. Gangguan tidur dapat berdampak signifikan terhadap fungsi fisik dan psikologis. Pengkajian fisik dilakukan dengan mengobservasi tanda-tanda kelelahan, lingkaran hitam di bawah mata, serta respons pasien terhadap kurang tidur. Informasi ini penting untuk merencanakan intervensi keperawatan yang mendukung istirahat yang optimal.

d) Pola aktivitas

Pola ini menilai kemampuan individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta toleransi terhadap latihan. Pengkajian meliputi tingkat kemandirian, pola aktivitas, kelelahan, serta respons fisiologis terhadap aktivitas. Pengkajian fisik mencakup pemeriksaan sistem muskuloskeletal dan kardiovaskular, seperti kekuatan otot, rentang gerak, denyut nadi, tekanan darah, dan frekuensi napas sebelum dan sesudah aktivitas.

b. Pemeriksaan fisik

Penilaian fisik merupakan keterampilan keperawatan yang mendasar namun sangat penting. Kemampuan untuk menilai kondisi pasien saat ini membantu mengidentifikasi perubahan awal. Pengetahuan mengenai status klinis pasien serta perilaku biasanya diperoleh melalui penilaian fisik menyeluruh (dari kepala hingga kaki) dan sangat memengaruhi kemampuan perawat untuk mengenali perubahan halus dalam kondisi pasien. Pengenalan dini terhadap kerusakan sebelum munculnya tanda-tanda fisiologis yang jelas,

seperti perubahan tanda vital, sangat penting mengingat hubungan antara kerusakan pasien yang tidak terdeteksi dan kejadian buruk yang serius (Şanlıalp Zeyrek & Fidan, 2025). Pemeriksaan fisik merupakan komponen esensial dalam pengkajian keperawatan komprehensif, yang bertujuan memperoleh data objektif mengenai status kesehatan pasien. Pemeriksaan dilakukan secara sistematis menggunakan teknik inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Keempat teknik ini digunakan secara berurutan dan saling melengkapi untuk mendapatkan gambaran menyeluruh mengenai struktur dan fungsi tubuh pasien (Raurell-Torredà et al., 2025; Şanlıalp Zeyrek & Fidan, 2025).

- 1) Keadaan umum: umumnya lemah, lesu, lelah, letih
- 2) Tingkat kesadaran : Composmentis
- 3) Pemeriksaan fisik

- a) Kepala

I: Perhatikan bentuk kepala, rambut dan wajah. Biasanya wajah tampak pucat dan lesu akibat kekurangan nutrisi yang dibutuhkan.

P: Periksa suhu kulit kepala dan ada nyeri tekan atau tidak.

P: sinus frontal/maksilaris jika dicurigai nyeri atau infeksi.

A: murmur atau turbulensi pada arteri karotis jika anemia berat.

- b) Mata

I: Periksa konjungtiva bawah pada anemia biasanya tampak pucat, amati sklera (apakah normal atau ikterik) dan kelopak mata (pucat atau edema). Periksa adanya perubahan pada kornea atau iris yang bisa mengindikasikan kekurangan nutrisi tertentu.

P: Tekan perlahan orbita dan kelopak mata untuk menilai nyeri atau edema. Periksa tekanan intraokular ringan jika diperlukan (lebih relevan pada kondisi komplikasi anemia).

P: Pada mata, perkusi jarang dilakukan; biasanya tidak diperlukan untuk pemeriksaan anemia kecuali untuk menilai sinus yang berdekatan (frontal).

A: Auskultasi langsung pada mata tidak dilakukan. Pada anemia berat, murmur lebih terdengar pada jantung atau arteri besar, bukan pada mata.

c) Mulut

I: amati pucat pada mukosa mulut, lidah, dan faring. Periksa lidah: permukaan licin atau atrofi bisa menandakan defisiensi zat besi atau vitamin B12. Periksa gusi pucat, mudah berdarah, atau inflamasi.

P: rasakan lidah dan mukosa untuk nyeri, pembesaran kelenjar submandibula atau tonsil. Periksa suhu dan kelembutan jaringan di sekitar mulut.

P: Jarang dilakukan, hanya untuk sinus maksilaris bila perlu.

d) Telinga

I: Amati warna kulit telinga pucat dapat menjadi tanda anemia. Periksa telinga luar dan liang telinga untuk lesi, inflamasi, atau tanda infeksi.

P: raba telinga luar dan area mastoid untuk nyeri, edema, atau pembesaran.

P: jarang dilakukan, hanya bila dicurigai masalah mastoid.

Hidung

I: Amati warna kulit dan mukosa hidung; pucat dapat menandakan anemia. Periksa adanya lesi, perdarahan (epistaksis), atau pembengkakan.

P: Raba jembatan dan alas hidung untuk nyeri atau edema. Periksa sinus maksilaris dan frontal untuk nyeri tekan ringan.

P: perkusi ringan pada sinus frontal dan maksilaris jika dicurigai nyeri atau infeksi sinus.

e) Leher

I: Amati warna kulit leher (pucat) dan adanya pembengkakan atau perubahan bentuk. Periksa vena jugularis untuk distensi.

P: Raba kelenjar getah bening servikal, kelenjar tiroid, dan otot leher untuk pembesaran, nyeri, atau massa.

P: Perkusi leher jarang dilakukan, kecuali untuk evaluasi struktur sinus tertentu atau jika dicurigai massa di belakang leher.

A: Dengarkan arteri karotis untuk murmur atau turbulensi aliran darah yang dapat muncul pada anemia berat.

f) Thorax

(1) Paru-paru

I: Perhatikan gerakan dinding dada saat bernapas. Apakah pasien mengalami pernapasan cepat (takipnea), kesulitan bernapas saat berbaring (orthopnea), sesak napas (dyspnea), napas pendek, serta rasa lelah yang cepat muncul saat bergerak?

P: taktil premitus simetris

P: Dengarkan bunyi napas vesikuler yang normal, serta perhatikan adanya bunyi napas tambahan lain yang mungkin muncul.

A: sonor

(2) Jantung

I: Jantung yang berdebar-debar, detak jantung yang cepat (takikardia), dan bunyi bising pada jantung bisa menandakan bahwa jantung bekerja lebih keras dan menghasilkan curah jantung yang lebih tinggi dari biasanya.

P: massa tidak teraba

P: pekak

A: murmur sistolik dari jantung

(3) Abdomen

I: kondisi kulit, warna, elastisitas, kering, lembap serta ukuran perut yang besar dan rata atau menonjol.

P: Suara perut yang terdengar biasanya timpani.

P: dinding perut terasa elastis

A: Selama perdarahan, dilatasi bunyi usus sering menjadi hiperaktif dan hipoaktif.

g) Genetalia

Normal/abnormal

h) Integument

Kulit tampak pucat atau kebiruan (sianosis), terasa dingin saat disentuh, terdapat bintik-bintik perdarahan di bawah kulit serta kulit terasa lemah atau kurang elastis.

i) Ekstremitas atas dan bawah

I: amati warna kulit dan kuku (pucat), adanya lesi, edema, atau perubahan bentuk kuku (misal spoon nails pada defisiensi besi). Periksa otot untuk atrofi atau kelemahan.

P: raba suhu, kelembutan, dan edema ekstremitas. Periksa nadi perifer untuk kekuatan dan simetri.

P: Jarang dilakukan pada ekstremitas; bisa untuk menilai nyeri pada tulang jika dicurigai anemia kronis berat atau komplikasi.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap suatu masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien, individu, keluarga, atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Dengan demikian masalah keperawatan yang muncul pada Anemia dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, di antaranya yaitu :

Tabel 2. 2
Diagnosa Keperawatan Pada Anemia

No	Diagnosa	Penyebab	Tanda dan Gejala Mayor dan Minor
1.	Perpusi perifer tidak efektif (D.0009)	Penyebab : 1. Hiperglikemia 2. Penurunan konsentrasi hemoglobin 3. Peningkatan tekanan darah 4. Kekurangan volume cairan 5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena 6. Kurangnya paparan informasi tentang faktor pemberat (mis. merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, imobilitas) 7. Kurangnya paparan informasi tentang proses penyakit (mis. diabetes melitus, hiperlipidemia) 8. Kurang aktivitas fisik.	Tanda Dan Gejala Mayor: Subjektif (tidak tersedia) Objektif 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Akral teraba dingin 4. Warna kulit pucat 5. Turgor kulit menurun Tanda Dan Gejala Minor: Subjektif 1. Parastesia 2. Nyeri ekstremitas Objektif 1. Edema 2. Penyembuhan luka lambat 3. Indeks ankle – brachial <0,90 4. Bruit femoral
2.	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Penyebab: 1. Ketidak seimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2. Tirah baring 3. Kelemahan 4. Imobilitas 5. Gaya hidup monoton	Tanda Dan Gejala Mayor: Subjektif 1. Mengeluh Lelah Objektif 1. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat Tanda Dan Gejala Minor: Subjektif 1. Dispnea saat/setelah aktivitas 2. Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3. Merasa lemah Objektif 1. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2. Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3. EKG menunjukkan iskemia 4. Sianosis

No	Diagnosa	Penyebab	Tanda dan Gejala Mayor dan Minor
3.	Nausea (D.0076)	Penyebab: 1. Gangguan biokimiawi (mis: uremia, ketoasidosis diabetic) 2. Gangguan pada esofagus 3. Distensi lambung 4. Iritasi lambung	Tanda Dan Gejala Mayor: Subjektif 1. Mengeluh mual 2. Merasa ingin muntah 3. Tidak berniat makan Objektif (Tidak tersedia) Tanda Dan Gejala Minor: Subjektif 1. Mulut terasa asam. 2. Sensasi panas atau dingin pada tubuh. 3. Peningkatan frekuensi menelan. 4. Nafsu makan menurun atau tidak berminat untuk makan. Objektif 1. Peningkatan produksi air liur (<i>saliva</i>)
4.	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Penyebab: 1. Keterbatasan kognitif 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Kekeliruan mengikuti anjuran 4. Kurang terpapar informasi 5. Kurang minat dalam belajar 6. Kurang mampu mengingat 7. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi	Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: 1. Menanyakan masalah yang dihadapi atau informasi spesifik terkait suatu topik/kondisi. Objektif 1. Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai dengan anjuran medis. 2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah kesehatan atau instruksi. Gejala dan Tanda Minor Subjektif: (Tidak tersedia). Objektif: 1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat. 2. Menunjukkan atau melaporkan gejala baru yang tidak lazim terkait penyakit atau pengobatan.
5.	Risiko Infeksi (D.0142)	Faktor risiko: 1. <i>Malnutrition</i> 2. Ketidakedeuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan hemoglobin	(Tidak tersedia)
6.	Risiko Jatuh (D.0143)	Faktor risiko: 1. Anemia 2. Kekuatan otot menurun	(Tidak tersedia)

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan. Intervensi keperawatan menggunakan pendekatan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Sedangkan buku SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) bertujuan untuk merumuskan tujuan dan kriteria hasil asuhan keperawatan. Adapun intervensi pada pasien anemia menurut (PPNI, 2019) dan (PPNI, 2018) yaitu:

Tabel 2. 3
Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
Perfusi Perifer Tidak Efektif (SDKI D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan perfusi perifer tidak efektif (L.02011) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Kelemahan otot menurun 3. Pengisian kapiler membaik 4. Akral membaik 5. Turgor kulit Membaik 6. Tekanan darah dan tekanan arteri rata-rata membaik	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer Rasional: Menilai keadekuatan aliran darah ke jaringan perifer dan mendeteksi dini adanya iskemia 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Rasional: Mengetahui penyebab dasar (seperti diabetes, merokok, hipertensi) guna menentukan intervensi pencegahan yang tepat. 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Rasional: Mendeteksi tanda-tanda trombosis vena dalam (DVT) atau infeksi lokal yang dapat memperburuk sirkulasi Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Rasional: Mencegah trauma pembuluh darah dan meminimalkan risiko sumbatan atau memperburuk iskemia pada area yang aliran darahnya sudah terganggu 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi Rasional: Penekanan manset dapat menghentikan aliran darah sementara, memicu iskemia jaringan, serta menghasilkan nilai tekanan darah yang tidak akurat

