

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN
THALASEMIA YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



OLEH :

NUR RACHMI SAUSAN
NIM.P07220117066

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN ANAK DENGAN
THALASEMIA YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep) Pada
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



OLEH :
NUR RACHMI SAUSAN
NIM. PO7220117066

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
SAMARINDA
2020**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil Karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari Karya Tulis Ilmiah orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan 9 Mei 2020

Yang menyatakan

Nur Rachmi Sausan
NIM. P07220117066

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL 12 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Rus Andraini, A.Kp.,MPH
NIP. 4006027101

Pembimbing Pendamping

Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd
NIDN. 4023126901

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Ns. Andi Lis Arming Gandini, S.Kep.,M. Kep
NIP.196803291994022001
LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia
Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah diuji
Pada tanggal 12 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

Ns. Asnah, S.Kep., M.Pd
NIDN. 4008047301

(.....)

Penguji Anggota :

1. **Rus Andraini, A.Kp., MPH**
NIDN. 4006027101

(.....)

2. **Ns. Siti Nurvanti, S.Kep., M.Pd**
NIDN. 4023126901

(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Kemenkes Kalimantan Timur

Ketua Program Studi D-III Poltekkes
Kemenkes Kalimantan Timur,

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes
NIP. 196508251985503200

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep
NIP. 196803291994022001

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Nur Rachmi Sausan
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan 10 April 1999
4. Agama : Islam
5. Alamat : jl. Alfalah Rt 37 No 60 Kelurahan Baru ilir
Kecamatan Balikpapan Barat

B. Riwayat Pendidikan

1. Tahun 2005-2006 : TK Diponogoro
2. Tahun 2006-2012 : SD Negeri 004 Balikpapan Utara
3. Tahun 2012-2014 : SMP Negeri 9 Balikpapan
4. Tahun 2014-2017 : SMA Negeri 3 Balikpapan
5. 2017- Sekarang : Mahasiswa Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kaltim

LEMBAR PERSEMBAHAN

Alhamdulillah puji dan syukur saya panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dan tidak lupa juga shalawat dan salam saya limpahkan kepada baginda nabi rasulullah shallahu'alahi wasallam. Persembahan tugas akhir ini dan rasa terima kasih aku ucapkan untuk :

Kedua Orang Tuaku Tercinta Sebagai tanda bakti, hormat dan rasa terima kasih yang tiada terhingga karya tulis ini kupersembahkan teruntuk kedua orang tua ku tercinta mamaku sri gustina dan Bapakku Dahir rahimahullah dan Keluarga ku telah memberikan ku dukungan , doa serta motivasi baik secara moril maupun materi.

Teruntuk kakaku (Muhammad takdir) dan adik-adik ku (fachri dan hanif) sahabat ku via dan muhammad akbar yang selalu mendoakan, memberiku semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan atugas akhir ini. Semoga doa dan semua hal yang terbaik menjadikan ku orang yang baik pula amin.

Teruntuk dosen pembimbing tugas akhirku ibu Rus Andraini, A.Kp.,MPH dan ibu Ns. Siti Nuryanti,S.Kep.,M.Pd, Terima kasih saya ucapkan kerana telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk membantu membimbing saya dan memberikan arahan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Teruntuk dosen keperawatan, terima kasih ibu telah memimbing saya dengan sabar dalam 3 tahun ini dan memberikan ilmu dan pengalaman yang sangat berharga dan berguna dikemudian hari.

Teruntuk Squad Anak Cantik (Ani, Bella, intan, pebriana, nokar, tiara, najah, lely dan riska alhamdulillah akhirnya kita sudah mencapai apa yang kita usahakan selama ini terima kasih ya guys sudah selalu ada dan selalu semangat in satu sama lain dalam menyelesaikan tugas akhir ini sukses buat kita semua ya guys.

Dan Teruntuk Angkatan 6 Keperawatan Kelas Balikpapan, terima kasih semua atas semangat dan kebersamaan selama tiga tahun menuntut ilmu di poltekkes ini semoga allah senantiasa memberikan kemudahan dan kesuksesan kepada kita amin.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu wata'ala,shalawat dan salam selalu tercurahkan kepada Baginda rasullulah shallahu'alaihi wasallam, atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan Karya tulis ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Samarinda Kelas B dengan Judul “Asuhan Keperawatan pada Klien Anak dengan Thalasemia yang di Rawat di Rumah Sakit”

Dalam penyusunan KTI peneliti banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Ns Andi lis Arming Gandini.M.Kep selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
3. Hj.Umi Kalsum.S.Pd.,M.Kes selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.

5. Rus Andraini.,A.Kp.,MPH, selaku Pembimbing I dalam penyelesaian KTI.
6. Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd, selaku Pembimbing II dalam penyelesaian KTI.
7. Seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan KTI ini.

Karya tulis ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhirnya hanya kepada Tuhan Yang Maha Esa kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah dihadapan Tuhan.

Balikpapan, 10 Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

“ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN THALASEMIA YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT”

Thalassemia adalah penyakit genetic yang terdeteksi disaat seseorang masih dalam usia anak-anak. menurut *World Health Organization* (WHO) kurang lebih 7% dari penduduk dunia mempunyai gen thalasemia.

Penelitian ini menggunakan metode *literature review* dengan pendekatan Asuhan Keperawatan dengan mengambil sampel sebanyak 2 responden yang dirawat di poliklinik thalassemia RSUP DR Hasan sadikin Bandung dan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Berdasarkan analisa data, didapatkan pada klien 1 timbul masalah Gangguan perfusi jaringan dan intoleransi aktivitas dan pada klien 2 timbul masalah Perfusi Perifer Tidak Efektif, Defisit Nutrisi, Intoleransi Aktivitas, Resiko Infeksi, dan Gangguan Tumbuh Kembang. Pada klien 1 subjek terjadi peningkatan status kesehatan yaitu teratasinya beberapa masalah seperti Perfusi Perifer Tidak Efektif. Sedangkan pada klien 2 terjadi peningkatan status kesehatan yaitu teratasinya beberapa masalah seperti Perfusi Perifer Tidak Efektif, Intoleransi Aktivitas dan Resiko Infeksi tidak terjadi.

Berdasarkan hasil studi kasus tersebut maka disarankan bagi peneliti dapat menambah wawasan dan pedoman-pedoman baru mengenai proses keperawatan dengan SDKI, SIKI, dan SLKI dan diharapkan bagi rumah sakit untuk lebih diperhatikan lagi bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komperhensif, serta memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat sehingga kedepannya dapat memutus rantai penularan penyakit thalassemia.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan Anak, Thalasemia

ABSTRACT

“NURSING CARE OF WITH THALASEMIA TREATED IN HOSPITAL”

Thalassemia is a genetic disease that is detected when someone is still a child. According to the World Health Organization (WHO) approximately 7% of the world's population has the thalassemia gene.

This study uses a literature review method with the Nursing Care approach by taking a sample of 2 respondents who were treated at the thalassemia clinic of Dr. Hasan Sadikin Hospital Bandung and in the Melati Room of Abdul Wahab Sjahranie Hospital Samarinda.

Based on data analysis, it was found in client 1 that there were problems with tissue perfusion and activity intolerance and client 2 had ineffective peripheral perfusion problems, nutritional deficits, activity intolerance, risk of infection, and developmental disorders. In client 1, the subject of an increase in health status was to address several issues such as Peripheral Perfusion Not Effective Whereas client 2 experienced an increase in health status, namely overcoming a number of problems such as ineffective peripheral perfusion, activity intolerance and risk of infection.

Based on the results of the study released below, it is proposed for researchers to provide insight and guidance related to the nursing process with the SDKI, SIKI, and SLKI and it is expected that hospitals will discuss again for health workers in providing professional and comprehensive nursing care, as well as provide health education for the community so that it can break the chain of transmission of thalassemia.

Keywords: Child Nursing Care, Thalassemia

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Sampul Depan	
Halaman Sampul Dalam	i
Halaman Pernyataan.....	ii
Halaman Persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Daftar Riwayat Hidup	v
Lembar Persembahan	vi
Kata Pengantar	vii
Abstrak	ix
Daftar Isi.....	xi
Daftar Bagan	xv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Lampiran	xviii
 BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Thalasemia	9
1. Pengertian	9
2. Etiologi	10
3. Klasifikasi.....	11
4. Anatomi Fisiologi	12
5. Tanda dan Gejala.....	16
6. Patofisiologi	17
7. Pemeriksaan Penunjang	18
8. Penatalaksanaan	20
9. Komplikasi	25
B. Konsep Masalah Keperawatan	28
1. Pengertian Masalah	28
2. Komponen Masalah Keperawatan	28
3. Faktor yang berhubungan.....	29
4. Pathway Thalasemia	30
5. Masalah keperawatan pada thalassemia	31
C. Asuhan Keperawatan Thalasemia	35
1. Pengkajian	35
2. Diagnosa Keperawatan	39
3. Intervensi Keperawatan	44
4. Implementasi Keperawatan	51
5. Evaluasi Keperawatan	52

D. Konsep Keperawatan Anak.....	53
1. Paradigma Keperawatan Anak.....	53
2. Prinsip Keperawatan Anak.....	55
3. Peran Perawat Anak	57
4. Pertumbuhan dan Perkembangan.....	60
5. Batasan Usia Anak	61
6. Hospitalisasi	62

BAB III METODE PENELITIAN

A. Pendekatan/Desain Penelitian	66
B. Subyek Penelitian.....	66
C. Definisi Operasional.....	66
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	67
E. Prosedur Penelitian	67
F. Metode dan Instrument Pengmpulan Data	68
G. Keabsahan Data	69
H. Analisa Data	69

BAB VI HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil	70
1. Gambaran lokasi/penelitian.....	70
a. Pengkajian	70
b. Diagnosa	81
c. Intervensi	84
d. Implementasi	88

e. Evaluasi	93
B. Pembahasan.....	102
1. Pengkajian.....	102
2. Diagnosa	106
3. Intervensi.....	115
4. Implementasi.....	123
5. Evaluasi.....	129

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	133
B. Saran.....	135

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN – LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

	Halaman
Bagan 2.1	30

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1	12

DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 4.1	71
Tabel 4.2	76
Tabel 4.3	80
Tabel 4.4	81
Tabel 4.5	81
Tabel 4.6.....	84
Tabel 4.7	88
Tabel 4.8.....	88
Tabel 4.9.....	94
Tabel 4.10.....	95

DAFTAR LAMPIRAN

Daftar Lampiran

- Lampiran 1 Asuhan Keperawatan pada Klien 1 dengan judul Asuhan Keperawatan pada klien An.Z dengan thalassemia mayor dan hemosiderosis di Poliklinik Thalasemia RSUP Dr Hasan sadikin Bandung
- Lampiran 2 Asuhan Keperawatan pada Klien 2 dengan judul Asuhan keperawatan Anak dengan Thalasemia di ruang rawat mawar melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
- Lampiran 3 Lembar konsultasi
- Lampiran 4 Dokumentasi Seminar Hasil

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit kronik merupakan kondisi yang menyebabkan anak menjalani hospitalisasi minimal selama satu bulan dalam satu tahun, dan umumnya mendapatkan pengobatan rutin dalam jangka waktu yang lama. Prevalensi penyakit kronik di beberapa negara maju cenderung meningkat. Data survey nasional memperkirakan bahwa sekitar 30% dari semua anak Indonesia mempunyai bentuk kondisi yang kronik (Dahnil et al., 2017).

Salah satu penyakit kronik yang banyak terjadi di Indonesia adalah penyakit thalasemia. Talasemia merupakan penyakit kronik yang diturunkan secara autosomal resesif dari orang tua kepada anaknya yang disebabkan oleh defisiensi sintesis rantai polipeptida yang mempengaruhi sumsum tulang produksi hemoglobin dengan manifestasi klinis anemia berat (Potts & Mendleco, 2007). Talasemia adalah penyakit genetik yang terdeteksi disaat seseorang masih dalam usia anak-anak. Penyakit genetic ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumsum tulang membentuk protein yang dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin (Rosnia et al., 2015).

Thalasemia merupakan penyakit kelainan darah yang di wariskan dan merupakan kelompok penyakit hemoglobinopati (Marnis et al.,2018). Talasemia sebagai penyakit genetik yang diderita seumur hidup akan membawa banyak masalah bagi penderitanya. Talasemia merupakan kelainan

seumur hidup yang disebabkan oleh kelainan gen autosom resesif, pada gen kromosom ke-16 pada alfa thalasemia dan kromosom ke-11 pada beta thalassemia. Thalasemia adalah suatu penyakit keturunan yang diakibatkan oleh kegagalan pembentukan salah satu dari empat rantai asam amino yang membentuk hemoglobin, sehingga hemoglobin tidak terbentuk sempurna. Tubuh tidak dapat membentuk sel darah merah yang normal, sehingga sel darah merah mudah rusak atau berumur pendek kurang dari 120 hari dan terjadilah anemia (Rahayuet al., 2016).

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit thalasemia merupakan penyakit genetik terbanyak di dunia yang saat ini sudah dinyatakan sebagai masalah kesehatan dunia. kurang lebih 7% dari penduduk dunia mempunyai gen thalasemia. Data dari World Bank menunjukkan bahwa 7% dari populasi dunia merupakan pembawa sifat thalassemia. Setiap tahun sekitar 300.000-500.000 bayi baru lahir disertai dengan kelainan hemoglobin berat, dan 50.000 hingga 100.000 anak meninggal akibat thalassemia β ; 80% dari jumlah tersebut berasal dari negara berkembang. Indonesia termasuk salah satu negara dalam sabuk thalassemia dunia, yaitu negara dengan frekuensi gen (angka pembawa sifat) thalassemia yang tinggi. Hal ini terbukti dari penelitian epidemiologi di Indonesia yang mendapatkan bahwa frekuensi gen thalassemia beta berkisar 3-10% (Kemenkes, 2018). Saat ini terdapat lebih dari 10.531 pasien thalassemia di Indonesia, dan diperkirakan 2.500 bayi baru lahir dengan thalassemia di indonesia. Berdasarkan data dari Yayasan Thalassemia Indonesia, terjadi peningkatan kasus Thalasemia yang terus menerus sejak

tahun 2012 4896 kasus hingga tahun 2018 8761 kasus (Kemenkes RI, 2019). Thalassemia menjadi penyakit yang memakan banyak biaya di antara penyakit tidak menular lainnya, setelah jantung, kanker, ginjal, dan stroke. Penyakit ini umumnya diidap oleh anak-anak dengan rentang usia 0 bulan hingga 18 tahun. Setidaknya sebanyak 420.392 orang mengidap thalassemia (Kemenkes RI, 2017). Menurut Riskesdas 2013, 8 provinsi dengan prevalensi lebih tinggi dari prevalensi nasional, antara lain Provinsi Aceh (13,4‰), DKI Jakarta (12,3‰), Sumatera Selatan (5,4‰), Gorontalo (3,1‰), Kepulauan Riau (3,0‰), Nusa Tenggara Barat (2,6‰), Maluku (1,9‰), dan Papua Barat (2,2‰) dalam (Hera Hijrian, 2018). Sedangkan prevalensi thalassemia di Kalimantan timur adalah 0,2 %.

Penderita thalasemia mengalami kelainan hemoglobin yang menyebabkan eritrosit mudah mengalami destruksi. sehingga usia sel darah merah menjadi lebih pendek dari normal yaitu berusia 120 hari. Hal ini menyebabkan penderita thalasemia mengalami anemia dan menurunnya kemampuan hemoglobin mengikat oksigen (Marnis et al., 2018). thalasemia merupakan penyakit anemia hemolitik herediter yang diturunkan secara resesif, secara molekuler dibedakan menjadi thalasemia alfa dan beta, sedangkan secara klinis dibedakan menjadi thalasemia mayor dan minor. Anak yang menderita penyakit ini memiliki kondisi yang baik saat di lahirkan akan tetapi dengan semakin bertambahnya usia anak akan mengalami anemia baik ringan ataupun berat hal ini disebabkan karena ketiadaan parsial atau total hemoglobin. jika keadaan ini tidak segera di atasi akan menyebabkan kematian

dini pada anak. Gejala yang didapat pada pasien berupa gejala umum yaitu: anemis, pucat, mudah capek, dan adanya penurunan kadar hemoglobin pembesaran limpa, dan *Fascies Cooley's* (sumsum memproduksi sel darah merah berlebihan sehingga rongga sumsum membesar menyebabkan penipisan tulang dan penonjolan pada dahi) Hal ini disebabkan oleh penurunan fungsional hemoglobin dalam menyuplai atau membawa oksigen ke jaringan-jaringan tubuh yang digunakan untuk oksidasi sel. Sehingga oksigenasi ke jaringan berkurang. Selain sebagai pembawa oksigen, hemoglobin juga sebagai pigmen merah eritrosit sehingga apabila terjadi penurunan kadar hemoglobin ke jaringan maka jaringan tersebut menjadi pucat (Ray, 2013). Oleh karena itu, penderita Thalasemia akan mengalami anemia sepanjang hidupnya (Sawitri & Husna, 2018).

Anemia kronik yang dialami oleh anak dengan thalassemia membutuhkan transfusi darah yang berulang-ulang dan, anak tidak dapat terlepas dari perawatan transfusi darah. Perawatan transfusi darah masih merupakan satu-satunya cara mencegah kematian pada anak penyandang thalassemia ini. Tranfusi darah bertujuan untuk mempertahankan kadar hemoglobin 9-10 g/dl. Bagi anak dan keluarganya, fakta bahwa anak di diagnosa mengidap thalassemia bagaikan mimpi buruk karena beberapa hal, seperti diantaranya adalah ancaman kematian, perawatan transfusi darah seumur hidup anak, dan perubahan bentuk fisik anak yang terlihat jelas (Apsari, 2016). Perawatan yang dijalani anak dengan thalassemia juga memberikan dampak dalam bentuk perubahan fisik maupun psikologis.dampak

fisik yang dialami berupa perubahan warna kulit menjadi kehitaman, pucat, rambut menipis, dan perut membesar. Sedangkan dampak psikologis yang dialami berupa perasaan bosan, jenuh, dan putus asa (Julvia et al., 2019). Dengan adanya perubahan-perubahan secara fisik dan psikologis yang dialami anak thalasemia tentunya akan membutuhkan penatalaksanaan dan perawatan secara signifikan. Perawatan anak dengan thalasemia memerlukan perawatan tersendiri dan perhatian lebih besar. Perawatan anak dengan thalasemia tidak hanya menimbulkan masalah bagi anak, tapi juga bagi orangtua.

Peran orang tua sangat berpengaruh besar dalam menjalani pengobatan yang berlangsung terus-menerus dan tidak ada kepastian kesembuhan, terutama pada anak kecil yang memerlukan perlindungan dan kasih sayang dari orang tua, sehingga anak memiliki keyakinan bahwa orang tua tidak mengabaikan tentang penyakit yang diderita. Anak thalassemia memerlukan dukungan keluarga dalam menghadapi masa – masa kritis. Selama pasien thalasemia dirawat di rumah sakit perawat juga memiliki peran yang signifikan untuk memberikan pelayanan dalam proses asuhan keperawatan maka peran perawat sangat penting untuk dapat meningkatkan kesejahteraan kesehatan bagi penderita thalassemia

Ada beberapa peran perawat dalam memberikan Asuhan keperawatan dimana peran dan fungsi perawat yang pertama adalah promotif (perawat mampu memberikan pendidikan kesehatan pada orang tua dengan gangguan hematologi terutama pada thalassemia), peran dan fungsi perawat yang kedua preventif (peran perawat disini mampu melakukan tindakan yang bisa

mencegah terjadinya masalah baru misalnya infeksi), peran dan fungsi perawat yang ketiga kuratif (di tahap ini perawat mampu memberikan pelayanan keperawatan dengan berkolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memberikan untuk mengurangi nyeri, antibiotic untuk mencegah terjadinya infeksi), peran dan fungsi perawat yang keempat rehabilitative (perawat mampu memandirikan pasien sehingga pasien dapat pulih dan mampu beraktivitas seperti sebelum dirawat di rumah sakit).

Berdasarkan Uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai asuhan Klien Anak dengan thalassemia

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan Latar Belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah gambaran Asuhan Keperawatan pada klien Anak dengan Thalassemia?”

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan penelitian ini adalah :

1. Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran Asuhan Keperawatan Pada klien Anak dengan thalassemia secara rinci dan mendalam yang ditekankan pada aspek asuhan keperawatan pada klien anak dengan thalassemia.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi hasil pengkajian klien pada anak dengan thalasemia
- b. Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada klien anak dengan thalasemia
- c. Mengidentifikasi perencanaan keperawatan pada klien anak dengan thalasemia
- d. Mengidentifikasi implementasi keperawatan klien anak dengan thalasemia
- e. Mengidentifikasi hasil evaluasi klien klien anak dengan thalassemia

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat penelitian ini adalah :

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan informasi bagi peneliti tentang asuhan keperawatan anak dengan masalah thalassemia. selain itu Tugas Akhir ini diharapkan dapat menjadi salah satu cara penulis dalam mengaplikasikan ilmu yang diperoleh di dalam perkuliahan.

2. Bagi Institusi dan Rumah sakit

Penulisan Tugas Akhir ini diharapkan menjadi masukan bagi Institusi dan Rumah sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan klien Anak dengan thalassemia

3. Bagi Perkembangan ilmu pengetahuan

Penulisan Tugas Akhir ini adalah sebagai masukan untuk memberikan informasi tambahan, referensi dan ketrampilan dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga mampu mengoptimalkan pelayanan asuhan keperawatan anak kepada masyarakat terutama dengan masalah thalassemia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis Thalasemia

1. Pengertian Thalassemia

Thalasemia merupakan suatu sindrom kelainan darah yang diwariskan (*inherited*) dan merupakan kelompok penyakit hemoglobinopati, yaitu kelainan yang disebabkan oleh gangguan sintesis hemoglobin akibat mutasi di dalam atau dekat gen globin. Kelainan hemoglobin pada penderita thalasemia akan menyebabkan eritrosit mudah mengalami destruksi, sehingga usia sel-sel darah merah menjadi lebih pendek dari normal yaitu berusia 120 hari (Marnis, Indriati, & Nauli, 2018).

Thalasemia adalah suatu gangguan darah yang diturunkan ditandai oleh defisiensi produk rantai globulin pada hemoglobin (Suriadi, 2010). Penyakit thalasemia merupakan salah satu penyakit genetik tersering di dunia. Penyakit genetic ini diakibatkan oleh ketidakmampuan sumsum tulang membentuk protein yang dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin (Potts & Mandleco, 2007). Hemoglobin merupakan protein kaya zat besi yang berada di dalam sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkut oksigen dari paru-paru keseluruh bagian tubuh (McPhee & Ganong, 2010) dalam (Rosnia Safitri, Juniar Ernawaty, 2015).

2. Etiologi

Thalassemia merupakan penyakit anemia hemolitik hereditas yang diturunkan secara resesif. ditandai oleh defisiensi produksi globin pada hemoglobin. Dimana terjadi kerusakan sel darah merah di dalam pembuluh darah sehingga umur sel menjadi pendek (kurang dari 100 hari). kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal (hemoglobinopatia). Sebagian besar penderita thalassemia terjadi karena faktor turunan genetik pada sintesis hemoglobin yang diturunkan oleh orang tua (Suriadi, 2006).

Sementara menurut Ngastiyah (2006) Penyebab kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal (hemoglobinopatia) dan kelainan hemoglobin ini karena adanya gangguan pembentukan yang disebabkan oleh gangguan struktural pembentukan hemoglobin (hemoglobin abnormal) misalnya pada HbS, HbF, HbD dan sebagainya, selain itu gangguan jumlah (salah satu/beberapa) rantai globin seperti pada thalassemia.

Ketidakseimbangan dalam rantai protein globin alfa dan beta, yang diperlukan dalam pembentukan hemoglobin, disebabkan oleh sebuah gen cacat yang diturunkan. Untuk menderita penyakit ini, seseorang harus memiliki 2 gen dari kedua orang tuanya. Jika hanya 1 gen yang diturunkan, maka orang tersebut hanya menjadi pembawa tetapi tidak menunjukkan gejala-gejala dari penyakit ini.

3. Klasifikasi

Klasifikasi dari penyakit thalassemia menurut Suriadi (2006) yaitu :

a. Thalassemia alfa

Thalassemia alfa merupakan jenis thalassemia yang mengalami penurunan sintesis dalam rantai alfa.

b. Thalassemia beta

Thalassemia beta merupakan jenis thalassemia yang mengalami penurunan pada rantai beta. Sedangkan berdasarkan jumlah gen yang mengalami gangguan,

Hockenberry & Wilson (2009) mengklasifikasikan Thalassemia menjadi

1) Thalassemia Minor

Thalassemia minor merupakan keadaan yang terjadi pada seseorang yang sehat namun orang tersebut dapat mewariskan gen Thalassemia pada anak-anaknya. Thalassemia trait sudah ada sejak lahir dan tetap akan ada sepanjang hidup penderita. Penderita tidak memerlukan transfusi darah dalam hidupnya.