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
		6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera Rasional: Mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut dan menghindari penghentian aliran darah pada area yang sudah mengalami trauma 7. Lakukan pencegahan infeksi Rasional: Jaringan dengan sirkulasi buruk rentan terhadap infeksi karena suplai sel darah putih ke area tersebut berkurang 8. Rawat kaki dan kuku Rasional: Mencegah terjadinya luka kecil/lesi yang sulit sembuh akibat perfusi jaringan yang buruk, yang berisiko menjadi ulkus gangren 9. Lakukan hidrasi Rasional: Menjaga volume darah dan menurunkan viskositas (kekentalan) darah agar aliran sirkulasi tetap lancar Edukasi 10. Anjurkan berhenti merokok Rasional: Nikotin menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah yang memperburuk gangguan sirkulasi 11. Anjurkan berolahraga rutin Rasional: Meningkatkan sirkulasi kolateral, memperbaiki tonus otot, dan merangsang aliran darah ke seluruh tubuh 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar Rasional: Pasien dengan gangguan sirkulasi sering mengalami penurunan sensasi rasa (mati rasa), sehingga berisiko mengalami luka bakar tanpa disadari 13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu Rasional: Mengontrol faktor risiko sistemik untuk mencegah pembentukan plak dan pembekuan darah yang menghambat sirkulasi 14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Rasional: Mempertahankan tekanan darah dalam batas normal guna mencegah kerusakan dinding pembuluh darah lebih lanjut 15. Anjurkan menghindarpenggunaan obat penyekat beta Rasional: Obat penyekat beta (beta-blocker) dapat memicu vasokonstriksi perifer, yang berbahaya bagi pasien dengan penyakit arteri perifer berat

		16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat Rasional: Menjaga kelembapan dan integritas kulit agar tidak kering, pecah-pecah, atau robek yang bisa memicu ulkus 17. Anjurkan program rehabilitasi vascular Rasional: Membantu meningkatkan toleransi aktivitas dan memperbaiki aliran darah perifer melalui latihan terstruktur 18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Rasional: Mengurangi konsumsi lemak jenuh dan garam untuk mencegah aterosklerosis serta penumpukan cairan 19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan Rasional: Agar pasien/keluarga mengenali tanda memburuknya sirkulasi (mis. nyeri hebat mendadak, kulit pucat/dingin) secara cepat untuk penanganan segera Tranfusi Darah (I.02089) Observasi 1. Identifikasi rencana tranfusi Rasional: Memastikan ketepatan indikasi, jenis produk darah, volume, dan waktu pemberian yang sesuai instruksi medis 2. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah tranfusi Rasional: dan deteksi dini adanya komplikasi atau reaksi transfusi (seperti demam atau hipotensi) 3. Monitor tanda-tanda kelebihan cairan Rasional: Mendeteksi komplikasi <i>Transfusion-Associated Circulatory Overload (TACO)</i>, seperti sesak napas, ronkhi, atau peningkatan JVP 4. Monitor reaksi tranfusi Rasional: Mengenali tanda hipersensitivitas, hemolitik, atau anafilaksis (gatal, sesak, menggigil, nyeri punggung) agar dapat ditangani segera Terapeutik 5. Cek double pada label darah Rasional: Mencegah kesalahan fatal pemberian darah (mencocokkan identitas pasien, golongan darah, nomor kantong oleh dua perawat) 6. Pasang akses intravena jika belum terpasang
--	--	--

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
		Rasional: Menyediakan jalur masuknya produk darah ke dalam sirkulasi tubuh. 7. Periksa kepatenan akses intravena, flebitis, dan tanda infeksi local. Rasional: Memastikan jalur IV lancar (tidak macet) dan tidak menimbulkan peradangan pembuluh darah selama transfusi berlangsung 8. Berikan NACL 0,9 %- 10C ml sebelum tranfusi dilakukan Rasional: Membilas jalur infus dan mencegah terjadinya hemolisis (pecahnya sel darah) karena NaCl 0,9% bersifat isotonis dengan darah 9. Atur kecepatan tranfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgBB dalam 2-4 jam Rasional: Mencegah beban sirkulasi berlebih (kelebihan cairan) sekaligus memastikan darah masuk dalam rentang waktu yang aman 10. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam Rasional: Membatasi waktu paparan darah pada suhu ruangan untuk mencegah pertumbuhan bakteri di dalam kantong darah 11. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi Rasional: Memutuskan segera paparan antigen/darah donor yang memicu reaksi berbahaya sebelum dilakukan tindakan penyelamatan Edukasi 12. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi Rasional: Menurunkan kecemasan pasien serta mendapatkan persetujuan (<i>informed consent</i>) tindakan 13. Jelaskan tanda tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan Rasional: Melibatkan pasien untuk mengenali gejala subjektif (seperti pusing, gatal, sesak, atau merinding) secara cepat selama proses transfusi
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kekuatan bagian bawah tubuh meningkat	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Rasional: Mengetahui penyebab dasar kelelahan (seperti anemia, gangguan tiroid, atau infeksi) untuk menentukan intervensi medis yang tepat dan spesifik 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
	3. Keluhan lelah menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Warna kulit pucat membaik 6. Tekanan darah di batas normal	Rasional: Menilai tingkat keparahan kelelahan dan dampaknya terhadap kondisi psikologis pasien guna menentukan toleransi aktivitas. 3. Monitor pola dan jam tidur Rasional: Memastikan kualitas dan kuantitas tidur pasien adekuat, karena tidur yang buruk merupakan penyebab utama kurangnya pemulihan energi. 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Rasional: Mengidentifikasi adanya nyeri atau hambatan fisik lain yang dapat meningkatkan pemakaian energi dan memperberat kelelahan Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Rasional: Mengurangi paparan kebisingan dan cahaya berlebih untuk meminimalkan stres sensorik serta mendukung istirahat yang berkualitas 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 7. Rasional: Mencegah kekakuan sendi, atrofi otot, dan melancarkan sirkulasi darah tanpa membebani jantung secara berlebihan. 8. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Rasional: Mengalihkan fokus pasien dari rasa lelah atau nyeri, sekaligus membantu menurunkan ketegangan mental. 9. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Rasional: Melatih toleransi ortostatik secara bertahap dan mencegah komplikasi akibat tirah baring lama (prolonged bedrest). Edukasi 10. Anjurkan tirah baring Rasional: Meminimalkan pengeluaran energi tubuh secara keseluruhan pada fase akut agar proses pemulihan sel berjalan optimal 11. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Rasional: Membantu meningkatkan stamina dan mencegah kelelahan ekstrem akibat pemaksaan aktivitas yang tiba-tiba 12. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Rasional: Deteksi dini jika terjadi perburukan kondisi atau jika intervensi yang diberikan saat ini kurang efektif

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
		13. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Rasional: Memberdayakan pasien agar mampu mengelola stres dan memprioritaskan energi secara mandiri dalam aktivitas sehari-hari Kolaborasi 14. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Rasional: Memastikan pasien mendapatkan asupan kalori dan nutrisi yang adekuat sebagai sumber pembentukan energi utama tubuh
Nausea (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan Tingkat nausea menurun (L.08065) dengan kriteria hasil: 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Hemoglobin membaik menuju rentang normal	Manajemen Mual (L.03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual Rasional: Memahami riwayat, pola, dan karakteristik mual spesifik yang dialami pasien sebagai dasar penentuan intervensi. 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) Rasional: Mendeteksi mual atau rasa tidak nyaman pada pasien yang memiliki keterbatasan komunikasi (seperti gelisah, memegang perut, atau meringis) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) Rasional: Menilai sejauh mana mual mengganggu fungsi sehari-hari pasien guna menentukan tingkat keparahan dan prioritas tindakan 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) Rasional: Mengetahui pemicu utama (seperti efek samping obat, kemoterapi, atau gangguan lambung) agar penyebabnya dapat diatasi secara langsung 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) Rasional: Menentukan jenis dan efektivitas obat pencegah mual yang pernah atau sedang digunakan pasien sebelum mual memburuk 6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Rasional: Menilai perkembangan kondisi pasien dan efektivitas intervensi medis maupun keperawatan yang telah diberikan

		Terapeutik 7. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) Rasional: Menghindari rangsangan sensorik (bau menyengat, pemandangan menjijikkan, atau bising) yang dapat memicu pusat muntah di otak 8. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) Rasional: Menurunkan stimulasi psikologis dan fisik (seperti stres atau kelelahan) yang dapat meningkatkan sensitivitas lambung dan memicu mual 9. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Rasional: Mencegah peregangannya lambung yang berlebihan sekaligus merangsang nafsu makan pasien tanpa memicu refleksi muntah 10. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu Rasional: Makanan dingin dan cairan bening cenderung tidak merangsang penciuman serta lebih mudah ditoleransi oleh lambung yang sensitif Edukasi 11. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup Rasional: Menurunkan aktivitas motorik tubuh dan metabolisme, serta meredakan ketegangan sistem saraf pusat yang memicu mual 12. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual Rasional: Menghilangkan rasa tidak enak di mulut yang dapat memicu mual serta menjaga higiene oral 13. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak Rasional: Karbohidrat lebih cepat dicerna oleh lambung, sedangkan makanan tinggi lemak memperlambat pengosongan lambung yang dapat memperburuk mual 14. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Rasional: Mengalihkan perhatian pasien dan merangsang pengeluaran endorfin guna menurunkan intensitas mual secara mandiri Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu
--	--	--

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
		Rasional: Menekan reseptor mual di sistem saraf pusat atau saluran pencernaan secara farmakologis untuk menghentikan gejala mual secara efektif.
Defisit pengetahuan (D.0111)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan Tingkat Pengetahuan (L.12111) membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku pasien sesuai dengan yang di anjuran meningkat 2. Minat pasien dalam belajar meningkat 3. Kemampuan pasien menjelaskan 4. pengetahuan tentang penyakitnya meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Rasional: untuk mengetahui kemampuan/ kesiapan pasien dalam menerima informasi. 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Rasional: untuk mengetahui faktor yang dapat meningkatkan/ menurunkan motivasi hidup sehat px Terapeutik 3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan Rasional: untuk memberikan pengetahuan cara menjaga kesehatan. 4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Rasional: untuk memberikan pengetahuan cara menjaga kesehatan lebih lanjut 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Rasional: untuk mengetahui pemahaman px tentang materi yang diberikan Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan Rasional: untuk mengurangi resiko yang dapat memperberat keadaan px 7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Rasional: untuk memberikan pengetahuan PHBS lebih lanjut 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat Rasional: untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
Resiko Infeksi (D.0142)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan Tingkat Infeksi (L.14137) menurun dengan Kriteria hasil : 1. Kebersihan dan nafsu makan	Pencegahan Infeksi (I.14137) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Rasional: untuk mencegah terjadinya infeksi. Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung. Rasional: untuk meminimalkan terjadinya penyebaran infeksi.

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
	meningkat - Demam menurun - Periode malaise menurun - Kadar sel darah putih membaik	- Berikan perawatan kulit pada daerah edema. Rasional: untuk menjaga kulit agar tetap bersih. - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien. Rasional: untuk mengurangi resiko kontaminasi mikroorganisme. - Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi. Rasional: untuk menghindari infeksi pada pasien. Edukasi - Jelaskan tanda dan gejala infeksi Rasional: Untuk mengetahui tanda dan gejala infeksi - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar Rasional: Untuk mengetahui cara mencuci tangan yang baik dan benar - Ajarkan etika batuk Rasional: untuk mengetahui etika batuk yang baik dan benar - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi Rasional: Untuk mengetahui cara memeriksa kondisi luka - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi Rasional: Untuk meningkatkan asupan nutrisi sesuai kebutuhan Kolaborasi - Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu Rasional: Untuk meningkatkan imun tubuh, jika perlu
Resiko Jatuh (D. 0143)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x24 jam, diharapkan Tingkat Jatuh (L.14138) menurun dengan Kriteria hasil : - Jatuh dari tempat tidur menurun - Jatuh saat berdiri menurun - Jatuh saat duduk menurun - Jatuh saat berjalan menurun	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Observasi - Identifikasi faktor risiko jatuh. Rasional: untuk mengetahui faktor yang dapat menyebabkan jatuh. - Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh. Rasional: untuk mengetahui situasi lingkungan sekitar pasien yang dapat menyebabkan jatuh. Terapeutik - Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci. Rasional: untuk mencegah pasien jatuh dari tempat tidur.