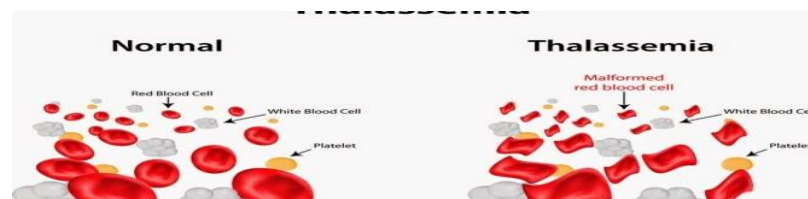
2) Thalassemia Intermedia

Thalassemia intermedia merupakan kondisi antara Thalassemia mayor dan minor. Penderita Thalassemia ini mungkin memerlukan transfusi darah secara berkala, dan penderita Thalassemia jenis ini dapat bertahan hidup sampai dewasa.

3) Thalassemia Mayor

Thalasemia jenis ini sering disebut Cooley Anemia dan terjadi apabila kedua orangtua mempunyai sifat pembawa Thalasemia (Carrier). Anak-anak dengan Thalasemia mayor tampak normal saat lahir, tetapi akan menderita kekurangan darah pada usia 3-18 bulan. Penderita Thalasemia mayor akan memerlukan transfusi darah secara berkala seumur hidupnya dan dapat meningkatkan usia hidup hingga 10-20 tahun. Namun apabila penderita tidak dirawat penderita Thalasemia ini hanya bertahan hidup sampai 5-6 tahun (Potts & Mandelco, 2007). (Bakta, 2003; Permono, dkk, 2006; Hockenberry & Wilson, 2009). Thalasemia mayor biasanya menjadi bergejala sebagai anemia hemolitik kronis yang progresif selama 6 bulan kehidupan. Transfusi darah reguler diperlukan pada penderita ini untuk mencegah kelemahan yang amat dan gagal jantung yang disebabkan oleh anemia (Nelson, 2000) dalam (Putri, 2015)

4. Anatomi Fisiologi



Gambar 2.1
Thalasemia
Sumber : Aslinar (2017)

a. Pengertian Hemoglobin

Hemoglobin merupakan pigmen yang mengandung zat besi terdapat dalam sel darah merah dan berfungsi terutama dalam

pengangkutan oksigen dari paru- paru ke semua sel jaringan tubuh. (Pearce, 2009).

b. Tahap Pembentukan Hb

Tahap pembentukan Hb dimulai dalam eritroblast dan terus berlangsung sampai tingkat normoblast dan retikulosit. Dari penyelidikan dengan isotop diketahui bahwa bagian hem dari hemoglobin terutama disintesis dari asam asetat dan glisin. Sebagian besar sintesis ini terjadi didalam mitokondria. Langkah awal sintesis adalah pembentukan senyawa pirol, selanjutnya 4 senyawa pirol bersatu membentuk senyawa protoporfirin yang kemudian berikatan dengan besi membentuk molekul hem, akhirnya keempat molekul hem berikatan dengan satu molekul globin. Satu globin yang disintesis dalam ribosom retikulom endoplasma membentuk Hb (Azhar, 2009).

Sintesis Hb dimulai dari suksinil koA yang dibentuk dalam siklus krebs berikatan dengan glisin yang dipengaruhi oleh enzim asam aminolevolinat (ALA) molekul pirol. Koenzim pada reaksi tersebut yaitu piridoksal fosfat (vitamin B6) yang dirangsang oleh eritropoetin, kemudian empat pirol bergabung untuk membentuk protoporfirin IX yang kemudian bergabung dengan rantai polipeptida panjang yang disebut globin yang disintesis di ribosom membentuk sub unit yang disebut rantai Hb (Azhar, 2009).

Pembentukan Hb dalam sitoplasma terjadi bersamaan dengan proses pembentukan DNA dalam inti sel. Hb merupakan unsur

terpenting dalam plasma eritrosit. Molekul Hb terdiri dari globin, protoporfirin dan besi. Globin dibentuk disekitar ribosom sedangkan protoporfirin dibentuk disekitar mitokondria, besi didapat dari transferin. Pada permulaan sel, eritrosit berinti terhadap reseptor transferin. Gangguan dalam pengikatan besi untuk membentuk Hb akan mengakibatkan terbentuknya eritrosit dengan sitoplasma yang kecil dan kurang mengandung Hb. Tidak berhasilnya sitoplasma sel eritrosit berinti mengikat fe untuk pembentukan Hb dapat disebabkan oleh rendahnya kadar fe untuk pembentukan Hb dapat disebabkan oleh rendahnya kadar fe dalam darah (Azhar, 2009).

c. Metabolisme zat besi

Zat besi merupakan unsur yang penting dalam tubuh dan hampir selalu berikatan dengan protein tertentu seperti hemoglobin, mioglobin. Kompartemen zat besi yang terbesar dalam tubuh adalah hemoglobin yang dalam keadaan normal mengandung kira-kira 2 gram zat besi. Hemoglobin mengandung 0,34% berat zat besi, dimana 1 mL eritrosit setara 1 mg zat besi.

Feritin merupakan tempat penyimpanan terbesar zat besi dalam tubuh. Fungsi ferritin adalah sebagai penyimpanan zat besi terutama dalam hati, limpa, dan sumsum tulang. Zat besi yang berlebihan akan disimpan dan bila diperlukan dapat dimobilisasi kembali. Hati merupakan tempat penyimpanan ferritin terbesar di dalam tubuh dan berperan dalam mobilisasi ferritin serum. Pada penyakit hati akut

maupu kronis, kadar ferritin meningkat, ini disebabkan pengambilan ferritin dalam sel hati terganggu dan terdapat pelepasan ferritin dari sel hati yang rusak. Pada penyakit keganasan, sel darah kadar ferritin serum meningkat disebabkan meningkatnya sintesis ferritin oleh sel leukemia pada keadaan infeksi dan inflamasi, terjadi gangguan pelepasan zat besi dari sel retikuloedotelial yang mekanismenya belum jelas, akibatnya kadar ferritin intrasel dan serum meningkat. Ferritin disintesis dalam sel retikuloedotelial dan di sekresikan ke dalam plasma. Sintesis ferritin di pengaruhi kosentrasi cadangan besi intrasel dan berkaitan pula dengan cadangan besi intra sel (hemosiderin). Zat besi dalam plasma sebagian diberikan dengan transferrin, yang berfungsi sebagai transport zat besi. Tranferrin merupakan suatu glikoprotein, setiap molekul transferrin mengandung 2 atom fe. Zat besi yang berikatan dengan transferrin akan terukur sebagai kadar besi serum yang dalam keadaan normal hanya 20-45% transferrin yang jenuh dengan zat besi, sedangkan kapasitas daya ikut transferrin seluruhnya disebut daya ikat besi total (total iron binding capacity, TIBC) (Kiswari, 2014).

5. Manifestasi Klinis

Pada beberapa kasus Thalassemia dapat ditemukan gejala-gejala seperti: badan lemah, kulit kekuningan (jaundice), urin gelap, cepat lelah, denyut jantung meningkat, tulang wajah abnormal dan

pertumbuhan terhambat serta permukaan perut yang membuncit dengan pembesaran hati dan limpa

Pasien Thalassemia mayor umumnya menunjukkan gejala-gejala fisik berupa hambatan pertumbuhan, anak menjadi kurus, perut membuncit akibat hepatosplenomegali dengan wajah yang khas, frontal bossing, mulut tongos (*rodent like mouth*), bibir agak tertarik, dan maloklusi gigi. Perubahan ini terjadi akibat sumsum tulang yang terlalu aktif bekerja untuk menghasilkan sel darah merah, pada Thalassemia bisa menyebabkan penebalan dan pembesaran tulang terutama tulang kepala dan wajah, selain itu anak akan mengalami pertumbuhan yang terhambat. Akibat dari anemia kronis dan transfusi berulang, maka pasien akan mengalami kelebihan zat besi yang kemudian akan tertimbun di setiap organ, terutama otot jantung, hati, kelenjar pankreas, dan kelenjar pembentuk hormon lainnya, yang dikemudian hari akan menimbulkan komplikasi. Perubahan tulang yang paling sering terlihat terjadi pada tulang tengkorak dan tulang wajah. Kepala pasien Thalassemia mayor menjadi besar dengan penonjolan pada tulang frontal dan pelebaran diploe (spons tulang) tulang tengkorak hingga beberapa kali lebih besar dari orang normal.

6. Patofisiologi

Kelebihan pada rantai alpha ditemukan pada beta thalasemia dan kelebihan rantai beta dan gama ditemukan pada alpha thalasemia. Kelebihan rantai polipeptida ini mengalami presipitasi dalam sel eritrosit.

Globin intra eritrosik yang mengalami presipitasi, yang terjadi sebagai rantai polipeptida alfa dan beta, atau terdiri dari hemoglobin tak stabil-badan Heinz, merusak sampul eritrosit dan menyebabkan hemolisis. Reduksi dalam hemoglobin menstimulasi bone marrow memproduksi RBC yang lebih. Dalam stimulasi yang konstan pada bone marrow, produksi RBC secara terus-menerus pada suatu dasar kronik, dan dengan cepatnya destruksi RBC, menimbulkan tidak adekuatnya sirkulasi hemoglobin. Kelebihan produksi dan destruksi RBC, menimbulkan tidak adekuatnya sirkulasi hemoglobin. Kelebihan produksi dan destruksi RBC menyebabkan bone marrow menjadi tipis dan mudah pecah atau rapuh.

Penyebab anemia pada talasemia bersifat primer dan sekunder. Penyebab primer adalah berkurangnya sintesis Hb A dan eritropoesis yang tidak efektif disertai penghancuran sel-sel eritrosit intrameduler. Penyebab sekunder adalah karena defisiensi asam folat, bertambahnya volume plasma intravaskuler yang mengakibatkan hemodilusi, dan destruksi eritrosit oleh system retikuloendotelial dalam limfa dan hati. Penelitian biomolekular menunjukkan adanya mutasi DNA pada gen sehingga produksi rantai alfa atau beta dari hemoglobin berkurang. Terjadinya hemosiderosis merupakan hasil kombinasi antara transfusi berulang, peningkatan absorpsi besi dalam usus karena eritropoesis yang tidak efektif, anemia kronis serta proses hemolysis

7. Pemeriksaan penunjang

Diagnosis untuk Thalassemia terdapat dua yaitu secara screening test dan definitive test. Di daerah endemik, anemia hipokrom mikrositik perlu diragui sebagai gangguan Thalassemia (Wiwanitkit, 2007).

a. Screening test

1) Interpretasi apusan darah

Dengan apusan darah anemia mikrositik sering dapat dideteksi pada kebanyakan Thalassemia kecuali Thalassemia α silent carrier. Pemeriksaan apusan darah rutin dapat membawa kepada diagnosis Thalassemia tetapi kurang berguna untuk skrining.

2) Pemeriksaan osmotic fragility (OF)

Pemeriksaan ini digunakan untuk menentukan fragiliti eritrosit. Secara dasarnya resistan eritrosit untuk lisis bila konsentrasi natrium klorida dikurangkan dikira. Studi yang dilakukan menemui probabilitas formasi pori-pori pada membran yang regang bervariasi mengikut order ini: Thalassemia < kontrol < spherositosis (Wiwanitkit, 2007). Studi OF berkaitan kegunaan sebagai alat diagnostik telah dilakukan dan berdasarkan satu penelitian di Thailand, sensitivitinya adalah 91.47%, spesififikasi 81.60, false positive rate 18.40% dan false negative rate 8.53% (Wiwanitkit, 2007).

3) Indeks eritrosit

Dengan bantuan alat indeks sel darah merah dapat dicari tetapi hanya dapat mendeteksi mikrositik dan hipokrom serta kurang memberi nilai diagnostik. Maka metode matematika dibangun (Wiwanitkit, 2007).

4) Model matematika

Membedakan anemia defisiensi besi dari Thalassemia β berdasarkan parameter jumlah eritrosit digunakan. Beberapa rumus telah dipropose seperti $0.01 \times MCH \times (MCV)^2$, $RDW \times MCH \times (MCV)^2 / Hb \times 100$, MCV/RBC dan MCH/RBC tetapi kebanyakannya digunakan untuk membedakan anemia defisiensi besi dengan Thalassemia β (Wiwanitkit, 2007).