Diagnosa	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Perencanaan Keperawatan Dan Rasional
		4. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat. Rasional: agar perawat dapat melakukan pemantauan dengan jarak Edukasi 5. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah Rasional: Untuk mengurangi risiko jatuh 6. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin Rasional: Untuk mengurangi risiko jatuh 7. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh Rasional: Untuk menjaga keseimbangan tubuh

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan implementasi adalah membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan pemfasilitasian coping. Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat berdasarkan intervensi atau rencana keperawatan. Dalam pelaksanaannya, harus ada Standar Prosedur Operasional (SPO) atau panduan dalam melakukan implementasi (Purba, 2020).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dalam keperawatan merupakan suatu proses yang dilakukan dengan cara melakukan identifikasi untuk melihat apakah ada dampak dari rencana asuhan keperawatan yang telah dilakukan dan untuk melihat apakah asuhan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak. Sebagai perawat yang profesional, kita diharuskan untuk berpikir kritis pada proses evaluasi ini karena sangat penting dalam mencapai keberhasilan perawatan kepada klien (Fatimah, 2020).

Evaluasi ini dapat dianalisis menggunakan pendekatan SOAP, yaitu kerangka berpikir sistematis dalam pencatatan evaluasi keperawatan (Sianturi, 2022), yang terdiri dari:

a. *S (Subjective)*

Tanggapan subjektif pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan termasuk persepsi dan perasaan pasien atas hasil tindakan.

b. *O (Objective)*

Data objektif yang diperoleh dari hasil observasi atau pemeriksaan yang menggambarkan respons nyata pasien terhadap intervensi.

c. *A (Assessment)*

Analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menentukan keberhasilan intervensi, mengidentifikasi masalah baru, atau mengevaluasi adanya perkembangan atau kemunduran kondisi pasien.

d. *P (Planning)*

Perencanaan tindak lanjut disusun berdasarkan hasil evaluasi, baik melanjutkan rencana sebelumnya, merevisi intervensi, atau menyusun strategi baru yang lebih sesuai dengan kondisi pasien terkini.

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjauan Kasus

1. Pengkajian

a. Wawancara

1) Identitas

a) Identitas Pasien

Nama	: Ny. A
Umur	: 37 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Batukarut
No RM	: 2605010165
Tanggal Masuk	: 07 Mei 2026
Tanggal Pengkajian	: 08 Mei 2026
Diagnosa Medis	: Anemia

b) Identitas penanggung jawab

Nama	: Tn. A
Umur	: 40 Tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Batukarut
Pekerjaan	: Buruh
Hubungan Dengan Pasien	: Suami

2) Status Kesehatan

a) Keluhan Utama

Pasien mengatakan badannya lemas, pusing dan ada rasa mual

b) Riwayat Kesehatan Sekarang

Pasien mengatakan sudah 2 minggu badan terasa lemas dan mual. Beberapa hari ke belakang disertai pusing, mata berkunang-kunang, mual, muntah dan sedikit nyeri di ulu hati. Kemudian, sekitar pukul 18.00 WIB, pasien merasa badannya tidak kunjung membaik setelah istirahat seharian. Karena keadaannya tidak kunjung membaik, pasien kemudian datang ke IGD RSUD Garut pada pukul 19.00 WIB. Pada saat di IGD, pada pasien dilakukan pemasangan infus. Pasien juga menjalani pengambilan darah untuk dilakukan pemeriksaan laboratorium. Saat hasil laboratorium keluar, Hb di bawah batas normal sehingga pasien harus menjalani perawatan lebih lanjut. Kemudian dipindahkan ke ruang rawat inap Agate atas sekitar pukul 21.00 WIB. Anamnesis tanggal 08 Mei 2026 pukul 09.00 WIB, pasien mengatakan badannya lemas, masih mual, mata berkunang-kunang, dan kepalanya sedikit pusing.

c) Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien mengatakan 4 bulan yang lalu pernah mengalami kondisi yang sama seperti sekarang, HB terakhir di PKM 7 g/dL

d) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang menderita penyakit yang sama seperti yang dialaminya, serta tidak memiliki penyakit seperti hipertensi, diabetes dan penyakit menular lainnya.

3) Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3. 1

Pola Aktivitas Sehari-hari

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
1.	Nutrisi		
	a. Makan		
	- Jenis menu	Nasi dan lauk pauk	Menu yang di sediakan rumah sakit
	- Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	- Porsi	1 porsi dewasa Tidak	½ porsi kadang 1 porsi
	- Pantangan	Ada	Tidak ada
	- Keluhan	Tidak ada	Mual saat pusing

No	ADL	Sebelum dirawat	Saat dirawat
	b. Minum - Jenis minuman - Jumlah - Pantangan - Keluhan	Air putih, teh 8-9 gelas/hari Tidak ada Tidak ada	Air putih 7-8 gelas/hari Tidak ada Tidak ada
2.	Istirahat dan tidur a. Siang - Durasi - Keluhan b. Malam - Durasi - Keluhan	1jam/ hari Tidak ada 6-7 jam/ hari Tidak ada	1-2 jam/hari Tidak ada 7-8 jam/hari Tidak ada
3.	Eliminasi a. BAB - Frekuensi - Konsistensi - Warna - Bau - Keluhan b. BAK - Frekuensi - Jumlah - Warna - Bau - Keluhan	1-2x/hari Padat Coklat Khas feses Khas feses Tidak ada Tidak terhitung Tidak terhitung Kuning Khas urin Tidak ada	Belum BAB - - - - Tidak terhitung Tidak terhitung Kuning pekat Khas urin Tidak ada
4.	Personal hygiene a. Mandi b. Gosok gigi c. Keramas d. Berganti pakaia e. Keluhan	2x/hari 3-4x/hari 2x/minggu 2-3x/hari Tidak ada	Menyeka badan pakai kain basah Tidak gosok gigi Tidak keramas 2x/hari Badan lemas, aktivitas di bantu suami
5.	Mobilitas a. Kegiatan sehari-hari b. Kegiatan waktu luang c. Olahraga d. Keluhan	Ibu rumah tangga Menonton tv 2x/minggu Tidak ada Tidak ada	Bedress Dzikir Tidak berolahraga Badan lemas dan pusing

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan Umum : Pasien tampak lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis GCS 15 (E4, V5, M6)

3) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah	: 134/83 mmHg
Suhu	: 36,9 °C
Spo2	: 98 %
Nadi	: 70x/menit
RR	: 20x/menit

4) Pemeriksaan fisik (Head to toe)

1) Kepala

Rambut hitam, lebat, halus, sedikit berminyak, tidak ada ketombe, tanpa lesi, bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan, tanpa nyeri tekan.

2) Mata

Konjungtiva anemis, sclera putih, reflek pupil isokor, bola mata bulat tanpa nyeri tekan, dapat melihat dengan jelas dibuktikan dengan dapat membaca papan nama pada jarak 1 meter

3) Telinga

Daun telinga lebar dan lengkung sempurna, kanan-kiri simetris, tidak ada pengeluaran cairan, tanpa nyeri tekan, fungsi pendengaran baik, dibuktikan dengan dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

4) Hidung dan Sinus

Lubang hidung tampak simetris; tidak ada sekret ataupun polip. Tidak ada nyeri tekan pada area sinus dan tidak ada masalah penciuman, terbukti dengan pasien yang dapat membedakan aroma kayu putih dengan aroma alkohol.

5) Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir tampak kering, tidak sampai pecah-pecah. Warna bibir merah muda tidak pucat. Tidak ada keluhan nyeri menelan dan tidak ada stomatitis. Gusi berwarna merah muda dan jumlah gigi 31 buah. Gigi Gigi tampak bersih, tidak ada gigi berlubang ataupun karang gigi.

6) Leher

Kulit leher berwarna cokelat, tidak ada kemerahan, tidak ada benjolan, tidak ada tanda-tanda pembesaran kelenjar limfe, tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

7) Dada

1) Paru-paru

Bentuk dada normal dengan pergerakan dada simetris. Frekuensi napas 20x/menit. Tidak ada nyeri dada. Tidak ada pernapasan cuping hidung ataupun otot bantu pernapasan. Suara perkusi sonor, suara napas vesikuler.

2) Jantung

Bunyi jantung S1 S2 lup dup. Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 70x/menit. Serta tidak adanya keluhan nyeri dada. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit jantung ataupun hipertensi.

8) Abdomen

Kandung kemih teraba kosong, tidak teraba massa, tanpa nyeri tekan. Bising usus 18x/menit dan suara perkusi tympani. Pasien mengatakan ada keluhan mual.

9) Genetalia

Kondisi meatus normal, tidak ada kelainan skrotum

10) Ekstermitas dan Integumen

a) Ekstermitas atas

Tidak ada edema, CRT >3 detik, terpasang infus RL + oksitosin di tangan kiri. Kekuatan otot penuh 5/5, kuku pendek dan bersih, serta kulit terasa lengket, akral dingin

b) Ekstermitas bawah

Tidak ada edema. Kekuatan otot 4/4. Kuku pendek dan tampak bersih, serta kulit teraba lengket, akral dingin.

c. Data Penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Nama : Ny. A
 Diagnosa : Anemia
 Ruang Rawat Inap : Agate Atas

Tabel 3. 2
Hasil Laboratorium

Nama Test	Tanggal			Nilai Normal
	08 Mei	11 Mei	12 Mei	
Hematologi Darah rutin				
Hemoglobin	8,0 g/dL	11,1 g/dL	13,7 g/dL	13-18
Hematokrit	25 %	35 %	36 %	35-47
Leukosit	5.400 /mm3	6.290 /mm3	6.400 /mm3	3.800-10.600
Trombosit	314.000 /mm3	296.000 /mm3	320.000 /mm3	150.000-440.000
Eritrosit	3,25 juta/mm3	4,29 juta/mm3	4,87 juta/mm3	4,5-6,5

d. Terapi Obat

Nama : Ny. A
 Diagnosa : Anemia
 Ruang Rawat Inap : Agate Atas

Tabel 3. 3
Terapi Obat

Nama	Fekkuensi Pemberian	Dosis Pemberian	Rute Pemberian
Omeprazol (Injeksi) 40 mg	Per 24 jam	1x1	Parenteral
Ondansetron (Injeksi) 4 mg	Per 12 jam	2x1	Parenteral
NaCl 0.9% (Infus) 500 cc	Per 8 jam	3x1	-

2. Analisis Data

Tabel 3. 4
Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	DS : 1. Pasien mengatakan badannya lemas	Kekurangan Kadar Fe ↓ Berkurangnya Volume Darah,	Perfusi perifer tidak efektif

No	Data	Etiologi	Masalah
	2. Pasien mengeluh kepala sedikit pusing DO : 1. Keadaan umum lemah 2. Akral dingin 3. Warna kulit pucat 4. Konjungtiva anemis 5. Hb 8.0 g\dl 6. TTV : TD: 134/83 mmHg RR: 20x/menit N: 70x/menit S: 36,9 °C SPO2: 98 % CRT > 3	Hemoglobin/Eritrosit ↓ Kadar Hb Menurun ↓ Anemia ↓ Suplai O2 Dan Nutrisi Ke Jaringan Berkurang ↓ Perifer ↓ Komparten Sel Penghantar Oksigen/Zat Nutrisi Ke Sel Berkurang ↓ Perfusi Perifer Tidak Efektif	
2.	DS : 1. Pasien mengatakan badannya lemas 2. Pasien mengeluh kepala sedikit pusing 3. Pasien mengatakan sering di bantu saat menggati pakaian dan saat ingin ke toilet DO : 1. Keadaan umum lemah 2. Warna kulit pucat 3. Konjungtiva anemis 4. Akral dingin 5. Pasien tampak di bantu dalam aktivitas sehari-hari	Kekurangan Kadar Fe ↓ Berkurangnya Volume Darah, Hemoglobin/Eritrosit ↓ Kadar Hb Menurun ↓ Anemia ↓ Suplai O2 Dan Nutrisi Ke Jaringan Berkurang ↓ Hipoksia ↓ Mekanisme Anaerob ↓ ATP Berkurang ↓ Lemas ↓ Intoleransi Aktivitas	Intoleransi aktivitas