Sekiranya Indeks Mentzer = MCV/RBC digunakan, nilai yang diperoleh sekiranya >13 cenderung ke arah defisiensi besi sedangkan <13 mengarah ke Thalassemia trait. Pada penderita Thalassemia trait kadar MCV rendah, eritrosit meningkat dan anemia tidak ada ataupun ringan. Pada anemia defisiensi besi pula MCV rendah, eritrosit normal ke rendah dan anemia adalah gejala lanjut (Yazdani, 2011).

b. Definitive test

1) Elektroforesis hemoglobin

Pemeriksaan ini dapat menentukan pelbagai jenis tipe hemoglobin di dalam darah. Pada dewasa konstitusi normal hemoglobin adalah Hb A1 95-98%, Hb A2 2-3%, Hb F 0.8-2% (anak di bawah 6 bulan kadar ini tinggi sedangkan neonatus bisa mencapai 80%). Nilai

abnormal bisa digunakan untuk diagnosis Thalassemia seperti pada Thalassemia minor Hb A₂ 4-5.8% atau Hb F 2-5%, Thalassemia Hb H: Hb A₂ <2% dan Thalassemia mayor Hb F 10-90%. Pada negara tropikal membangun, elektroporesis bisa juga mendeteksi Hb C, Hb S dan Hb J (Wiwanitkit, 2007).

2) Kromatografi hemoglobin

Pada elektroforesis hemoglobin, Hb A₂ tidak terpisah baik dengan Hb C. Pemeriksaan menggunakan high performance liquid chromatography (HPLC) pula membolehkan penghitungan aktual Hb A₂ meskipun terdapat kehadiran Hb C atau Hb E. Metode ini berguna untuk diagnosa Thalassemia β karena ia bisa mengidentifikasi hemoglobin dan variannya serta menghitung konsentrasi dengan tepat terutama Hb F dan Hb A₂ (Wiwanitkit, 2007).

3) Molecular diagnosis

Pemeriksaan ini adalah gold standard dalam mendiagnosis Thalassemia. Molecular diagnosis bukan saja dapat menentukan tipe Thalassemia malah dapat juga menentukan mutasi yang berlaku (Wiwanitkit, 2007).

8. Penatalaksanaan

Pengobatan Thalassemia bergantung pada jenis dan tingkat keparahan dari gangguan. Seseorang pembawa atau yang memiliki sifat alfa atau beta Thalassemia cenderung ringan atau tanpa gejala dan hanya membutuhkan

sedikit atau tanpa pengobatan. Terdapat tiga standar perawatan umum untuk Thalasemia tingkat menengah atau berat, yaitu transfusi darah, terapi besi dan chelation, serta menggunakan suplemen asam folat. Selain itu, terdapat perawatan lainnya adalah dengan transplantasi sum-sum tulang belakang, pendonoran darah tali pusat, dan HLA (Children's Hospital & Research Center Oakland, 2005).

a. Transfusi darah

Transfusi yang dilakukan adalah transfusi sel darah merah. Terapi ini merupakan terapi utama bagi orang-orang yang menderita Thalasemia sedang atau berat. Transfusi darah dilakukan melalui pembuluh vena dan memberikan sel darah merah dengan hemoglobin normal. Untuk mempertahankan keadaan tersebut, transfusi darah harus dilakukan secara rutin karena dalam waktu 120 hari sel darah merah akan mati. Khusus untuk penderita beta Thalasemia intermedia, transfusi darah hanya dilakukan sesekali saja, tidak secara rutin. Sedangkan untuk beta Thalasemia mayor (Cooleys Anemia) harus dilakukan secara teratur (Children's Hospital & Research Center Oakland, 2005). Terapi diberikan secara teratur untuk mempertahankan kadar Hb di atas 10 g/dl (Arnis, 2016).

b. Terapi Khelasi Besi (Iron Chelation)

Hemoglobin dalam sel darah merah adalah zat besi yang kaya protein. Apabila melakukan transfusi darah secara teratur dapat mengakibatkan penumpukan zat besi dalam darah. Kondisi ini dapat merusak hati,

jantung, dan organ-organ lainnya. Untuk mencegah kerusakan ini, terapi khelasi besi diperlukan untuk membuang kelebihan zat besi dari tubuh. Terdapat dua obat-obatan yang digunakan dalam terapi khelasi besi menurut *National Heart Lung and Blood Institute* (2008) yaitu:

1) Deferoxamine

Deferoxamine adalah obat cair yang diberikan melalui bawah kulit secara perlahan-lahan dan biasanya dengan bantuan pompa kecil yang digunakan dalam kurun waktu semalam. Terapi ini memakan waktu lama dan sedikit memberikan rasa sakit. Efek samping dari pengobatan ini dapat menyebabkan kehilangan penglihatan dan pendengaran.

2) Deferasirox adalah pil yang dikonsumsi sekali sehari. Efek sampingnya adalah sakit kepala, mual, muntah, diare, sakit sendi, dan kelelahan.

c. Suplemen Asam Folat Asam folat adalah vitamin B yang dapat membantu pembangunan sel-sel darah merah yang sehat. Suplemen ini harus tetap diminum di samping melakukan transfusi darah ataupun terapi khelasi besi.

1) Transplantasi sum-sum tulang belakang Bone Marrow Transplantation (BMT) sejak tahun 1900 telah dilakukan. Darah dan sumsum transplantasi sel induk normal akan menggantikan sel-sel induk yang rusak. Sel-sel induk adalah sel-sel di dalam sumsum tulang yang membuat sel-sel darah merah. Transplantasi

sel induk adalah satu-satunya pengobatan yang dapat menyembuhkan Thalasemia. Namun, memiliki kendala karena hanya sejumlah kecil orang yang dapat menemukan pasangan yang baik antara donor dan resipiennya (Okam, 2001).

2) Pendonoran darah tali pusat (Cord Blood) Cord

Cord blood adalah darah yang ada di dalam tali pusat dan plasenta. Seperti tulang sumsum, itu adalah sumber kaya sel induk, bangunan blok dari sistem kekebalan tubuh manusia. Dibandingkan dengan pendonoran sumsum tulang, darah tali pusat non-invasif, tidak nyeri, lebih murah dan relatif sederhana (Okam, 2001).

d. HLA (Human Leukocyte Antigens)

Human Leukocyte Antigens (HLA) adalah protein yang terdapat pada sel dipermukaan tubuh. Sistem kekebalan tubuh kita mengenali sel kita sendiri sebagai 'diri' dan sel „asing' sebagai lawan didasarkan pada protein HLA ditampilkan pada permukaan sel kita. Pada transplantasi sumsum tulang, HLA ini dapat mencegah terjadinya penolakan dari tubuh serta Graft versus Host Disease (GVHD). HLA yang terbaik untuk mencegah penolakan adalah melakukan donor secara genetik berhubungan dengan penerima (Okam, 2001).

Penatalaksanaan Keperawatan

Pada dasarnya perawatan thalasemia sama dengan pasien anemia lainnya, yaitu memerlukan perawatan tersendiri dan perhatian lebih.

Masalah pasien yang perlu diperhatikan adalah risiko terjadi komplikasi akibat tranfusi yang berulang-ulang, gangguan rasa aman dan nyaman, kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit dan cemas orang tua terhadap kondisi anak (Ngastiyah, 2005).

Menurut Suriadi (2006) tindakan keperawatan yang dapat dilakukan terhadap pasien dengan thalassemia di antaranya membuat perfusi jaringan pasien menjadi adekuat kembali, mendukung anak tetap toleran terhadap aktivitasnya, memenuhi kebutuhan nutrisi yang adekuat dan membuat keluarga dapat mengatasi masalah atau stress yang terjadi pada keluarga.

Selain tindakan keperawatan yang di atas tadi, perawat juga perlu menyiapkan klien untuk perencanaan pulang seperti memberikan informasi tentang kebutuhan melakukan aktivitas sesuai dengan tingkat perkembangan dan kondisi fisik anak, jelaskan terapi yang diberikan mengenai dosis dan efek samping, jelaskan perawatan yang diperlukan di rumah, tekankan untuk melakukan control ulang sesuai waktu yang di tentukan (Suriadi, 2006).

9. Komplikasi

Berikut ini adalah beberapa komplikasi yang dapat terjadi pada penderita thalassemia.

a. Komplikasi Jantung

Kerusakan jantung akibat terlalu banyak zat besi dapat menyebabkan penurunan kekuatan pompa jantung, gagal jantung,

aritmia atau detak jantung yang tidak beraturan, dan terkumpulnya cairan di jaringan jantung. Ada beberapa pemeriksaan rutin yang harus dilakukan penderita thalasemia beta mayor, yaitu pemeriksaan tiap enam bulan sekali untuk memeriksa fungsi jantung, dan setahun sekali pemeriksaan menyeluruh untuk memeriksa konduksi aliran listrik jantung menggunakan electrocardiogram oleh dokter spesialis jantung. Perawatan untuk meningkatkan fungsi jantung dapat dilakukan dengan terapi khelasi yang lebih menyeluruh dan mengonsumsi obat penghambat enzim konversi angiotensin.

b. Komplikasi pada Tulang

Sumsum tulang akan berkembang dan memengaruhi tulang akibat tubuh kekurangan sel darah merah yang sehat. Komplikasi tulang yang dapat terjadi adalah sebagai berikut:

- 1) Nyeri persendian dan tulang
- 2) Osteoporosis
- 3) Kelainan bentuk tulang
- 4) Risiko patah tulang meningkat jika kepadatan tulang menjadi rendah.

c. Pembesaran Limpa (Splénomegali)

Pembesaran limpa terjadi karena limpa sulit untuk mendaur ulang sel darah yang memiliki bentuk tidak normal dan berakibat kepada meningkatnya jumlah darah yang ada di dalam limpa, membuat limpa tumbuh lebih besar. Transfusi darah yang bertujuan meningkatkan sel

darah yang sehat akan menjadi tidak efektif jika limpa telah membesar dan menjadi terlalu aktif, serta mulai menghancurkan sel darah yang sehat. Splenectomy atau operasi pengangkatan limpa merupakan satu-satunya cara untuk mengatasi masalah ini. Vaksinasi untuk mengatasi potensi infeksi yang serius, seperti flu dan meningitis, disarankan untuk dilakukan jika anak Anda telah melakukan operasi pengangkatan limpa, hal ini dikarenakan limpa berperan dalam melawan infeksi. Segera temui dokter jika anak Anda memiliki gejala infeksi, seperti nyeri otot dan demam, karena bisa berakibat fatal.

d. Komplikasi pada Hati

Kerusakan hati akibat terlalu banyak zat besi dapat menyebabkan terjadinya beberapa hal, seperti fibrosis atau pembesaran hati, sirosis hati atau penyakit degeneratif kronis di mana sel-sel hati normal menjadi rusak, lalu digantikan oleh jaringan parut, serta hepatitis. Oleh karena itu, penderita thalassemia dianjurkan untuk memeriksa fungsi hati tiap tiga bulan sekali.

Pencegahan infeksi hati dapat dilakukan dengan mengonsumsi obat antivirus, sedangkan mencegah kerusakan hati yang lebih parah dapat dilakukan terapi khelasi.

e. Komplikasi pada Kelenjar Hormon

Sistem hormon diatur oleh kelenjar pituitari yang sangat sensitif terhadap zat besi. Para penderita thalassemia beta mayor, walaupun telah melakukan terapi khelasi, dapat mengalami gangguan sistem

hormon. Perawatan dengan terapi pergantian hormon mungkin diperlukan untuk mengatasi pertumbuhan dan masa pubertas yang terhambat akibat kelenjar pituitari yang rusak. Ada beberapa komplikasi pada kelenjar hormon yang dapat terjadi usai pubertas seperti berikut ini:

- 1) Kelenjar tiroid – hipertiroidisme atau hipotiroidisme
- 2) Pankreas – diabetes

Pemeriksaan dengan mengukur berat dan tinggi badan harus dilakukan anak-anak penderita thalassemia tiap enam bulan sekali untuk mengukur pertumbuhannya. Sementara itu, pemeriksaan pertumbuhan pada para remaja yang sudah memasuki masa pubertas dilakukan tiap satu tahun sekali.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian Masalah

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

2. Komponen Masalah Keperawatan

Dalam konsep masalah keperawatan terdapat dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) atau label diagnosis dan indikator diagnostik. Masing – masing komponen diagnosis diuraikan sebagai berikut :

a. Masalah (*Problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjelas dan fokus diagnostik. Descriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi.

b. Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri atas penyebab, tanda/gejala, dan faktor risiko dengan uraian sebagai berikut :

- 1) Penyebab (*Etiology*) merupakan faktor – faktor yang mempengaruhi perubahan status perubahan status kesehatan. Etiologi dapat mencakup empat kategori yaitu : 1) fisiologis, biologis atau psikologis; 2) efek samping terapi/tindakan; 3) situasional (lingkungan antar personal); dan 4) maturasional.
- 2) Tanda (*sign*) dan Gejala (*Symptom*). Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala

merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis.