No	Data	Etiologi	Masalah
3.	DS : 1. Pasien mengatakan mual, dan sebelum masuk ke rs pernah muntah 2. Pasien mengatakan makan kadang habis ½ porsi kadang 1 porsi DO : 1. Pasien tampak mual 2. Pasien tampak menghabiskan ½ porsi makan pada jam 09:00 WIB 3. Pasien tampak menghabiskan 1 porsi makan pada jam 14:00 WIB	Kekurangan Kadar Fe ↓ Berkurangnya Volume Darah, Hemoglobin/Eritrosit ↓ Kadar Hb Menurun ↓ Anemia ↓ Suplai O2 Dan Nutrisi Ke Jaringan Berkurang ↓ Gastro Intestinal ↓ Penurunan Kerja GI ↓ Kerja Lambung Menurun ↓ Asam Lambung Meningkat ↓ Mual ↓ Nausea	Nausea

3. Diagnosa Keperawatan

- Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin d.d Hb 8.0 g/dL (D.0009)
- Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d.d dibantu saat beraktivitas (D.0056)
- Nausea b.d iritasi lambung d.d mual (D.0076)

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 5
Intervensi keperawatan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan Perfusi Perifer Meningkat (L.02011) dengan kriteria hasil: 1. Denyut nadi perifer dalam rentang 60 – 100 x/ menit 2. Warna kulit pucat menurun	Perawatan Sirkulasi (I.02079) Observasi 1. Periksa sirkulasi perifer Rasional: Menilai keadekuatan aliran darah ke jaringan perifer dan mendeteksi dini adanya iskemia. 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
	1. Pengisian kapiler (CRT) < 2 2. Akral dingin menurun 3. Turgor kulit 4. Tekanan darah sistolik dalam rentang kurang dari 120 mmHg 5. Tekanan darah diastolik dalam rentang 60 – 80 mmHg 6. Hb dalam rentang normal 13 g/dL	Rasional: Mengetahui penyebab dasar (seperti diabetes, merokok, hipertensi) guna menentukan intervensi pencegahan yang tepat 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas Rasional: Mendeteksi tanda-tanda trombosis vena dalam (DVT) atau infeksi lokal yang dapat memperburuk sirkulasi. Terapeutik 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi Rasional: Mencegah trauma pembuluh darah dan meminimalkan risiko sumbatan atau memperburuk iskemia pada area yang aliran darahnya sudah terganggu. 5. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. Rasional: Penekanan manset dapat menghentikan aliran darah sementara, memicu iskemia jaringan, serta menghasilkan nilai tekanan darah yang tidak akurat. 6. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera Rasional: Mencegah kerusakan jaringan lebih lanjut dan menghindari penghentian aliran darah pada area yang sudah mengalami trauma. 7. Lakukan pencegahan infeksi Rasional: Jaringan dengan sirkulasi buruk rentan terhadap infeksi karena suplai sel darah putih ke area tersebut berkurang. 8. Rawat kaki dan kuku Rasional: Mencegah terjadinya luka kecil/lesi yang sulit sembuh akibat perfusi jaringan yang buruk, yang berisiko menjadi ulkus gangren. 9. Lakukan hidrasi Rasional: Menjaga volume darah dan menurunkan viskositas (kekentalan) darah agar aliran sirkulasi tetap lancar. Edukasi 10. Anjurkan berhenti merokok Rasional: Nikotin menyebabkan vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		darah yang memperburuk gangguan sirkulasi. 11. Anjurkan berolahraga rutin Rasional: Meningkatkan sirkulasi kolateral, memperbaiki tonus otot, dan merangsang aliran darah ke seluruh tubuh. 12. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar Rasional: Pasien dengan gangguan sirkulasi sering mengalami penurunan sensasi rasa (mati rasa), sehingga berisiko mengalami luka bakar tanpa disadari. 13. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu Rasional: Mengontrol faktor risiko sistemik untuk mencegah pembentukan plak dan pembekuan darah yang menghambat sirkulasi. 14. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur Rasional: Mempertahankan tekanan darah dalam batas normal guna mencegah kerusakan dinding pembuluh darah lebih lanjut. 15. Anjurkan menghindarpenggunaan obat penyekat beta Rasional: Obat penyekat beta (beta-blocker) dapat memicu vasokonstriksi perifer yang berbahaya bagi pasien dengan penyakit arteri perifer bera 16. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat Rasional: Menjaga kelembapan dan integritas kulit agar tidak kering, pecah-pecah, atau robek yang bisa memicu ulkus 17. Anjurkan program rehabilitasi vascular Rasional: Membantu meningkatkan toleransi aktivitas dan memperbaiki aliran darah perifer melalui latihan terstruktur. 18. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Rasional: Mengurangi konsumsi lemak jenuh dan garam untuk mencegah aterosklerosis serta penumpukan cairan.

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		19. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan Rasional: Agar pasien/keluarga mengenali tanda memburuknya sirkulasi (mis. nyeri hebat mendadak, kulit pucat/dingin) secara cepat untuk penanganan segera. Transfusi Darah (I.02089) Observasi - Identifikasi rencana tranfusi Rasional: Memastikan ketepatan indikasi, jenis produk darah, volume, dan waktu pemberian yang sesuai dengan instruksi medis. - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah tranfusi Rasional: Sebagai data dasar (baseline) dan deteksi dini adanya komplikasi atau reaksi transfusi (seperti demam atau hipotensi) - Monitor tanda-tanda kelebihan cairan Rasional: Mendeteksi komplikasi <i>Transfusion-Associated Circulatory Overload</i> (TACO), seperti sesak napas, ronkhi, atau peningkatan JVP. - Monitor reaksi tranfusi Rasional: Mengenali tanda hipersensitivitas, hemolitik, atau anafilaksis (gatal, sesak, menggigil, nyeri punggung) agar dapat ditangani segera Terapeutik - Cek double pada label darah Rasional: Mencegah kesalahan fatal dalam pemberian darah (mencocokkan identitas pasien, golongan darah, dan nomor kantong oleh dua perawat) - Pasang akses intravena jika belum terpasang Rasional: Menyediakan jalur masuknya produk darah ke dalam sirkulasi tubuh. - Periksa kepatenan akses intravena, flebitis, dan tanda infeksi local Rasional: Memastikan jalur IV lancar (tidak macet) dan tidak menimbulkan peradangan pembuluh darah selama transfusi berlangsung - Berikan NACL 0,9 %- 10C ml sebelum tranfusi dilakukan

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		Rasional: Memastikan jalur IV lancar (tidak macet) dan tidak menimbulkan peradangan pembuluh darah selama transfusi berlangsung 9. Atur kecepatan tranfusi sesuai produk darah dalam 2-4 jam Rasional: Mencegah beban sirkulasi berlebih (kelebihan cairan) sekaligus memastikan darah masuk dalam rentang waktu yang aman 10. Berikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam Rasional: Membatasi waktu paparan darah pada suhu ruangan untuk mencegah pertumbuhan bakteri di dalam kantong darah 11. Hentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi Rasional: Memutuskan segera paparan antigen/darah donor yang memicu reaksi berbahaya sebelum dilakukan tindakan penyelamatan. Edukasi 12. Jelaskan tujuan dan prosedur tranfusi Rasional: Menurunkan kecemasan pasien serta mendapatkan persetujuan (<i>informed consent</i>) tindakan 13. Jelaskan tanda tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan Rasional: Melibatkan pasien untuk mengenali gejala subjektif (seperti pusing, gatal, sesak, atau merinding) secara cepat selama proses transfuse
Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat (L.05047) dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nadi menbaik 2. Kekuatan tubuh bagian bawah Meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Perasaan lemah menurun 5. Warna kulit pucat membaik 6. Tekanan darah di batas normal	Manajemen Energi (I.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Rasional: Mengetahui penyebab dasar kelelahan (seperti anemia, gangguan tiroid, atau infeksi) untuk menentukan intervensi medis yang tepat dan spesifik 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional Rasional: Menilai tingkat keparahan kelelahan dan dampaknya terhadap kondisi psikologis pasien guna menentukan toleransi aktivitas. 3. Monitor pola dan jam tidur Rasional: Memastikan kualitas dan kuantitas tidur pasien adekuat, karena

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		tidur yang buruk merupakan penyebab utama kurangnya pemulihan energi. 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Rasional: Mengidentifikasi adanya nyeri atau hambatan fisik lain yang dapat meningkatkan pemakaian energi dan memperberat kelelahan Terapeutik 5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Rasional: Mengurangi paparan kebisingan dan cahaya berlebih untuk meminimalkan stres sensorik serta mendukung istirahat yang berkualitas 6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif Rasional: Mencegah kekakuan sendi, atrofi otot, dan melancarkan sirkulasi darah tanpa membebani jantung secara berlebihan. 7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan Rasional: Mengalihkan fokus pasien dari rasa lelah atau nyeri, sekaligus membantu menurunkan ketegangan mental. 8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Rasional: Melatih toleransi ortostatik secara bertahap dan mencegah komplikasi akibat tirah baring lama (<i>prolonged bedrest</i>). Edukasi 9. Anjurkan tirah baring Rasional: Meminimalkan pengeluaran energi tubuh secara keseluruhan pada fase akut agar proses pemulihan sel berjalan optimal 10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Rasional: Membantu meningkatkan stamina dan mencegah kelelahan ekstrem akibat pemaksaan aktivitas yang tiba-tiba 11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Rasional: Deteksi dini jika terjadi perburukan kondisi atau jika intervensi yang diberikan saat ini kurang efektif

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		12. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Rasional: Memberdayakan pasien agar mampu mengelola stres dan memprioritaskan energi secara mandiri dalam aktivitas sehari-hari. Kolaborasi 13. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan Rasional: Memastikan pasien mendapatkan asupan kalori dan nutrisi yang adekuat sebagai sumber pembentukan energi utama tubuh
Nausea (D.0076)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4x24 jam, diharapkan Tingkat nausea menurun (L.08065) dengan kriteria hasil: 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Hemoglobin membaik menuju rentang normal	Manajemen Mual (I.03117) Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual Rasional: Memahami riwayat, pola, dan karakteristik mual spesifik yang dialami pasien sebagai dasar penentuan intervensi. 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) Rasional: Mendeteksi mual atau rasa tidak nyaman pada pasien yang memiliki keterbatasan komunikasi (seperti gelisah, memegang perut, atau meringis) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) Rasional: Menilai sejauh mana mual mengganggu fungsi sehari-hari pasien guna menentukan tingkat keparahan dan prioritas tindakan 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) Rasional: Mengetahui pemicu utama (seperti efek samping obat, kemoterapi, atau gangguan lambung) agar penyebabnya dapat diatasi secara langsung 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) Rasional: Menentukan jenis dan efektivitas obat pencegah mual yang pernah atau sedang digunakan pasien sebelum mual memburuk

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) Rasional: Menilai perkembangan kondisi pasien dan efektivitas intervensi medis maupun keperawatan yang telah diberikan Terapeutik 7. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) Rasional: Menghindari rangsangan sensorik (bau menyengat, pemandangan menjijikkan, atau bising) yang dapat memicu pusat muntah di otak 8. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) Rasional: Menurunkan stimulasi psikologis dan fisik (seperti stres atau kelelahan) yang dapat meningkatkan sensitivitas lambung dan memicu mual 9. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Rasional: Mencegah peregangannya lambung yang berlebihan sekaligus merangsang nafsu makan pasien tanpa memicu refleks muntah 10. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu Rasional: Makanan dingin dan cairan bening cenderung tidak merangsang penciuman serta lebih mudah ditoleransi oleh lambung yang sensitive Edukasi 11. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup Rasional: Menurunkan aktivitas motorik tubuh dan metabolisme, serta meredakan ketegangan sistem saraf pusat yang memicu mual 12. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual Rasional: Menghilangkan rasa tidak enak di mulut yang dapat memicu mual serta menjaga higiene oral 13. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak

Diagnosa (SDKI)	Tujuan dan Kriteia Hasil (SLKI)	Intervensi dan Rasional (SIKI)
		Rasional: Karbohidrat lebih cepat dicerna oleh lambung, sedangkan makanan tinggi lemak memperlambat pengosongan lambung yang dapat memperburuk mual 14. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) Rasional: Mengalihkan perhatian pasien dan merangsang pengeluaran endorfin guna menurunkan intensitas mual secara mandiri Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu Rasional: Menekan reseptor mual di sistem saraf pusat atau saluran pencernaan secara farmakologis.