Tanda/ gejala dikelompokkan menjadi dua kategori yaitu :

- a) Mayor : tanda/gejala ditemukan sekitar 80% - 100% untuk validasi diagnosis.
- b) Minor : tanda/ gejala tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakkan diagnosis.

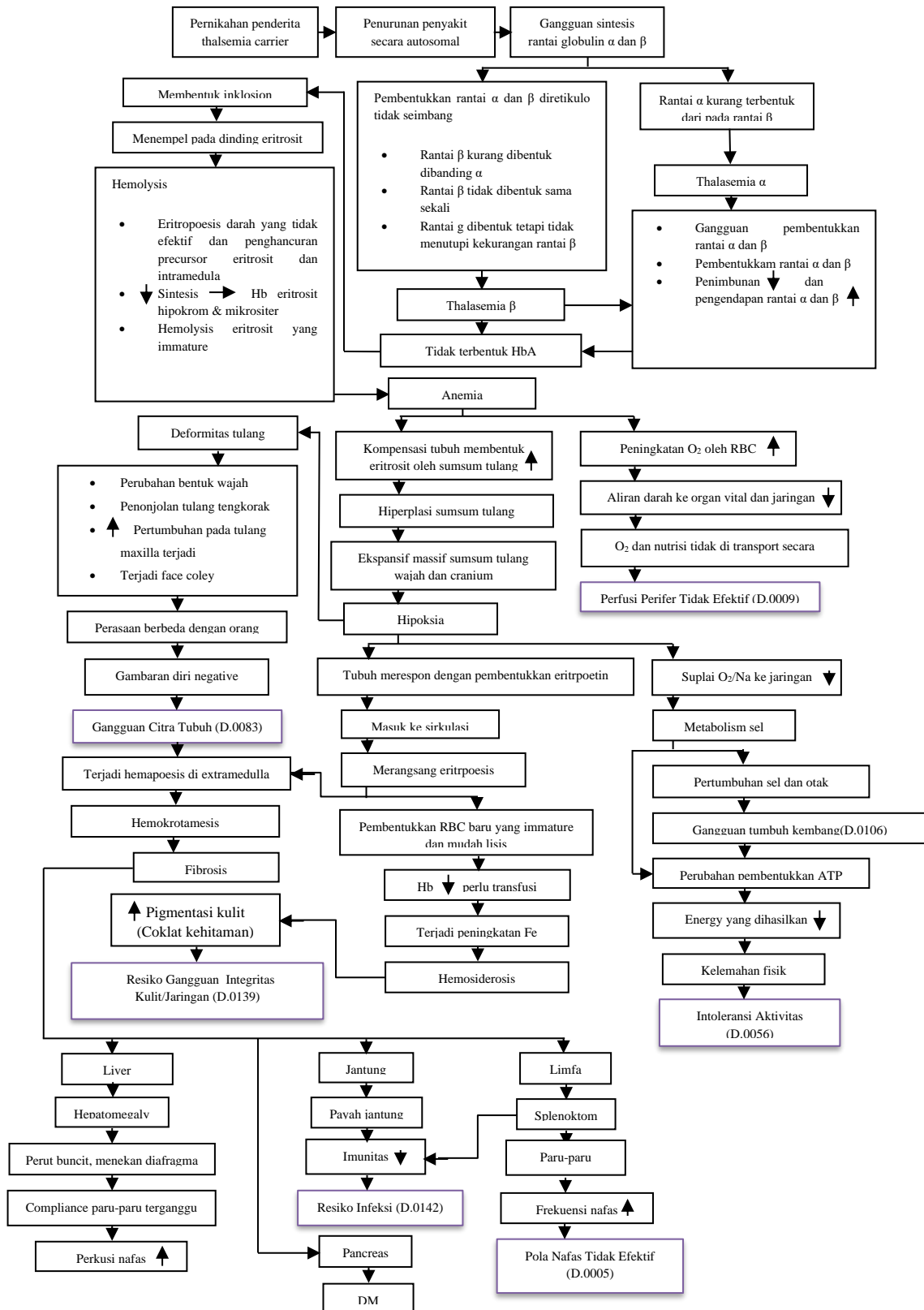
(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Faktor yang berhubungan

Faktor yang berhubungan atau kondisi klinis yang terkait atau penyebab pada masalah keperawatan merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan yang mencakup empat kategori yaitu : a. fisiologis, biologis, psikologis; b. efek terapi atau tindakan ; c. situasional (lingkungan atau personal); d. maturasional (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

4. Phatway Penyakit Thalasemia

Bagan 2.1
Phatway Thalasemia



5. Masalah Keperawatan pada Thalasemia

a. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru (D.0005)

1) Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.

2) Gejala dan tanda Mayor

a) Subjektif : dyspnea

b) Objektif

(1) Penggunaan otot bantu pernapasan

(2) Fase ekspirasi memanjang

(3) Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes)

3) Gejala dan tanda Minor

a) Subjektif : Ortopnea

b) Objektif

(1) Pernapasan pursed-lip

(2) Pernapasan cuping hidung

(3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

(4) Ventilasi semenit menurun

(5) Kapasitas vital menurun

(6) Tekanan ekspirasi menurun

(7) Tekanan inspirasi menurun

(8) Ekskursi dada berubah

b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin. (D.0009)

1) Definisi Masalah

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh

2) Gejala dan Data Mayor

a) Subjektif : -

b) 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

3) Gejala dan Data Minor

a) Subjektif

(1) Parastesia

(2) Nyeri ekstermitas

b) Objektif

(1) Edema

(2) Penyembuhan luka lambat

(3) Indeks ankle- brachial <0.09

(4) Bruit femoralis

c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai O₂ dan kebutuhan oksigen (D.0056)

1) Definisi : Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktifitas sehari-hari

2) Gejala dan Data Mayor

a) Subjektif : Mengeluh Lelah

b) Objektif : Frekuensi jantung meningkat $> 20\%$ dari kondisi istirahat

3) Gejala dan Data Minor

a) Subjektif

(1) Dispnea saat/setelah aktivitas

(2) Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas

(3) Merasa lemah

b) Objektif

(1) Tekanan darah berubah $< 20\%$ dari kondisi istirahat

(2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

(3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

(4) Sianosis

d. Resiko gangguan integritas kulit /jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi (D.0139)

1) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago kapsul sendi dan/atau ligamen).

e. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder penurunan hemoglobin (0142)

1) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh (D.0083)

1) Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu

2) Gejala dan tanda Mayor

a) Subjektif : Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

b) Objektif :

(1) Kehilangan bagian tubuh

(2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

3) Gejala dan tanda Minor

a) Subjektif :

(1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

(2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh

(3) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain

(4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

b) Objektif

- (1) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
- (2) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
- (3) Fokus berlebihan pada perubahan tubuh
- (4) Respon non verbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- (5) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- (6) Hubungan sosial berubah

C. Konsep Asuhan Keperawatan Thalasemia

Konsep keperawatan meliputi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan. Kegiatan yang dilakukan pada saat pengkajian adalah mengumpulkan data, memvalidasi data, mengorganisasikan data dan mencatat yang diperoleh. Langkah ini merupakan dasar untuk perumusan diagnose keperawatan dan mengembangkan rencana keperawatan sesuai kebutuhan pasien serta melakukan implementasi keperawatan.

a. Asal Keturunan/Kewarganegaraan

Thalasemia banyak dijumpai pada bangsa disekitar laut tengah (mediterania). Seperti turki, yunani, Cyprus, dll. Di Indonesia sendiri,

thalassemia cukup banyak dijumpai pada anak, bahkan merupakan penyakit darah yang paling banyak diderita.

b. Umur

Pada thalasemia mayor yang gejala klinisnya jelas, gejala tersebut telah terlihat sejak anak berumur kurang dari 1 tahun. Sedangkan pada thalasemia minor yang gejalanya lebih ringan, biasanya anak baru datang berobat pada umur sekitar 4-6 tahun.

c. Riwayat kesehatan anak

Anak cenderung mudah terkena infeksi saluran napas bagian atas infeksi lainnya. Hal ini mudah dimengerti karena rendahnya Hb yang berfungsi sebagai alat transport

d. Pertumbuhan dan perkembangan

Sering didapatkan data mengenai adanya kecenderungan gangguan terhadap tumbuh kembang sejak anak masih bayi, karena adanya pengaruh hipoksia jaringan yang bersifat kronik. Hal ini terjadi terutama untuk thalassemia mayor. Pertumbuhan fisik anak adalah kecil untuk umurnya dan ada keterlambatan dalam kematangan seksual, seperti tidak ada pertumbuhan rambut pubis dan ketiak. Kecerdasan anak juga dapat mengalami penurunan. Namun pada jenis thalasemia minor sering terlihat pertumbuhan dan perkembangan anak normal.

e. Pola makan

Karena adanya anoreksia, anak sering mengalami susah makan, sehingga berat badan anak sangat rendah dan tidak sesuai dengan usianya.

f. Pola aktivitas

Anak terlihat lemah dan tidak selincah anak usianya. Anak banyak tidur / istirahat, karena bila beraktivitas seperti anak normal mudah merasa lelah

g. Riwayat kesehatan keluarga

Karena merupakan penyakit keturunan, maka perlu dikaji apakah orang tua yang menderita thalassemia. Apabila kedua orang tua menderita thalassemia, maka anaknya berisiko menderita thalassemia mayor. Oleh karena itu, konseling pranikah sebenarnya perlu dilakukan karena berfungsi untuk mengetahui adanya penyakit yang mungkin disebabkan karena keturunan.

h. Riwayat ibu saat hamil (Ante Natal Core – ANC)

Selama Masa Kehamilan, hendaknya perlu dikaji secara mendalam adanya faktor risiko thalassemia. Sering orang tua merasa bahwa dirinya sehat. Apabila diduga faktor resiko, maka ibu perlu diberitahukan mengenai risiko yang mungkin dialami oleh anaknya nanti setelah lahir. Untuk memastikan diagnosis, maka ibu segera dirujuk ke dokter.

i. Data keadaan fisik anak thalassemia yang sering didapatkan diantaranya adalah:

- 1) Keadaan umum = Anak biasanya terlihat lemah dan kurang bergairah serta tidak selincah anak seusianya yang normal.
- 2) Kepala dan bentuk muka. Anak yang belum/tidak mendapatkan pengobatan mempunyai bentuk khas, yaitu kepala membesar dan bentuk mukanya adalah mongoloid, yaitu hidung pesek tanpa pangkal hidung, jarak kedua mata lebar, dan tulang dahi terlihat lebar.
- 3) Mata dan konjungtiva terlihat pucat kekuningan
- 4) Mulut dan bibir terlihat pucat kehitaman
- 5) Dada, Pada inspeksi terlihat bahwa dada sebelah kiri menonjol akibat adanya pembesaran jantung yang disebabkan oleh anemia kronik
- 6) Perut, Kelihatan membuncit dan pada perabaan terdapat pembesaran limpa dan hati (hepatosplemagali).
- 7) Pertumbuhan fisiknya terlalu kecil untuk umurnya dan BB nya kurang dari normal. Ukuran fisik anak terlihat lebih kecil bila dibandingkan dengan anak-anak lain seusianya.
- 8) Pertumbuhan organ seks sekunder untuk anak pada usia pubertas Ada keterlambatan kematangan seksual, misalnya, tidak adanya pertumbuhan rambut pada ketiak, pubis, atau

kumis. Bahkan mungkin anak tidak dapat mencapai tahap adolesense karena adanya anemia kronik.

9) Kulit

Warna kulit pucat kekuning- kuningan. Jika anak telah sering mendapat transfusi darah, maka warna kulit menjadi kelabu seperti besi akibat adanya penimbunan zat besi dalam jaringan kulit (hemosiderosis) (Wiayaningsih, 2013)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. berikut adalah diagnose keperawatan yang muncul pada pasien dengan Thalasemia menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan indonesia dalam (PPNI, 2017)

a. Pola nafas tidak efektif (D.0005)

- 1) Definisi : Inspirasi dan atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat.
- 2) Gejala dan tanda Mayor
 - a) Subjektif : dyspnea
 - b) Objektif
 - (1) Penggunaan otot bantu pernapasan

- (2) Fase ekspirasi memanjang
 - (3) Pola napas abnormal (mis. Takipnea, bradypnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes)
- 3) Gejala dan tanda Minor
- a) Subjektif : Ortopnea
 - b) Objektif
 - (1) Pernapasan pursed-lip
 - (2) Pernapasan cuping hidung
 - (3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
 - (4) Ventilasi semenit menurun
 - (5) Kapasitas vital menurun
 - (6) Tekanan ekspirasi menurun
 - (7) Tekanan inspirasi menurun
 - (8) Ekskursi dada berubah
- b. Perfusi perifer tidak efektif (D.0009)
- 1) Definisi Masalah

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh
 - 2) Gejala dan Data Mayor
 - a) Subjektif : -
 - b) 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

3) Gejala dan Data Minor

a) Subjektif

- (1) Parastesia
- (2) Nyeri ekstermitas

b) Objektif

- (1) Edema
- (2) Penyembuhan luka lambat
- (3) Indeks ankle- brachial < 0.09
- (4) Bruit femoralis

c. Intoleransi aktivitas (D.0056)

1) Definisi : Ketidacukupan energy untuk melakukan aktifitas sehari-hari

2) Gejala dan Data Mayor

a) Subjektif : Mengeluh Lelah

b) Objektif : Frekuensi jantung meningkat $> 20\%$ dari kondisi istirahat

3) Gejala dan Data Minor

a) Subjektif

- (1) Dispnea saat/setelah aktivitas
- (2) Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas

(3) Merasa lemah

b) Objektif

(1) Tekanan darah berubah < 20% dari kondisi istirahat

(2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas

(3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

(4) Sianosis

d. Resiko gangguan integritas kulit /jaringan (D.0139)

1) Definisi : Berisiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago kapsul sendi dan/atau ligamen).

2) Faktor Risiko

e. Resiko infeksi (D. 0142)

1) Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

2) Faktor Risiko

f. Gangguan citra tubuh (D.0083)

1) Definisi : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur, dan fungsi fisik individu

2) Gejala dan tanda Mayor

a) Subjektif : Mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh

b) Objektif :

(1) Kehilangan bagian tubuh

(2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

3) Gejala dan tanda Minor

a) Subjektif :

- (1) Tidak mau mengungkapkan kecacatan/kehilangan bagian tubuh
- (2) Mengungkapkan perasaan negatif tentang perubahan tubuh
- (3) Mengungkapkan kekhawatiran pada penolakan/reaksi orang lain
- (4) Mengungkapkan perubahan gaya hidup

b) Objektif

- (1) Menyembunyikan/menunjukkan bagian tubuh secara berlebihan
- (2) Menghindari melihat dan/atau menyentuh bagian tubuh
- (3) Focus berlebihan pada perubahan tubuh
- (4) Respon non verbal pada perubahan dan persepsi tubuh
- (5) Fokus pada penampilan dan kekuatan masa lalu
- (6) Hubungan sosial berubah

g. Gangguan Tumbuh Kembang (D.0106)

- 1) Definisi : Kondisi individu mengalami gangguan kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia.
- 2) Gejala dan tanda Mayor
 - a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif

- (1) Tidak mampu melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik, bahasa, motorik, psikososial)
 - (2) Pertumbuhan fisik terganggu
- 3) Gejala dan tanda Minor
- a) Subjektif : (tidak tersedia)
 - b) Objektif :
 - (1) Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia
 - (2) Afek datar
 - (3) Respon sosial lambat
 - (4) Kontak mata terbatas
 - (5) Nafsu makan menurun
 - (6) Lesu
 - (7) Mudah marah
 - (8) Regresi
 - (9) Pola tidur terganggu (padabaya)

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah gambaran atau tindakan yang akan dilakukan untuk memecahkan masalah keperawatan yang dihadapi pasien. Adapun rencana keperawatan yang sesuai dengan penyakit Thalasemia menurut (PPNI, 2018) (PPNI, 2016) adalah sebagai berikut :

- a. Pola nafars tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dan penurunan energy

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola nafas klien membaik

Kriteria Hasil :

- a) Frekuensi nafas membaik
- b) Fungsi paru dalam batas normal
- c) Tanda- tanda vital dalam batas normal

- 2) Intervensi

Observasi

- a) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya
- b) Monitor pola nafas (seperti bradipnea, Takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, biot, ataksik)
- c) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
- d) Auskultasi bunyi Nafas

- a) Monitor saturasi oksigen

Terapeutik

- a) Posisikan semi fowler atau fowler
- b) Berikan Oksigen jika perlu

- b. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

- 1) Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat

Kriteria Hasil :

- a) Keluhan lelah menurun

- b) Perasaan lemah menurun
- c) Tenaga Meningkat

2) Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah
- b) Kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas,catat kelelahan dan kesulitan dalam beraktivitas
- c) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- d) Catat respon terhadap tingkat aktivitas

Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus
- b) Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan
- c) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpidah atau berjalan
- d) Libatkan keluarga dalam aktvitas, jika perlu

Edukasi

- a) Anjurkan Tirah baring
 - b) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
 - c) Pilih periode istirahat dengan periode aktivitas
- c. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi hemoglobin
- 1) Tujuan : setelah diberikan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat

Kriteria hasil :

- a) Warna Kulit pucat menurun
- b) Pengisian kapiler membaik
- c) Akral membaik
- d) Turgor kulit membaik

2) Intervensi :

Observasi

- a) Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index)
- b) Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas
- c) Observasi adanya keterlambatan respon verbal, kebingungan atau gelisah

Terapeutik

- a) Lakukan pencegahan infeksi
- b) Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin)

Edukasi

- a) Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar
 - b) Anjurkan perawatan kulit yang tepat (mis. melembabkan kulit kering pada Kaki)
- d. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil :

- a) Kebersihan tangan meningkat
- b) Kebersihan badan meningkat
- c) Nafsu makan meningkat

- 2) Intervensi :

Observasi

- a) Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistmik

Terapeutik

- a) Perhatikan teknik aseptik terhadap pemasangan transfusi
- b) Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- c) Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- b) Ajarkan cuci tangan dengan benar
- c) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

- e. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan perubahan sirkulasi

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan klien meningkat

Kriteria hasil :

- a) Perfusi jaringan meningkat
- b) Kerusakan lapisan Kulit menurun

2) Intervensi

Observasi

- a) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

Terapeutik

- a) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- b) Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering
- c) Gunakan Produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik
- d) Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada Kulit kering

Edukasi

- a) Anjurkan menggunakan pelembab (Mis. lotion, serum)
- b) Anjurkan minum yang cukup
- c) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- d) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem

f. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh

- 1) Tujuan: Setelah pemberian tindakan keperawatan diharapkan citra tubuh klien meningkat

Kriteria hasil :

- a) Melihat bagian tubuh meningkat

b) Vebralisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh
menurun

c) Hubungan social membaik

2) Intervensi :

Observasi

a) Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap
perkembangan

b) Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi
social

Terapeutik

a) Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya

b) Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri

c) Diskusikan presepsi pasien dan keluarga tentang perubahan
citra tubuh

Edukasi

a) Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis.kelompok
sebaya)

b) Latih peningkatan penampilan diri (mis.berdandan)

c) Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain dan
kelompok

g. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek
ketidakmampuan fisik

- 1) Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perkembangan membaik

Kriteria hasil :

- a) Keterampilan/ perilaku sesuai dengan usia
- b) Respon social meningkat
- c) Kontak mata meningkat
- d) Afek Membaik

- 2) Intervensi :

Observasi

- a) Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak

Terapeutik

- a) Minimalkan kebisingan ruangan
- b) Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal
- c) Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain
- d) Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya
- e) Mempertahankan kenyamanan anak
- f) Bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai

Edukasi

- a) Jelaskan orang tua/pengasuh tentang *milestone* perkembangan anak dan perilaku anak

b) Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anak

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Ghofur, 2016).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua

jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode. Evaluasi dapat dibagi menjadi 2 jenis yaitu:

a. Evaluasi berjalan (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga. format yang dipakai adalah format SOAP.

b. Evaluasi akhir (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

D. Konsep Keperawatan Anak

1. Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, di antaranya manusia dalam hal ini anak, keperawatan, sehat-sakit dan lingkungan (Arnis, 2016).

a. Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 (delapan belas) tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan

spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak.

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai

b. Sehat-sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti

apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

c. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

d. Keperawatan

Komponen ini merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak dalam mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai

peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009).

2. Prinsip keperawatan anak

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.

- d. Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- e. Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak.

3. Peran perawat anak

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak tentu berbeda dibandingkan dengan orang dewasa. Banyak perbedaan-perbedaan yang

diperhatikan dimana harus disesuaikan dengan usia anak serta pertumbuhan dan perkembangan karena perawatan yang tidak optimal akan berdampak tidak baik secara fisiologis maupun psikologis anak itu sendiri. Perawat harus memperhatikan beberapa prinsip, mari kita pelajari prinsip tersebut.

Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak, dimana prinsip tersebut terdiri dari:

a. Sebagai pendidik.

Perawat berperan sebagai pendidik, baik secara langsung dengan memberi penyuluhan/pendidikan kesehatan pada orang tua maupun secara tidak langsung dengan menolong orang tua/anak memahami pengobatan dan perawatan anaknya. Kebutuhan orang tua terhadap pendidikan kesehatan dapat mencakup pengertian dasar penyakit anaknya, perawatan anak selama dirawat di rumah sakit, serta perawatan lanjut untuk persiapan pulang ke rumah. Tiga domain yang dapat dirubah oleh perawat melalui pendidikan kesehatan adalah pengetahuan, keterampilan serta sikap keluarga dalam hal kesehatan khususnya perawatan anak sakit.

b. Sebagai konselor

Suatu waktu anak dan keluarganya mempunyai kebutuhan psikologis berupa dukungan/dorongan mental. Sebagai konselor, perawat dapat memberikan konseling keperawatan ketika anak dan

keluarganya membutuhkan. Hal inilah yang membedakan layanan konseling dengan pendidikan kesehatan. Dengan cara mendengarkan segala keluhan, melakukan sentuhan dan hadir secara fisik maka perawat dapat saling bertukar pikiran dan pendapat dengan orang tua tentang masalah anak dan keluarganya dan membantu mencari alternatif pemecahannya.

c. Melakukan koordinasi atau kolaborasi.

Dengan pendekatan interdisiplin, perawat melakukan koordinasi dan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain dengan tujuan terlaksananya asuhan yang holistik dan komprehensif. Perawat berada pada posisi kunci untuk menjadi koordinator pelayanan kesehatan karena 24 jam berada di samping pasien. Keluarga adalah mitra perawat, oleh karena itu kerjasama dengan keluarga juga harus terbina dengan baik tidak hanya saat perawat membutuhkan informasi dari keluarga saja, melainkan seluruh rangkaian proses perawatan anak harus melibatkan keluarga secara aktif.

d. Sebagai pembuat keputusan etik.

Perawat dituntut untuk dapat berperan sebagai pembuat keputusan etik dengan berdasarkan pada nilai normal yang diyakini dengan penekanan pada hak pasien untuk mendapat otonomi, menghindari hal-hal yang merugikan pasien dan keuntungan asuhan keperawatan yaitu meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat juga harus terlibat dalam perumusan rencana pelayanan kesehatan di tingkat

kebijakan. Perawat harus mempunyai suara untuk didengar oleh para pemegang kebijakan dan harus aktif dalam gerakan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan anak. Perawat yang paling mengerti tentang pelayanan keperawatan anak. Oleh karena itu perawat harus dapat meyakinkan pemegang kebijakan bahwa usulan tentang perencanaan pelayanan keperawatan yang diajukan dapat memberi dampak terhadap peningkatan kualitas pelayanan kesehatan anak.

e. Sebagai peneliti.

Sebagai peneliti perawat anak membutuhkan keterlibatan penuh dalam upaya menemukan masalah-masalah keperawatan anak yang harus diteliti, melaksanakan penelitian langsung dan menggunakan hasil penelitian kesehatan/keperawatan anak dengan tujuan meningkatkan kualitas praktik/asuhan keperawatan pada anak. Pada peran ini diperlukan kemampuan berpikir kritis dalam melihat fenomena yang ada dalam layanan asuhan keperawatan anak sehari-hari dan menelusuri penelitian yang telah dilakukan serta menggunakan literatur untuk memvalidasi masalah penelitian yang ditemukan. Pada tingkat kualifikasi tertentu, perawat harus dapat melaksanakan penelitian yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas praktik keperawatan anak.

4. Pertumbuhan dan perkembangan

Pengertian Pertumbuhan dan Perkembangan Menurut Soetjiningsih (2012), pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam

besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh). Dalam pengertian lain dikatakan bahwa pertumbuhan merupakan bertambahnya ukuran fisik (anatomi) dan struktur tubuh baik sebagian maupun seluruhnya karena adanya multiplikasi (bertambah banyak) sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel (IDAI, 2002).

Sedangkan perkembangan (development) adalah bertambahnya kemampuan serta struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur, dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil dari proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang terorganisasi dan berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Dalam hal ini perkembangan juga termasuk perkembangan emosi, intelektual dan perilaku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan (Soetjiningsih, 2012).