5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6
Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

No	Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	Sabtu, 09 Mei 2026 09:00 WIB - Memeriksa sirkulasi perifer R : Pasien mengatakan badannya lemas. N: 81 x/menit, warna kulit pucat, turgor kulit menurun CRT < 3 detik, Hb 8, akral dingin - Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi R: Pasien mengatakan 4 bulan yang lalu pernah mengalami kondisi yang sama seperti sekarang, HB terakhir di PKM 7 - Memonitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas R : Tidak ada kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstermitas - Melakukan pencegahan infeksi R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan ke pasien - Melakukan pencegahan infeksi	Rabu, 13 Mei 2026 09:00 WIB S (Subjective): Pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas lagi. Keluarga berkomitmen untuk menjaga asupan diet tinggi zat besi secara mandiri di rumah. O (Objective): - TTV : TD: 120/98 mmHg, N: 83 x/menit, RR: 21 x/menit, S: 36,7 °C, SpO2: 97%. - Sirkulasi Perifer : Warna kulit sudah tidak pucat, turgor kulit

No	Dx	Implementasi	Evaluasi
		R : Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan ke pasien 6. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi R : Pengukuran tekanan darah di lakukan di tangan kiri TD: 125/78 mmHg RR: 20x/menit S: 36,5 °C SPO2: 98% 7. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi R : Pemasangan infus di tangan kanan dan pengambilan darah di tangan kiri 8. Melakukan pengecekan ganda pada label darah R : Golongan darah O, sesuai dengan identitas pasien 9. Memberikan tranfusi dalam waktu maksimal 4 jam R : Memberikan 1 labu darah pada pasien 10. Menghentikan tranfusi jika terdapat reaksi tranfusi R: Tidak terdapat tanda tanda alergi 11. Menjelaskan tanda tanda dan gejala reaksi tranfusi yang perlu dilaporkan R : Pasien dan keluarga paham mengenai tanda dan gejala reaksi tranfusi darah yang harus di laporkan yaitu gatal, sesak napas, pusing dan nyeri dada 12. Edukasi tentang diet defisiensi zat besi R: Pasien dan keluarga paham mengenai tentang diet defisiensi zat besi	membalik, dan CRT < 2 detik. A (Assessment): Masalah teratasi (seluruh kriteria hasil sirkulasi perifer yang efektif, hilangnya kelemahan, kulit normal, dan turgor yang baik telah terpenuhi). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan. Delegasikan rencana perawatan rumah kepada pasien dan keluarga
2.	Intoleransi aktivitas (D.0056)	Sabtu, 09 Mei 2026 09:30 WIB 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional R: Pasien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas dan cepat lelah saat mencoba duduk, serta merasa cemas karena aktivitasnya terganggu. Pasien tampak lesu dan konjungtiva masih terlihat anemis. 2. Memonitor pola dan jam tidur R: Pasien mengatakan tidak ada keluhan soal tidur.	Selasa, 12 Mei 2026 09:00 WIB S (Subjective): Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak lemas lagi. O (Objective): Pasien tampak segar, konjungtiva sudah tidak anemis lagi, dan pasien bersedia kooperatif melakukan aktivitas

No	Dx	Implementasi	Evaluasi
		3. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas R: Pasien mengatakan kepala terasa pusing berputar dan pandangan berkunang-kunang terutama saat mencoba bangkit dari tempat tidur. Pasien memilih kembali berbaring untuk mengurangi pusing. 4. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus R: Pasien mengatakan merasa lebih tenang dan bisa beristirahat dengan lebih baik setelah lampu kamar. 5. Mengajukan tirah baring. R: Pasien kooperatif, bersedia membatasi aktivitas dan tetap berada di tempat tidur. 6. Mengajukan melakukan aktivitas secara bertahap R: Pasien memahami penjelasan dan mulai mencoba makan/minum sendiri secara perlahan. 7. Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan R: Pasien mampu mempraktikkan teknik napas dalam dan merasa lebih relaks.	berjalan-jalan di sekitar ruangan. A (Assessment): Masalah teratasi (indikator kekuatan fisik pasien telah kembali normal). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan untuk diagnosa intoleransi aktivitas. Anjurkan pasien untuk mempertahankan toleransi aktivitasnya secara mandiri. I (Implementation): 1. Memonitor status kelelahan fisik terakhir (pasien tampak bugar, konjungtiva normal). 2. Mengajukan peningkatan aktivitas bertahap secara mandiri. E (Evaluation): Pasien mampu mobilisasi penuh dengan berjalan di sekitar ruangan tanpa keluhan lemas atau pusing. Intervensi dihentikan.
3.	Nausea (D.0076)	Sabtu, 09 Mei 2026 10:00 WIB 1. Mengidentifikasi faktor penyebab mual R: Pasien mengatakan mual muncul saat kepala pusing 2. Memonitor Mual R: Pasien melaporkan mual dirasakan hilang timbul, terutama saat pusing 3. Mengurangi atau menghilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) R: Pasien mengatakan mual sedikit berkurang setelah berbaring rileks dan ditemani oleh keluarganya. 4. Mengajukan istirahat dan tidur yang cukup R: Pasien kooperatif, bersedia tidur siang dan membatasi aktivitas untuk mengurangi rasa pusing dan mual. 5. Mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual	Rabu, 13 Mei 2026 10:00 WIB S (Subjective): Pasien mengatakan pusing dan mual sudah tidak dirasakan lagi. O (Objective): Pasien tampak segar, ekspresi wajah rileks, dapat menghabiskan porsi makanannya dengan baik, dan tidak ada tanda-tanda muntah. A (Assessment): Masalah teratasi (faktor penyebab/pencetus mual berupa pusing telah hilang sepenuhnya). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan. Rekomendasikan

No	Dx	Implementasi	Evaluasi
		(mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) R: Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam saat mual muncul 6. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu R: Pasien di berikan obat Omeprazole injeksi 40 mg per 24 jam dan Ondansetron injeksi 4 mg per 12 jam	penghentian atau transisi obat antiemetik dari injeksi ke oral sesuai dengan instruksi kepulangan dari dokter. I (Implementation): 1. Memonitor keluhan pasien pasca makan dan mobilisasi. 2. Mengoordinasikan transisi pengobatan oral untuk persiapan pulang pasien. E (Evaluation): Keluhan mual dan pusing nihil, nafsu makan normal, status klinis stabil. Intervensi dihentikan.

6. Catatan Perkembangan

Tabel 3. 7
Catatan Perkembangan

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
1.	Sabtu, 09 Mei 2026	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	S (Subjective): 1. Pasien mengatakan badannya terasa lemas. 2. Pasien mengatakan memiliki riwayat kondisi serupa 4 bulan yang lalu dengan kadar Hb terakhir di Puskesmas sebesar 7 g/dL. 3. Pasien dan keluarga menyatakan paham mengenai tanda dan gejala reaksi transfusi darah yang harus dilaporkan (gatal, sesak napas, pusing, dan nyeri dada). O (Objective): 1. Kadar Hb: 8 g/dL. 2. Sirkulasi Perifer: Warna kulit tampak pucat, turgor kulit menurun, CRT < 3 detik, dan akral teraba dingin. 3. Tidak ditemukan edema, kemerahan, panas, atau nyeri pada ekstremitas. 4. Tindakan pencegahan infeksi (cuci tangan sebelum/sesudah tindakan) telah dilakukan. 5. Pengukuran TD di tangan kiri, infus terpasang di tangan kanan, dan pengambilan sampel darah di tangan kiri. 6. Transfusi darah Golongan O (labu ke-1) diberikan maksimal dalam 4 jam; tidak ada tanda-tanda alergi atau reaksi transfusi. 7. Tanda-Tanda Vital: TD: 125/78 mmHg, Nadi: 81 x/menit,	Acep

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
			RR: 20 x/menit, S: 36,5 °C, SpO2: 98%. A (Assessment): Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi. P (Planning): 1. Periksa berkala sirkulasi perifer. 2. Pantau tanda-tanda vital. 3. Terapkan tindakan pencegahan infeksi. 4. Lakukan monitoring ketat terhadap potensi reaksi transfusi darah berikutnya. I (Implementation): 1. Memeriksa sirkulasi perifer dan mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi. 2. Memonitor adanya tanda bengkak/kemerahan pada ekstremitas. 3. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan pada pasien. 4. Mengukur TD di tangan kiri (menghindari area keterbatasan perfusi). 5. Memasang infus di tangan kanan dan mengambil sampel darah di tangan kiri. 6. Melakukan pengecekan ganda pada label darah (Gol. O, sesuai identitas). 7. Memberikan transfusi 1 labu darah dalam waktu maksimal 4 jam. 8. Menjelaskan tanda dan gejala reaksi transfusi yang harus dilaporkan. E (Evaluation): Transfusi labu ke-1 masuk dalam waktu < 4 jam, tidak ada tanda-tanda alergi atau reaksi transfusi. Namun, pasien masih lemas, pucat, dan akral dingin.	
		Dx 2 Intoleransi Aktivitas (D.0056)	S (Subjective): 1. Pasien mengatakan tubuhnya masih terasa lemas dan cepat lelah saat mencoba duduk. 2. Pasien merasa cemas karena aktivitasnya terganggu. 3. Pasien mengeluh kepala terasa pusing berputar dan pandangan berkunang-kunang terutama saat mencoba bangkit dari tempat tidur. 4. Pasien mengonfirmasi tidak ada keluhan mengenai pola tidur. 5. Pasien merasa lebih tenang dan bisa beristirahat lebih baik setelah lampu kamar dimatikan. O (Objective): 1. Pasien tampak lesu. 2. Konjungtiva masih terlihat anemis. 3. Pasien kooperatif melakukan tirah baring dan membatasi aktivitas di tempat tidur.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
			4. Pasien tampak mulai mencoba makan/minum sendiri secara perlahan. 5. Pasien tampak mulai mencoba makan/minum sendiri secara perlahan. 6. Pasien mampu mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam untuk manajemen kelelahan. A (Assessment): Intoleransi aktivitas belum teratasi. P (Planning): 1. Monitor kelelahan fisik dan emosional. 2. Pertahankan anjuran tirah baring. 3. Latih mobilisasi/aktivitas secara bertahap. I (Implementation): 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional pasien. 2. Memonitor pola/jam tidur serta lokasi ketidaknyamanan saat beraktivitas. 3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mematikan lampu kamar). 4. Menganjurkan tirah baring (bedrest). 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap (seperti makan/minum). 6. Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan (teknik napas dalam). E (Evaluation): Pasien kooperatif membatasi aktivitas di tempat tidur, mampu mempraktikkan napas dalam sehingga merasa lebih relaks, namun pusing dan lemas masih menetap saat berubah posisi.	
		Dx 3 Nausea (D.0076)	S (Subjective): Pasien mengatakan mual muncul hilang-timbul, terutama dipicu saat kepala terasa pusing. Mual sedikit berkurang setelah berbaring rileks ditemani keluarga. O (Objective): Pasien kooperatif, bersedia tidur siang. Mampu mempraktikkan teknik relaksasi napas dalam saat mual muncul. A (Assessment): Nausea belum teratasi. P (Planning): Lanjutkan monitor mual-pusing, modifikasi lingkungan rendah stimulus, dan kelola pemberian antiemetik. I (Implementation): 1. Mengidentifikasi faktor penyebab mual dan memonitor keluhan mual pasien. 2. Mengurangi faktor penyebab mual dengan menganjurkan pasien berbaring rileks didampingi keluarga. 3. Menganjurkan istirahat dan tidur siang yang cukup. 4. Mengajarkan teknik nonfarmakologis (relaksasi napas dalam) saat mual.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
			5. Berkolaborasi memberikan omeprazole injeksi 40 mg/24 jam dan ondansetron injeksi 4 mg/12 jam. E (Evaluation): Obat injeksi masuk tanpa efek samping, Mual dirasakan sedikit berkurang pasca-istirahat, namun keluhan mual belum sepenuhnya hilang.	
2.	Senin 11 Mei 2026	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	S (Subjective): Pasien mengatakan lemasnya sudah berkurang dibandingkan dengan sebelumnya. O (Objective): 1. TTV : TD: 119/89 mmHg, N: 97 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,8 °C, SpO2: 97%. 2. Sirkulasi Perifer: Warna kulit masih pucat, turgor kulit menurun, namun CRT membaik menjadi < 2 detik. A (Assessment): Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian. P (Planning): Lanjutkan monitoring sirkulasi perifer pascatransfusi dan pemantauan tanda-tanda vital secara berkala. I (Implementation): 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi, warna kulit, turgor, dan CRT). 2. Menghindari pengukuran tekanan darah, infus, atau pengambilan sampel darah pada area ekstremitas dengan keterbatasan perfusi (TD dan sampel darah di tangan kiri, infus di tangan kanan). 3. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan sebagai prosedur pencegahan infeksi. 4. Melakukan pengecekan ganda (<i>double-check</i>) kesesuaian label identitas darah golongan O. 5. Memberikan transfusi darah labu ke-2 dengan target masuk dalam batas aman maksimal 4 jam. E (Evaluation): Transfusi darah labu ke-2 berjalan lancar tanpa reaksi alergi/hemolitik. Lemas pasien tampak berkurang; perfusi meningkat dengan perbaikan CRT (< 2 detik).	Acep
		Dx 2 Intolera nsi aktivitas (D.0056)	S (Subjective): Pasien mengatakan tubuhnya masih terasa sedikit lemas. Pusing dan pandangan berkunang-kunang masih dirasakan terutama saat mencoba posisi duduk langsung setelah berbaring. O (Objective): Pasien tampak masih sedikit lesu dan konjungtiva masih terlihat anemis.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
			A (Assessment): Intoleransi aktivitas teratasi sebagian. P (Planning): Lanjutkan pemantauan tingkat kelelahan fisik dan dampingi pasien saat melakukan mobilisasi bertahap. I (Implementation): 1. Memonitor tingkat kelelahan fisik, lesu, dan status anemis konjungtiva pasien. 2. Memonitor keluhan ketidaknyamanan (pusing/berkunang-kunang) saat pergerakan atau perubahan posisi tubuh. 3. Mengajarkan dan melatih pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap. E (Evaluation): Pasien mulai menunjukkan kemajuan mobilisasi, ditandai dengan kemauan untuk mencoba pergi ke toilet sendiri secara perlahan dan hati-hati.	
		Dx 3 Nausea (D.0076)	S (Subjective): Pasien mengatakan mual sudah berkurang saat pusing. Pasien merasa lebih nyaman setelah berbaring rileks ditemani keluarganya. O (Objective): Pasien tampak tenang beristirahat di tempat tidur. A (Assessment): Nausea teratasi sebagian. P (Planning): Lanjutkan monitoring berkala terhadap keluhan mual dan pertahankan terapi antiemetik kolaboratif. I (Implementation): 1. Memonitor intensitas mual pasien. 2. Mengurangi faktor pencetus mual dengan menjaga kenyamanan lingkungan berbaring pasien bersama keluarga. 3. Mengelola kelanjutan terapi kolaboratif via injeksi omeprazole 40 mg/24 jam dan ondansetron 4 mg/12 jam. E (Evaluation): Keluhan mual pasien terkontrol dengan baik, tidak ada muntah, dan pemberian obat terlaksana sesuai jadwal.	
3.	Selasa 12 Mei 2026	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	S (Subjective): 1. Pasien mengatakan badannya masih sedikit lemas. 2. Keluarga pasien menyatakan sudah paham mengenai program diet tinggi zat besi yang diajarkan. O (Objective): 1. TTV : TD: 128/87 mmHg, N: 88 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,3 °C, SpO2: 99%. 2. Sirkulasi Perifer :	Acep