5. Batasan Usia Anak

Batasan Usia Anak Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, pasal 1 Ayat 1, Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut definisi WHO, batasan usia anak adalah sejak anak di dalam kandungan sampai usia 19 tahun. Berdasarkan Konvensi Hak-hak Anak yang

disetujui oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-bangsa pada tanggal 20 Nopember 1989 dan diratifikasi Indonesia pada tahun 1990, Bagian 1 pasal 1, yang dimaksud Anak adalah setiap orang yang berusia di bawah 18 tahun, kecuali berdasarkan undang-undang yang berlaku bagi anak ditentukan bahwa usia dewasa dicapai lebih awal (Soediono, 2014).

6. Konsep Hospitalisasi

Pengertian Hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, lingkungan yang asing, kehilangan kemandirian dan kebebasan. Reaksi anak dapat dipengaruhi oleh perkembangan usia anak, pengalaman terhadap sakit, diagnosa penyakit, sistem dukungan dan koping terhadap cemas (Nursalam, 2013). Hospitalisasi adalah suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaan ini terjadi karena anak mengalami perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta mekanisme koping yang terbatas dalam menghadapi stresor. Stresor utama dalam hospitalisasi adalah perpisahan, kehilangan kendali dan nyeri (Wong, 2009).

Hospitalisasi merupakan suatu proses karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan. Meskipun demikian dirawat di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan

ketakutan dan cemas bagi anak (Supartini, 2009). Berdasarkan beberapa penelitian di atas maka dapat disimpulkan bahwa hospitalisasi merupakan pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya karena alasan berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit untuk menjalani terapi dan perawatan.

a. Dampak hospitalisasi

Menurut Cooke & Rudolph (2009), hospitalisasi dalam waktu lama dengan lingkungan yang tidak efisien teridentifikasi dapat mengakibatkan perubahan perkembangan emosional dan intelektual anak. Anak yang biasanya mendapatkan perawatan yang kurang baik selama dirawat, tidak hanya memiliki perkembangan dan pertumbuhan fisik yang kurang optimal, melainkan pula mengalami gangguan hebat terhadap status psikologis. Anak masih punya keterbatasan kemampuan untuk mengungkapkan suatu keinginan. Gangguan tersebut dapat diminimalkan dengan peran orang tua melalui pemberian rasa kasih sayang

Depresi dan menarik diri sering kali terjadi setelah anak menjalani hospitalisasi dalam waktu lama. Banyak anak akan mengalami penurunan emosional setelah menjalani hospitalisasi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa anak yang dihospitalisasi dapat mengalami gangguan untuk tidur dan makan, perilaku regresif seperti kencing di atas tempat tidur, hiperaktif, perilaku

agresif, mudah tersinggung, terteror pada saat malam hari dan negativisme (Herliana, 2010). Berikut ini adalah dampak hospitalisasi terhadap anak usia prasekolah menurut Nursalam (2013), sebagai berikut:

- 1) Cemas disebabkan perpisahan Sebagian besar kecemasan yang terjadi pada anak pertengahan sampai anak periode prasekolah khususnya anak berumur 6-30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Hubungan anak dengan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan terhadap orang yang terdekat bagi diri anak. Selain itu, lingkungan yang belum dikenal akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas
- 2) Kehilangan kontrol

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya kehilangan kontrol. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku anak dalam hal kemampuan motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari activity daily living (ADL), dan komunikasi. Akibat sakit dan dirawat di rumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan ego dalam mengembangkan otonominya. Ketergantungan merupakan karakteristik anak dari peran terhadap sakit. Anak akan bereaksi terhadap ketergantungan dengan cara negatif, anak akan menjadi cepat marah dan agresif. Jika terjadi

ketergantungan dalam jangka waktu lama (karena penyakit kronis), maka anak akan kehilangan otonominya dan pada akhirnya akan menarik diri dari hubungan interpersonal.

3) Luka pada tubuh dan rasa sakit (rasa nyeri)

Konsep tentang citra tubuh, khususnya pengertian body boundaries (perlindungan tubuh), pada kanak-kanak sedikit sekali berkembang. Berdasarkan hasil pengamatan, bila dilakukan pemeriksaan telinga, mulut atau suhu pada rektal akan membuat anak sangat cemas. Reaksi anak terhadap tindakan yang tidak menyakitkan sama seperti tindakan yang sangat menyakitkan. Anak akan bereaksi terhadap rasa nyeri dengan menangis, mengatupkan gigi, menggigit bibir, menendang, memukul atau berlari keluar.

4) Dampak negatif dari hospitalisasi lainnya pada usia anak prasekolah adalah gangguan fisik, psikis, sosial dan adaptasi terhadap lingkungan.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif analitik dalam bentuk *literature review* untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi identifikasi data hasil pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek dalam penelitian ini adalah dua orang klien anak dengan kasus penyakit Thalasemia. Dengan kriteria subjek sebagai berikut :

1. Subjek dua orang Klien Anak laki-laki atau Perempuan
2. Subjek dua orang Klien Anak yang berusia < 19 tahun
3. Subjek dua orang Klien Anak dengan Dx Medis Thalasemia

C. Definisi Operasional

Menurut Sugiono (2012) definisi operasional adalah penentuan konstruk atau sifat yang dipelajari sehingga menjadi variable yang dapat diukur.

1. Penyakit Thalasemia

Penyakit genetic yang disebabkan gangguan sintesis hemoglobin. Kelainan hemoglobin pada penderita thalasemia akan menyebabkan eritrosit mudah mengalami destruksi, sehingga usia sel-sel darah merah

menjadi lebih pendek dari normal yaitu berusia 120 hari. Untuk menentukan penyakit thalassemia dengan berdasarkan diagnose medis dari dokter yang dapat dilihat dari rekam medis klien.

2. Asuhan Keperawatan klien pada Anak dengan Thalassemia

Suatu proses kegiatan dalam praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien thalassemia dalam tatanan pelayanan kesehatan meliputi tahapan proses keperawatan yaitu: Pengkajian, diagnose, keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr Hasan sadikin Bandung pada klien 1 dan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada klien 2. Waktu penelitian ini pada klien 1 yaitu pada tanggal 19 Mei 2015 dan klien 2 pada tanggal 13 Mei 2019 -15 Mei 2019.

E. Prosedur penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa mengidentifikasi laporan asuhan keperawatan terdahulu maupun melalui media internet
2. Mahasiswa melapor ke pembimbing untuk konsultasi mengenai kasus yang telah diperoleh.
3. Setelah di setuju oleh pembimbing kemudian membuat *review* kasus dari kedua klien.

F. Metode dan instrument pengumpulan data

Adapun metode dan instrument pengumpulan data pada penelitian ini adalah :

1. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang digunakan pada penyusunan Literature review dengan melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mengulas kasus dari kedua subjek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format asuhan keperawatan pada anak sesuai ketentuan yang berlaku.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk membuktikan kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), keabsahan data pada penelitian ini dilakukan dengan cara peneliti melakukan Asuhan Keperawatan secara koheren dan komprehensif, peneliti juga memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan, sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

H. Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menggunakan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang sudah ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian tentang asuhan keperawatan anak dengan Thalasemia dalam bentuk Review kasus. Sampel klien 1 diambil dari penelitian yanti (2015) dengan judul Asuhan keperawatan pada klien An.Z dengan thalassemia mayor dan hemosiderosis yang telah dilaksanakan di poliklinik thalassemia RSUP Dr Hasan sadikin Bandung. dan sampel klien 2 di ambil dari karya tulis ilmiah tunnaim (2019). dengan judul asuhan keperawatan anak dengan thalassemia di Ruang Rawat Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan dengan mengambil hasil laporan askep dari media internet dengan jumlah sampel 2 klien. Adapun hasil penelitian diuraikan sebagai berikut :

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran lokasi penelitian

Lokasi penelitian klien 1 dilakukan di poliklinik thalassemia RSUP DR Hasan sadikin Bandung (Yanti,2015). dan penelitian klien 2 ini dilakukan di Ruang Rawat Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah No. 1, Sidodadi Samarinda Ulu Kota Samarinda Kalimantan Timur. RSUD ini dibangun pada tahun 1933 dan merupakan rumah sakit tipe A yaitu sebagai rumah sakit rujukan yang didalamnya terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Instalasi Radiologi, Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD,

Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Paviliun, Instalasi Rawat Inap kelas I, II, III, dan VIP. Ruang Rawat Melati merupakan ruang perawatan anak yang menyediakan tempat tidur, dengan tenaga perawat orang, dokter spesialis anak orang. Kasus penyakit yang terdapat di ruang perawatan anak diantaranya anak dengan penyakit sistem respirasi, gastrointestinal, penyakit infeksi, dan penyakit kelainan darah (Tunnaim,2019).

2. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Tabel 4.1 Hasil anamnesis Klien Anak dengan Thalasemia

No	Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
1	Nama	An.z	Anak A
2	No Registrasi	402061	96.05.87.xx
3	Tanggal Lahir / Umur	Data tidak tercantum/ 9 tahun	6 Desember 2015/ 3 tahun 5 bulan
4	Jenis Kelamin	Data tidak tercantum	Laki-Laki
5	Nama <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Tn.A Ny.N	Data Tidak Tercantum
6	Umur <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	42 Tahun 40 Tahun	Data Tidak Tercantum
7	Pekerjaan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Buruh IRT	Data tidak tercantum
8	Pendidikan <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	SMA/Sederajat SMA/Sederajat	Data tidak tercantum
9	Alamat	Jln.ciondeg timur bandung	Jl.A.Wahab Syahrane
10	No. Telp/ HP	Data tidak tercantum	Data tidak tercantum
11	Agama	Islam	Islam
12	Suku/Bangsa <ul style="list-style-type: none"> • Ayah • Ibu 	Sunda Sunda	Data tidak tercantum
13	Masuk RS tanggal	19 Mei 2015	13 Mei 2019
14	Tanggal Pengkajian	19 Mei 2015	13 Mei 2019
15	Di Rawat di Ruangan	Poliklinik thalassemia	Melati
16	Keluhan Utama	Klien nampak pucat dan akan di transfuse darah.	Lemah

17	Riwayat Penyakit Sekarang	Pada saat pengkajian, klien nampak pucat, mengeluh badan lemas dan pusing. sesak napas (-). Keluhan lemas bertambah bila klien banyak beraktivitas yang terlalu capek. Keluhan berkurang bila klien istirahat dan tidur dengan posisi setengah duduk. Klien merupakan pasien thalasemia mayor sejak usia 3 bulan Dan datang ke poliklinik karena akan dilaksanakan transfusi darah. Transfusi terakhir adalah 3 minggu yang lalu.	Ibu pasien mengatakan anaknya tampak pucat beberapa hari terakhir dan sudah waktunya untuk Memeriksa kesehatan untuk melakukan rutinitas transfuse darah setiap sebulan sekali. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 mei 2019. pasien tampak pucat dan tidak nafsu makan, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan . Leukosit : 15.000 sel/mm ³ , Hemoglobin : 6,3 g/dl , Hematokrit : 28 % , Trombosit : 280.000/mm ³
18	Masa Prenatal	Ibu adalah G2P1A0, ibu mengatakan selama kehamilan tidak ada keluhan yang berarti, pada awal kehamilan, ibu sempat mual-mual namun tidak sampai dirawat. Ibu kontrol kehamilan ke bidan dan tidak ada keluhan selama kehamilan.	Ibu pasien mengatakan dalam masa kehamilan tidak ada masalah dengan kandungan,ibu mengandung selama 9 bulan
19	Natal	Bayi lahir dengan spontan. Menurut ibu waktu itu bayi lahir dengan BB 2800 gr dan PB 47 cm, nangis dan sehat.	Lahir secara normal /spontan dibantu tenaga medis bidan. Ibu mengatakan saat lahir BB pasien 2.400 gram dan PB 43 cm.
20	Post Natal	Setelah melahirkan. Ibu mengatakan tidak mengalami perdarahan.	Data tidak Tercantum
21	Masa Neonatal	Data tidak tercantum	Data tidak Tercantum
22	Riwayat Masa Lampau	Klien terdiagnosa Thalasemia pada usia 3 bulan sebelum terdiagnosa thalasemia secara pasti klien terlihat pucat dan lemas tanpa disertai tanda perdarahan, panas badan atau memar-memar. Lalu di bawa ke dokter spesialis anak di RS AL	Ibu pasien mengatakan sejak lahir pasien sering demam naik turun dan berat badan sulit naik. Saat pasien usia 9 bulan, pasien demam naik turun selama 10 hari kemudian diperiksakan ke RS ternyata kadar Hb hanya 6,4 g/dl. Setelah melakukan