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
			Warna kulit mulai berkurang, turgor kulit masih menurun, CRT < 2 detik. A (Assessment): Perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian. P (Planning): Lanjutkan pemeriksaan tanda sirkulasi perifer dan monitoring tanda vital. I (Implementation): 1. Memeriksa sirkulasi perifer pasien (nadi, warna kulit, turgor, CRT). 2. Menghindari pengukuran TD di area perfusi terbatas (TD diukur di lengan kiri). 3. Melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4. Mengajarkan edukasi program diet tinggi zat besi untuk membantu memperbaiki sirkulasi darah jangka panjang. E (Evaluation): Keluarga memahami instruksi diet defisiensi zat besi, data klinis menunjukkan tanda perbaikan perfusi (CRT stabil < 2 detik), pucat pada kulit berkurang.	
		Dx 2 Intoleransi aktivitas (D.0056)	S (Subjective): Pasien mengatakan tubuhnya sudah tidak lemas lagi. O (Objective): Pasien tampak segar, konjungtiva sudah tidak anemis lagi, dan pasien bersedia kooperatif melakukan aktivitas berjalan-jalan di sekitar ruangan. A (Assessment): Masalah teratasi (indikator kekuatan fisik pasien telah kembali normal). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan untuk diagnosa intoleransi aktivitas. Anjurkan pasien untuk mempertahankan toleransi aktivitasnya secara mandiri. I (Implementation): 1. Memonitor status kelelahan fisik terakhir (pasien tampak bugar, konjungtiva normal). 2. Menganjurkan peningkatan aktivitas bertahap secara mandiri. E (Evaluation): Pasien mampu mobilisasi penuh dengan berjalan di sekitar ruangan tanpa keluhan lemas atau pusing. Intervensi dihentikan.	

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx 3 Nausea (D.0076)	S (Subjective): Pasien mengatakan pusing dan mual sudah berkurang. O (Objective): Pasien tampak tenang, rileks, dan asupan nutrisi membaik. A (Assessment): Nausea teratasi sebagian. P (Planning): Lanjutkan intervensi monitoring mual hingga keluhan benar-benar hilang sepenuhnya. I (Implementation): 1. Memonitor ada/tidaknya sisa keluhan mual. 2. Mengelola pemberian obat penunjang kolaboratif (omeprazole injeksi 40 mg/24 jam dan ondansetron injeksi 4 mg). E (Evaluation): Pasien tidak mengeluhkan mual muntah pasca pemberian obat. Toleransi asupan makanan meningkat.	
4.	Rabu 13 Mei 2026	Dx 1 Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)	S (Subjective): Pasien mengatakan badannya sudah tidak lemas lagi. Keluarga berkomitmen untuk menjaga asupan diet tinggi zat besi secara mandiri di rumah. O (Objective): 1. TTV : TD: 120/98 mmHg, N: 83 x/menit, RR: 21 x/menit, S: 36,7 °C, SpO2: 97%. 2. Sirkulasi Perifer : Warna kulit sudah tidak pucat, turgor kulit membaik, dan CRT < 2 detik. A (Assessment): Masalah teratasi (seluruh kriteria hasil sirkulasi perifer yang efektif, hilangnya kelemahan, kulit normal, dan turgor yang baik telah terpenuhi). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan. Delegasikan rencana perawatan rumah kepada pasien dan keluarga (menjaga kepatuhan nutrisi zat besi dan menjadwalkan kontrol Hb post-transfusi ke fasilitas kesehatan terdekat). I (Implementation): 1. Memeriksa sirkulasi perifer akhir secara menyeluruh. 2. Melakukan pengukuran TD yang aman di tangan kiri. 3. Memberikan edukasi kepulauan terkait rencana perawatan rumah. E (Evaluation): Kondisi klinis sirkulasi pasien kembali normal. Rencana kontrol mandiri dipahami dengan baik oleh keluarga. Intervensi dihentikan.	Acep

No	Tanggal	Diagnosa	Catatan Perkembangan	TTD Pelaksana
		Dx 3 Nausea (D.0076)	S (Subjective): Pasien mengatakan pusing dan mual sudah tidak dirasakan lagi. O (Objective): Pasien tampak segar, ekspresi wajah rileks, dapat menghabiskan porsi makanannya dengan baik, dan tidak ada tanda-tanda muntah. A (Assessment): Masalah teratasi (faktor penyebab/pencetus mual berupa pusing telah hilang sepenuhnya). P (Planning): Hentikan intervensi keperawatan. Rekomendasikan penghentian atau transisi obat antiemetik dari injeksi ke oral sesuai dengan instruksi kepulauan dari dokter. I (Implementation): 1. Memonitor keluhan pasien pasca makan dan mobilisasi. 2. Mengoordinasikan transisi pengobatan oral untuk persiapan pasien pulang. E (Evaluation): Keluhan mual dan pusing nihil, nafsu makan normal, status klinis stabil. Intervensi dihentikan.	

B. Pembahasan

Pada bab ini penyusun akan membahas mengenai kasus yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, yaitu “Asuhan Keperawatan Pada Ny.A Dengan Gangguan Sistem Hematologi : Anemia Di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut”. Asuhan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 08 Mei 2026 sampai dengan 13 Mei 2026.

Pada pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan antara tinjauan teoritis dengan kasus dalam pelaksanaan secara nyata sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan, yaitu : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Pengkajian Keperawatan

Ny. A mengatakan badannya lemas dan pusing, ditandai dengan akral dingin, turgor menurun, CRT >3 detik, kulit dan konjungtiva pucat, dan Hb di bawah rentang normal, yaitu 8.0 g/dL. Kemudian data selanjutnya pada Ny. A mengatakan mual muncul saat pusing terjadi.

Penulis berpendapat bahwa kondisi yang dialami Ny. A menunjukkan keterkaitan yang erat antara penurunan perfusi perifer, intoleransi aktivitas dan mual (nausea) yang dipengaruhi oleh anemia berat. Keluhan lemas serta pusing yang dirasakan pasien disebabkan oleh rendahnya kadar hemoglobin, disertai dengan tanda perfusi perifer yang buruk seperti akral dingin, CRT memanjang, dan pucat, menunjukkan bahwa suplai oksigen ke jaringan tidak adekuat. Hal ini memicu tubuh untuk meningkatkan frekuensi sebagai bentuk kompensasi terhadap kondisi hipoksia. Selain itu, keluhan mual yang dirasakan oleh pasien terjadi karena darah akan lebih diprioritaskan ke organ vital utama seperti otak dan jantung, sementara organ pencernaan (termasuk lambung) mendapat jatah darah yang lebih sedikit. Akibatnya, lambung bisa mengalami kekurangan oksigen (hipoksia) dan memicu gejala seperti mual, begah, atau nyeri perut, tanpa harus mengalami sesak napas. Penulisan menunjukkan bahwa pasien dengan anemia berat berisiko tinggi mengalami gangguan oksigenasi dan perfusi jaringan, sehingga dibutuhkan pengkajian keperawatan yang menyeluruh untuk mencegah timbulnya komplikasi lebih lanjut (Brunner & Suddarth, 2020).

2. Diagnosa Keperawatan

Secara teori, tidak semua bisa dirumuskan dalam diagnose keperawatan secara nyata, karena hal ini harus ditunjang dengan data-data hasil pengkajian yang telah dilakukan. Berdasarkan hasil pengkajian masalah yang ada pada pasien dengan gangguan sistem hematologi : anemia pada kasus Ny.A yaitu :

Pada diagnosa pertama, yaitu perfusi perifer tidak efektif. Individu dengan masalah sirkulasi perfusi dengan gejala seperti pusing, mata berkunang-kunangan, lemas, akral dingin, CRT > 3 detik, turgor kulit > 2 detik, penurunan konsentrasi Hb yaitu 8,0 g/dl, dan akhirnya masalah yang muncul adalah perfusi perifer tidak efektif. Diagnosa ini ditegakkan ketika sirkulasi kapiler menurun yang berpotensi mengganggu metabolisme. Indikator utama pendukung

diagnosa meliputi CRT >3 detik, turgor >2 detik, kulit pucat, akral terasa dingin, serta konjungtiva pucat (SDKI, 2018).

Untuk diagnosa kedua, yaitu intoleransi aktivitas dengan masalah kelemahan dengan gejala keadaan umum lemah, warna kulit pucat, akral dingin, konjungtiva anemis, dan akhirnya masalah yang muncul adalah intoleransi aktivitas. Diagnosa ini ditegakkan ketika ada kelemahan yang berpotensi mengganggu aktivitas sehari-hari. Indikator utama pendukung diagnosa meliputi keadaan umum lemah, warna kulit pucat, akral dingin, dan konjungtiva pucat (SDKI 2018).

Pada diagnosa ketiga, yaitu nausea dengan masalah mengeluh mual dengan gejala distensi lambung serta pucat dan akhirnya masalah yang muncul adalah nausea. Diagnosa ini ditegakkan ketika ada keluhan mual dan pucat (SDKI 2018).

3. Intervensi Keperawatan

Penyusunan rencana tindakan keperawatan ini disesuaikan berdasarkan situasi dan kondisi serta sumber fasilitas yang ada. Masalah yang muncul pada Ny.A diantaranya ialah perfusi perifer tidak efektif, intoleransi aktivitas dan nausea. Penulis menggunakan standar yang sudah ditetapkan oleh PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), yaitu berdasarkan buku referensi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018).

Untuk diagnosa pertama, peneliti merancang intervensi berdasarkan SIKI untuk mencegah komplikasi perfusi perifer, yaitu perawatan sirkulasi (I.02079) dan transfusi darah (I.02089). Perawatan sirkulasi meliputi pemeriksaan nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, dan suhu kulit, kaji faktor risiko, pemantauan tanda kemerahan, nyeri, atau bengkak, serta pencegahan cedera dan infeksi. Intervensi tambahan mencakup perawatan kaki dan kuku, hidrasi adekuat, olahraga rutin, pemeriksaan air mandi, diet untuk meningkatkan sirkulasi (rendah lemak jenuh, kaya omega-3), serta edukasi tanda darurat yang harus dilaporkan. Transfusi darah mencakup perencanaan dan edukasi pasien,

pemantauan TTV sebelum, saat, dan sesudah transfusi, pemeriksaan respons transfusi, pemeriksaan double label darah, memastikan akses intravena paten, pemberian NaCl 0,9% sebelum transfusi, pengaturan kecepatan aliran transfusi sesuai berat badan, dan penghentian transfusi jika terjadi reaksi. Beberapa intervensi tidak dilakukan karena disesuaikan dengan kondisi pasien (SIKI, 2018).

4. Implementasi Keperawatan

Pada tahap ini penulis berusaha melaksanakan tindakan yang telah direncanakan. Penulis tidak menemukan data atau respons yang menyimpang antara teori dan praktik lapangan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan, penulis selalu menjelaskan kepada pasien sesuai prosedur sehingga pasien kooperatif dan mendukung tindakan keperawatan yang dilakukan. Secara keseluruhan, pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan dapat terlaksana secara lancar sesuai dengan rencana tindakan yang telah ditetapkan sebelumnya.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada Ny. Penulis menemukan tiga masalah keperawatan yang dapat teratasi, yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan hemoglobin, intoleransi aktivitas, dan mual. Hasil asuhan keperawatan sudah mencukupi data untuk menetapkan ketiga diagnosa tersebut sebagai masalah yang sudah teratasi.

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 4 hari di rumah sakit penulis mengevaluasi pasien dan didapatkan hasil :

Hasil evaluasi pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan hemoglobin didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien mengatakan keluhan badan lemas sudah tidak dirasakan lagi dengan hasil kulit sudah tidak pucat, konjungtiva sudah tidak anemis, CTR <2, dan hasil pemeriksaan laboratorium dari Hb 8,0 g/dl meningkat menjadi Hb 13,2 g/dl, Sehingga masalah perfusi perifer tidak efektif sudah teratasi dan pasien

dapat pulang pada hari ke-4, di mana pada hari keempat tersebut pasien mengatakan badannya sudah tidak merasakan lemas lagi.

Hasil evaluasi pada diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3×24 jam. Didapatkan data bahwa pasien sudah bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara bertahap, namun dilakukan secara mandiri dengan kekuatan otot 5/5. Hal tersebut sudah meningkat dari kondisi awal, di mana saat awal masuk rumah sakit pasien masih belum bisa melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri dan kekuatan otot ekstremitas bawah 4/4. Masalah gangguan mobilitas fisik sudah dinilai teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan. Walaupun pasien masih harus ditemani dalam setiap aktivitas sehari-hari.

Hasil evaluasi pada diagnosa nausea berhubungan dengan distensi lambung didapatkan setelah dilakukan perawatan selama 3×24 jam. Pasien mengatakan mual saat terjadi. Pusing sudah tidak dirasakan lagi. Pasien mengatakan sudah tahu cara mengatasi mual dengan teknik tarik napas dalam. Masalah nausea dinilai sudah teratasi karena sudah mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A Dengan gangguan sistem hematologi : Anemia di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr.Slamet Garut pada tanggal 08-13 Mei 2026, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD dr.Slamet Garut
2. Penulis mampu menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah yang terjadi pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi.
3. Penulis mampu menetapkan perencanaan keperawatan pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi berdasarkan diagnose prioritas yang telah disusun.
4. Penulis mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ny. A dengan Dangguan Sistem Hematologi : Anemia Defisiensi Besi sesuai rencana yang telah ditetapkan.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah dilakukan pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi.
6. Penulis mampu membuat dokumentasi keperawatan pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi: anemia defisiensi besi di Ruang Agate Atas UOBK RSUD dr.Slamet Garut dalam bentuk karya tulis ilmiah.

B. Rekomendasi

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. A dengan gangguan sistem hematologi : Anemia Secara sistematis dan komprehensif, penulis menyarankan kepada:

1. Institusi Pendidikan

Diharapkan institusi pendidikan keperawatan dapat terus mengembangkan teori mengenai asuhan keperawatan pada penderita anemia, khususnya pada perawatan sirkulasi dan pentingnya menjaga kesehatan sirkulasi, terutama pada perempuan, dikarenakan perempuan mengalami siklus biologis yang menyebabkan mereka kehilangan banyak darah, seperti kondisi menstruasi, kehamilan, dan persalinan, yang membuat perempuan membutuhkan asupan zat besi lebih tinggi daripada laki-laki.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi rumah sakit, diharapkan untuk menyediakan fasilitas lebih lengkap untuk menunjang penerapan asuhan keperawatan yang lebih optimal.

3. Bagi Perawat

Diharapkan bagi setiap perawat untuk selalu menerapkan standar prosedur tindakan yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tanpa membedakan status pasien. Khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien penderita anemia, diharapkan semua perawat dapat selalu menerapkan konsep aseptik dan steril pada alat-alat yang akan digunakan.

4. Bagi Pasien dan Keluarga

Dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan, diharapkan pasien dan keluarga dapat bekerja sama dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Keluarga juga diharapkan mampu memberi dukungan pada pasien sebagai bentuk support system, sehingga pasien dapat termotivasi

untuk melakukan perawatan sirkulasi yang dapat membantu mempercepat masa pemulihan.

5. Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan penelitian dengan desain dan jumlah sampel yang lebih besar serta mengkaji faktor-faktor lain yang berhubungan dengan kejadian anemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Brahmantya, G. (2025). *Karakteristik dan Manifestasi Klinis Umum pada Pasien Anemia Dewasa*. Jurnal Kedokteran Indonesia, 12(1), 45-52.
- Cappellini, M. D., & Motta, I. (2017). *Anemia in Clinical Practice*. American Journal of Hematology, 92(10), 1085-1093.
- Chaparro, C. M., & Suchdev, P. S. (2019). *Anemia epidemiology, pathophysiology, and etiology in low- and middle-income countries*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1450(1), 15-31.
- Dewi, R., et al. (2022). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada Gangguan Sistem Hematologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Fatihah, N. (2020). *Berpikir Kritis dalam Tahapan Evaluasi Proses Keperawatan*. Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia, 4(2), 88-95.
- Hadinata, D. (2022). *Pengantar Teori dan Model Konseptual Asuhan Keperawatan Profesional*. Bandung: Alfabeta.
- Handayani, S., et al. (2022). *Dampak Jangka Panjang Anemia Defisiensi Besi pada Usia Produktif*. Jurnal Kesehatan Masyarakat, 10(3), 201-208.
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2021). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2021–2023* (12th ed.). Oxford: Thieme.
- Kapoh, G., et al. (2021). *Faktor Risiko Kejadian Anemia pada Wanita Usia Subur di Wilayah Tropis*. Jurnal Epidemiologi Indonesia, 5(2), 112-119.
- Kusmiati, E. (2024). *Patofisiologi Sel Darah dan Klasifikasi Anemia Berdasarkan Morfologi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Moore, C. A., & Adil, A. (2021). *Macrocytic Anemia*. StatPearls. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459295/>
- Ningrum, W., et al. (2022). *Mekanisme Kompensasi Kardiovaskular dan Oksigenasi Otak pada Penderita Anemia Berat*. Jurnal Fisiologi Indonesia, 16(1), 34-41.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI): Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.

- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (Edisi 1). Jakarta: DPP PPNI.
- Purba, S. (2020). *Manajemen Implementasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO)*. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Raurell-Torredà, M., et al. (2025). *Advanced Physical Assessment Skills in Contemporary Nursing Practice. International Nursing Review*, 72(1), 54-63.
- Saad, M., et al. (2025). *Diagnostic Approach and Laboratory Evaluation of Chronic Anemia Practice Guidelines. Journal of Clinical Pathology*, 78(2), 142-150.
- Şanlıalp Zeyrek, A., & Fidan, H. (2025). *The Relationship Between Early Physical Assessment and Detection of Patient Deterioration. Journal of Advanced Nursing*, 81(4), 923-932.
- Sianturi, R. (2022). *Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP: Teori dan Aplikasi Klinis*. Jakarta: EGC.
- Sunarsih, S., Mariza, A., & Ulfa, M. (2024). *Prevalensi dan Faktor Determinan Anemia pada Masyarakat Komunitas. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 20(1), 12-21.
- Suprpto, S. (2022). *Komplikasi Sistemik dan Manajemen Keadaan Darurat pada Pasien Anemia Kronis. Jurnal Keperawatan Klinis*, 7(2), 77-84.
- Tiranda, Y., & Ginanjar, A. (2025). *Sistem Pengkajian Dinamis dalam Manajemen Pelayanan Keperawatan Modern. Jurnal Keperawatan Indonesia*, 28(1), 58-67.
- Ulva, F., et al. (2022). *Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Gangguan Sistem Hematologi: Fokus pada Penatalaksanaan Anemia*. Padang: PT Global Eksekutif Teknologi.
- UOBK RSUD Dr. Slamet Garut. (2026). *Data Rekam Medis dan Prevalensi Kasus Anemia Tahun 2026*. Garut: Subbagian Rekam Medis UOBK RSUD Dr. Slamet Garut (Dokumen Rekam Medis Internal).
- Widyaningsih, T. (2022). *Peran Edukatif Perawat dalam Kepatuhan Terapi Suplemen Zat Besi di Komunitas. Jurnal Keperawatan Komunitas*, 6(2), 145-153.
- Wiseman, T., et al. (2023). *Systematic Approach to Holistic Nursing Assessment. Journal of Clinical Nursing*, 32(11), 2451-2460.

- Zaki, M., Siregar, H., & Pratama, A. (2024). *Pencegahan Preventif Anemia Melalui Keseimbangan Nutrisi Mikronutrien*. Jurnal Gizi dan Kesehatan, 16(2), 210-218.
- Zulfiqni, N., & Suandika, M. (2022). *Efikasi Sumber Zat Besi Hewani dan Nabati Lokal terhadap Peningkatan Kadar Hemoglobin*. Jurnal Nutrisi Klinis Indonesia, 19(3), 132-139.

LAMPIRAN I

SATUAN ACARA PENYULUHAN ANEMIA

Pokok Bahasan	: Penyakit Anemia
Sub Pokok Bahasan	: Pencegahan Anemia
Sasaran	: Ny. A
Hari/tanggal	: Rabu, 13 Mei 2026
Waktu	: 30 menit
Tempat	: Di Ruang Agate Atas UOBK RSUD Dr. Slamet Garut
Penyuluh	: Acep Iyang Z D

A. Tujuan

Setelah diberikan penyuluhan mengenai anemia dan pencegahan primer.

Selama 30 menit diharapkan sasaran dapat mengetahui, memahami, serta dapat mengimplementasikan materi yang sudah disampaikan

B. Materi

1. Definisi Anemia
2. Penyebab Anemia
3. Tanda dan Gejala Anemia
4. Cara mencegah Anemia

C. Metode

1. Diskusi
2. Tanya jawab

D. Media

1. Leafle

E. Strategi Pelaksanaan

No	Kegiatan Penyuluhan	Peserta	Waktu
1.	Pembukaan : 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menyampaikan tentang tujuan pokok materi 4. Menyampaikan pokok pembahasan 5. Kontrak waktu	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan menyimak	5 Menit
2.	1. Menjelaskan definisi Anemia 2. Menjelaskan penyebab terjadinya Anemia 3. Menjelaskan tanda dan gejala Anemia 4. Menjelaskan pencegahan primer dari Anemia	1. Memperhatikan 2. Mendengarkan	5 Menit
3.	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan 2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan. 3. Memberi salam	1. Menjawab pertanyaan 2. Membaca 3. Menjawab salam	5 Menit

F. Evaluasi

1. Menjelaskan tentang pengertian anemia
2. Menjelaskan tentang penyebab anemia
3. Menjelaskan tanda dan gejala anemia
4. Menjelaskan tentang pencegahan anemia
5. Jenis makanan untuk anemia

PEMBAHASAN PENYAKIT ANEMIA

A. Definisi Anemia

Anemia (dalam bahasa Yunani: tanpa darah) adalah keadaan saat jumlah sel darah merah atau jumlah hemoglobin (protein pembawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Anemia adalah berkurangnya jumlah eritrosit, kuantitas hemoglobin, dan volume packed red blood cells (hematokrit) per 100 ml darah. Anemia atau kurang darah adalah kondisi ketika tubuh kekurangan sel darah merah yang sehat atau ketika sel darah merah tidak berfungsi dengan baik. Anemia dapat terjadi secara sementara atau dalam jangka panjang, dengan tingkat keparahan yang ringan sampai berat. Anemia terjadi ketika kadar hemoglobin (bagian utama dari sel darah merah yang mengikat oksigen) berada di bawah normal.

B. Penyebab Umum dari Anemia

Anemia terjadi karena berbagai sebab, seperti defisiensi besi, defisiensi asam folat, defisiensi vitamin B12, dan defisiensi protein. Secara langsung, anemia terutama disebabkan oleh produksi/kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut maupun menahun.

1. Defisiensi zat gizi

- a. Rendahnya asupan zat gizi, baik hewani maupun nabati, yang merupakan pangan sumber zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah/eritrosit. Zat gizi lain yang berperan penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asam folat dan vitamin B12.
- b. Pada penderita penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/AIDS, dan keganasan seringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan zat gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri

2. Perdarahan (Loss of blood volume)

- a. Perdarahan karena kecacingan dan trauma atau luka yang mengakibatkan kadar Hb menurun.

b. Perdarahan karena menstruasi yang lama dan berlebihan

3. Hemolitik

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

b. Pada penderita thalassemia, kelainan darah terjadi secara genetik yang menyebabkan anemia karena sel darah merah/eritrosit cepat pecah, sehingga mengakibatkan akumulasi zat besi dalam tubuh.

C. Tanda dan Gejala

Gejala yang sering ditemui pada penderita anemia adalah 5 L (Lesu, Letih, Lemah, Lelah, Lalai), disertai sakit kepala dan pusing (“kepala muter”), mata berkunang-kunang, mudah mengantuk, cepat capai serta sulit konsentrasi. Secara klinis, penderita anemia ditandai dengan “pucat” pada muka, kelopak mata, bibir, kulit, kuku dan telapak tangan.

D. Pencegahan primer pada anemia

Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia dilakukan dengan memberikan asupan zat besi yang cukup ke dalam tubuh untuk meningkatkan pembentukan hemoglobin. Upaya yang dapat dilakukan adalah:

1. Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi

Meningkatkan asupan makanan dengan pola makan bergizi seimbang yang terdiri dari aneka ragam makanan, terutama sumber pangan hewani yang kaya zat besi (besi heme) dalam jumlah yang cukup sesuai dengan AKG. Selain itu, juga perlu meningkatkan sumber pangan nabati yang kaya zat besi (besi non-heme), walaupun penyerapannya lebih rendah dibandingkan dengan hewani. Makanan yang kaya akan sumber zat besi dari hewani, contohnya hati, ikan, daging dan unggas, sedangkan dari nabati yaitu sayuran berwarna hijau tua dan kacang-kacangan. Untuk meningkatkan penyerapan zat besi dari sumber nabati, perlu mengonsumsi buah-buahan yang mengandung vitamin C, seperti jeruk dan

jambu. Penyerapan zat besi dapat dihambat oleh zat lain, seperti tanin, fosfor, serat, kalsium, dan fitat.

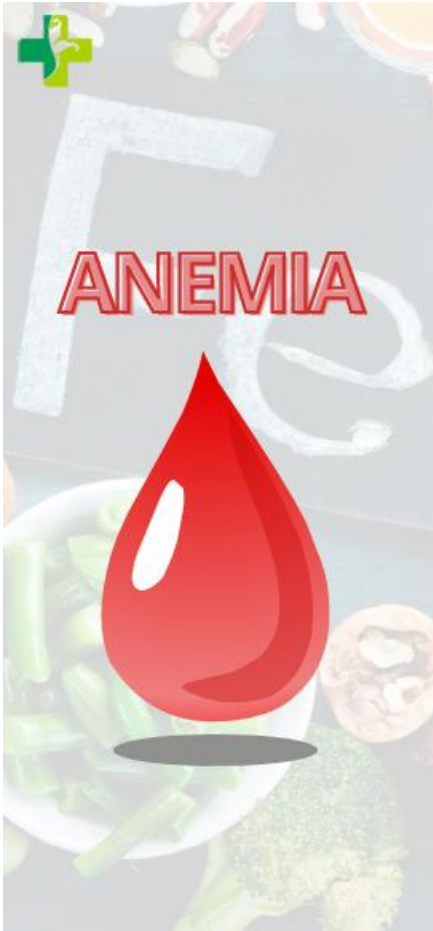
2. Fortifikasi bahan makanan dengan zat besi

Fortifikasi bahan makanan adalah menambahkan satu atau lebih zat gizi ke dalam pangan untuk meningkatkan nilai gizi pada pangan tersebut. Penambahan zat gizi dilakukan pada industri pangan. Untuk itu, disarankan membaca label kemasan untuk mengetahui apakah bahan makanan tersebut sudah difortifikasi dengan zat besi. Makanan yang sudah difortifikasi di Indonesia antara lain tepung terigu, beras, minyak goreng, mentega, dan beberapa snack. Zat besi, vitamin, dan mineral lain juga dapat ditambahkan ke dalam makanan yang disajikan di rumah tangga dengan bubuk tabur gizi yang juga dikenal sebagai Multiple Micronutrient Powder.

3. Suplementasi zat besi

Pada keadaan di mana zat besi dari makanan tidak mencukupi kebutuhan terhadap zat besi, perlu didapat dari suplementasi zat besi. Pemberian suplementasi zat besi secara rutin selama jangka waktu tertentu bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara cepat dan perlu dilanjutkan untuk meningkatkan simpanan zat besi di dalam tubuh.

LAMPIRAN II



ANEMIA adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal

TANDA-TANDA (4L)

1. Lemah
2. Letih
3. Lesu
4. Lunglai



PENYEBAB ANEMIA

- Asupan zat besi dari makanan tidak mencukupi.
- Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi misal pada Ibu hamil, tumbuh kembang pada remaja, akibat penyakit kronis seperti TBC, infeksi, dan lain-lain.
- Pendarahan yang disebabkan infeksi cacing tambang, malaria, haid berlebih, melahirkan, dan lain-lain.

AKIBAT ANEMIA GIZI

- **Remaja** : Menurunnya kemampuan dan konsentrasi belajar atau daya tangkap.
- **Dewasa perempuan** : Menurunnya kebugaran aktivitas sehari-hari.
- **Setelah menikah** : Sebagai calon Ibu dapat membahayakan kehamilan.
- **Wanita hamil** :
 1. Pendarahan sebelum atau saat persalinan.
 2. Resiko melahirkan Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR)
 3. Meningkatkan resiko kematian Ibu dan bayi
 4. Cadangan besi bagi bayi

DIET TINGGI FE

Makanan sehari-hari perlu diatur agar kebutuhan Fe tubuh terpenuhi.

Tujuan Diet



Memberikan makanan yang dapat meningkatkan dan memperbaiki keadaan anemia dari segi pemasukan dan penyerapan



SYARAT DIET

- Memberikan energi sesuai kebutuhan pasien.
- Memberikan makanan dengan protein tinggi.
- Meningkatkan konsumsi bahan makanan yang kaya atau telah difortifikasi dengan Fe/Folat/vitamin B12.
- Mengonsumsi makanan yang tinggi vitamin C.

Bahan Makanan yang Harus Dihindari

- Hindari mengonsumsi makanan atau minuman yang mengandung tanin, kalsium, fitat, dan oksalat. Karena, dapat menghambat penyerapan zat besi di dalam tubuh.
- Hindari pula mengonsumsi teh, kopi dan coklat.

HINDARI KONSUMSI TEH DAN KOPI SETELAH MAKAN !!



Bahan Makanan yang Dianjurkan

- Makanan yang kaya zat besi, asam folat dan vitamin B (hati, daging, kuning telur, ikan teri (makanan dari laut lainnya)), susu dan kacang-kacangan (tempe, tahu, susu kedelai) dan sayuran berwarna hijau tua (bayam, daun singkong, kangkung).
- Makanan yang banyak mengandung vitamin C (jeruk, tomat, mangga dan lain-lain)

CARA MEMASAK DIET

- Jangan memasak makanan terlalu lama.
- Hindari minum kopi, teh, dan coklat saat makan besar. Dianggap boleh jika minimal 2 jam sebelum atau setelah makan.

LAMPIRAN III

DOKUMENTASI



LAMPIRAN IV

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



1. Identitas Pribadi

Nama	: Acep Iyang Z D
NIM	: KHGA23092
Tempat Tanggal Lahir	: Garut, 20 November 2002
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Bojong Nyondong Kahoyong Rt 03 Rw 06 Desa Wanamekar Kec Wanaraja

2. Riwayat Pendidikan

- a. SD N 1 Tegal Panjang
- b. SMP N 1 Sukawening
- c. SMA N 18 Garut
- d. Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Acep Iyang Z D
NIM : KHGA23092
Pembimbing : Iin Patimah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Judul : ASUHAN KEPERAWAAN PADA NY.A DENGAN GANGGUAN SISTEM KEMATOLOGI : ANEMIA DEFISIENSI ZAT BESI DI RUANG AGATE ATAS UOBK RSUD DR. SLAMET GARUT

No	Tanggal Bimbingan	Materi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	12 Juni 2026	BAB I A. Latar Belakang B. Tujuan Penulisan C. Metode Penulisan D. Sistematika Penulisan		
2.	17 Juni 2026	BAB II A. Konsep Anemia 1. Definisi 2. Klasifikasi 3. Etiologi 4. Patofisiologi 5. Pathway 6. Manifestasi Klinis 7. Pemeriksaan Penunjang 8. Komplikasi 9. Penatalaksanaan B. Konsep Asuhan Keperawatan 1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Intervensi 4. Implementasi 5. Evaluasi		

No	Tanggal Bimbingan	Materi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
3.	20 Juni 2026	BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi 6. Catatan perkembangan B. Pembahasan 1. Pengkajian 2. Diagnosa 3. Intervensi 4. Implementasi 5. Evaluasi		
4.	24 Juni 2026	Revisi ke 1 BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi 6. Catatan perkembangan		
5.	27 Juni 2026	Revisi ke 2 BAB III A. Tinjauan Kasus 1. Pengkajian 2. Analisa Data 3. Diagnosa 4. Intervensi 5. Implementasi 6. Catatan perkembangan		

No	Tanggal Bimbingan	Materi	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
6.	31 Juni 2026	BAB IV A. Kesimpulan B. Rekomendasi		
7.	2 Juli 2026	• ACC BAB I – IV • Pembuatan Power point		
8.	3 Juli 2026	• ACC Power Point • Persetujuan Sidang		