		<p>ikhsan Karena keluhan sesak dan kejang akhirnya klien dirujuk ke RSHS Bandung serta di diagnosa Thalasemia setelah dilakukan analisa haemoglobin, dan Hb waktu itu adalah 6,9 gr/dl, klien mendapatkan transfusi darah. Setelah itu klien rutin melakukan transfusi darah. menurut ibu, klien mendapatkan imunisasi dasar Cuma imunisasi campak yang terlewat karena anaknya panas.</p>	<p>pemeriksaan dan terdiagnosis menderita Thalasemia pasien rutin menjalani Trasfusi 4 minggu sekali.</p>
23	Riwayat Kesehatan Keluarga	<p>Ibu menyangkal bahwa dirinya dan suaminya menderita thalasemia atau membawa (Carier). Ibu menyangkal di keluarganya ada yang mengidap thalasemia hanya orang tua dari suaminya mengidap kanker. Ibu dan suami pernah diperiksa darah namun hasilnya menurut ibu negatif</p>	<p>Ibu pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan.</p>
24	Riwayat Sosial	<p>Klien saat ini masih sering bermain dengan saudara-saudara nya yang lain, dan sering bermain di luar rumah dan sering pulang dengan kecapekan.</p>	<p>Data tidak Tercantum</p>

25	Kebutuhan Dasar	<p>Ibu mengatakan, selama ini klien tidak ada keluhan tentang makanan, bahkan ketika sakitpun. Makan biasa 3X/hari dengan menu paling banyak dengan ikan dan sayur. Minum klien paling senang dengan minuman dingin</p> <p>Menurut ibu, BAB dan BAK tidak ada keluhan, BAB biasa sehari sekali.</p> <p>Klien biasa istirahat normal seperti anak yang lain. Tidur malam biasa 8 jam. klien sebelum tidur mesti menggigit-gigit ibu jarinya yang merupakan kebiasaan dari kecil</p> <p>Klien biasa main di rumah dengan sepupu dan saudara yang lain. Klien sangat senang membaca dan main lompat tali dengan teman sebayanya. Ketika pengkajian klien nampak sedang bermain HP dan membaca buku yang disediakan rumah sakit</p> <p>Ibu mengatakan klien biasa mandi 2 kali sehari dengan air hangat dan menggunakan sabun.</p>	<p>Frekuensi makan 3 kali sehari, 3-4 sendok makan, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan buah, dan susu.</p> <p>Buang air besar 1 kali sehari, buang air kecil 4 kali sehari, warna kuning jernih dan tidak ada gangguan ataupun kelainan.</p> <p>Kegiatan bermain di rumah sakit tidak ada Tidak ada Tidur siang , malam hari \pm 7 jam per hari, tidak ada keluhan sulit tidur</p> <p>Pengasuh anak adalah orang tua, hubungan dalam keluarga adalah anak, hubungan dengan teman sebaya baik, hubungan dengan orang lain baik, perhatian pada lawan bicara baik</p> <p>Mandi 2 kali sehari, gosok gigi 1 kali sehari, belum ada potong kuku, belum ada cuci Rambut.</p>
26	Keadaan Kesehatan saat ini	Data tidak Tercantum	Data tidak Tercantum
27	Pemeriksaan DDST (Pemeriksaan tumbuh kembang tidak dapat	a. Pertumbuhan BBL = 2800 gr , BB	Ibu pasien mengatakan BB 12 kg dan TB 90 cm, sudah bisa menyebutkan nama

	dilakukan karena anak sedang sakit. Informasi yang diberikan diperoleh dari orangtua)	saat dikaji adalah 24 kg PBL = 47 cm, PB saat dikaji adalah 110 cm b. Perkembangan Untuk perkembangan klien tidak ada kelainan, malah klien termasuk anak cerdas dan masuk ranking 5 besar di kelasnya.	dan usianya, dapat berhitung 1 sampai 5, dapat mengikuti perintah sederhana.
28	Lain-lain Data psikologis	Klien mengetahui dia terkena Thalasemia dan harus dapat darah tiap 3 minggu, namun klien nampak tenang. Klien bercita-cita ingin menjadi guru bila sudah besar nanti	Tidak ada tercantum

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Berdasarkan table 4.1 dapat dilihat bahwa pengkajian pada klien 1 dan klien 2 sama- sama dilakukan pada saat klien baru masuk RS. Keluhan utama yang terdapat di data pada klien 1& 2 sama yaitu nampak pucat dan lemas , pada data klien 2 terdapat pemeriksaan laboratorium dengan hasil (Hb 6,3 g/dl) sedangkan pada data klien1 tidak didapatkan data pemeriksaan laboratorium.

Pada data riwayat masa lampau, klien 1 sudah terdiagnosa thalassemia pada usia 3 bulan dan usianya saat ini 9 tahun sedangkan pada klien 2 sudah di diagnosa penyakit thalassemia sejak usianya 9 bulan dan saat ini usianya 3 tahun 5 bulan. Klien 1& 2 rutin melakukan terapi transfuse darah merah sejak di diagnosis thalassemia hingga saat ini. pada data klien 2 pasien rutin menjalani transfuse 4 minggu sekali sedangkan pada data klien 1 klien rutin menjalani transfuse darah tiap 3 minggu. Untuk pemberian imunisasi pada data klien 1 mendapatkan imunisasi dasar Cuma imunisasi campak yang terlewat karena klien demam sedangkan pada data klien 2 tidak terdapat data untuk pemberian imunisasinya.

Pada data riwayat kesehatan keluarga pada klien 1 keluarga menyangkal bahwa dirinya dan suaminya menderita thalasemia atau membawa (Carier). Ibu menyangkal dikeluarganya ada yang mengidap thalasemia hanya orang tua dari suaminya mengidap kanker. Ibu dan suami pernah diperiksa darah namun hasilnya menurut ibu negative, sedangkan pada data klien 2 tidak ada dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan.

Pada data klien 1 status nutrisi klien tidak ada keluhan tentang makanan, bahkan ketika sakit pun. Makan biasa 3X/hari dengan menu paling banyak dengan ikan dan sayur. sedangkan pada data klien 2 status nutrisi makan 3 kali sehari, 3-4 sendok makan, jenis makanan nasi, lauk, sayur, buah, dan susu.

Pada data klien 1 terdapat data psikologis klien terkena Thalasemia dan harus dapat darah tiap 3 minggu, namun klien nampak tenang. Klien bercita-cita ingin menjadi guru bila sudah besar nanti. sedangkan pada data klien 1 tidak terdapat data tersebut

b. Pemeriksaan Fisik

4.2 Hasil Pemeriksaan Fisik Anak dengan Thalasemia

No	Pemeriksaan Umum	Klien 1	Klien 2
1.	Keadaan Umum	KU:Compos Mentis , Nampak pucat	KU lemah, pasien berbaring ditempat tidur, dan terpasang IVFD
2.	Kesadaran	Data tidak tercantum	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5
3.	Tanda-tanda vital	TD : 90/60 mmhg RR: 24X/menit Nadi: 90x/menit Suhu :36,5° C	RR : 22 x/i N : 92 x/i S : 36,4 °C
4.	Status Gizi	Data tidak tercantum	Data tidak tercantum
5.	Pemeriksaan Fisik :		
	Inspeksi		
	a. Kepala	Bentuk simetris, tidak terdapat benjolan atau lesi, rambut sedikit kusam, panjang, nampak tipis. Bentuk mata simetris, sklera sub ikterik, konjungtiva anemis,	Bentuk kepala makro, wajah simetris, Kulit kepala bersih. Penyebaran rambut merata berwarna hitam rambut mudah dicabut, Ubun-ubun besar dan

	<p>pergerakan bola mata sesuai, pupil bulat isokor.</p> <p>Bentuk simetris, pernapasan cuping hidung tidak tampak, sekret tidak ada.</p> <p>Mukosa lembab, kehitaman, tidak terdapat caries gigi. Nampak gigi depan tampak rusak.</p>	<p>tidak ada kelainan.</p> <p>Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik.</p> <p>Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sclera ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan.</p> <p>Tidak ada pernafasan cuping hidung, dan tidak ada kelainan. Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. terdapat caries pada gigi.Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah</p>
b. Leher	Bentuk simetris, , peningkatan JVP (-)	Data tidak tercantum
c. dada dan jantung	Bentuk dan pergerakan simetris, tidak tampak pernapasan dengan bantuan otot pernafasan tambahan.	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal,tidak ada otot bantu pernafasan Pada pemeriksaan inspeksi CRT >3 detik tidak ada sianosis
d. Punggung	Data tidak tercantum	Data tidak tercantum
e. Perut	Perut sedikit membuncit.	Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada

			abdomen, tidak ada luka operasi
	f.Genetalia	Data tidak tersedia	Scrotum sudah turun dan tidak ada kelainan.
	g. Anus dan Rektum h. Tulang Belakang Ekstermitas	Nampak kehitaman di sekitar lutut, bintik-bintik hitam pada kedua kaki. Kuku jari tangan nampak pucat. Lingkar lengan 20 cm	Tidak ada kelainan Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, turgor kulit baik Kekuatan otot : 5 5 5 5 Tidak ada edema
	Palpasi		
	a. Leher b.Dada c. jantung d. Perut	Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid teraba pembesaran hati 5 cm BAC, pembesaran limpa III nyeri tekan epigastrium -. Lingkar perut 52 cm	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa.
	Auskultasi		
	a. Paru-paru b. Jantung c. Perut	Bunyi jantung reguler, bunyi paru : vesikuler, ronkhi (-) , wheezing (-) , Bising Usus 6x/menit.	auskultasi suara nafas vesikuler. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

			Auskultasi : peristaltic 6x/menit
	Perkusi		
	a. Dada b. Jantung b. Perut c. Ekstermitas	Data tidak tersedia	Perkusi sonor Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar Perkusi : timpani
	i. Sistem Persyarafan		reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-) tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran, dan gangguan penciuman.

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Berdasarkan table 4.2 diatas terdapat dapat data hasil pemeriksaan fisik Pada klien 1 suhu : 36,5°C, pernafasaan 24 x/ menit, Nadi: 90x/menit, Tekanan darah 90/60 mmhg, konjungtiva anemis, mukosa lembab, perut sedikit membuncit, teraba pembesaran hati 5 cm BAC, pembesaran limpa III, lingkaran perut 52 cm dan bising usus 6x/menit. Sedangkan pada data klien 92 hasil pemeriksaan fisik didapatkan suhu 36,4°C, pernafasan 22x/menit, Nadi 2x/menit, Konjungtiva anemis

keadaan mukosa bibir kering dan pucat, turgor kulit baik , CRT > 3 dtk dan bising usus 6x menit.

c. Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.3 Hasil Pemeriksaan Penunjang Klien Anak dengan Thalasemia

No	Pemeriksaan penunjang	Klien 1	Klien 2
1.	Laboratorium	Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 19 Mei 2015 Hb : 8,5 gr/dl HT : 18% Lekosit : 9200/mm ² Trombosit : 240.000/mm ²	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 13/05/2019 (MRS) 1. Leukosit : 15.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 6,3 g/dl 3. Hematokrit : 28 % 4. Trombosit : 280.000/mm ³ Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 16/05/2019 1. Leukosit : 18.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 10,8 g/dl 3. Hematokrit : 38,7 % 4. Trombosit : 340.000/mm ³

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Berdasarkan table 4.3 diatas didapatkan data pada pemeriksaan penunjang pada klien 1 tanggal 19 mei 2015 (Hb : 8,5 gr/dl) sedangkan pada data klien 2 hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 13 mei 2019 (Hb : 6,3g/dl) dan pada tanggal 16 mei 2019 (Hb : 10,8 g/dl).

d. **Terapi**

Tabel 4.4 Terapi klien Anak dengan Thalasemia

No	Klien 1	Klien 2
1	PRC 330 cc Exjade 1x2tab Asam folat 1x1 tablet Vitamin E 2x1 tablet	Exjade 500 mg (Oral) 1 x 1 Vitamin C (Oral) 1 x 1 Asam Folat (Oral) 1 x 1 NaCl 0,9% (IVFD) PRC 180 cc (IVFD) 2 hari

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Berdasarkan table 4.4 diatas terdapat data terapi klien 1&2 , pada klien 1 mendapatkan terapi PRC 330 cc, Exjade 1x2tab, Asam folat 1x1 tablet dan vitamin E 2x1 tablet. Sedangkan pada data klien 2 mendapatkan terapi Exjade 500 mg (Oral) 1 x 1, vitamin C (Oral) 1 x 1, Asam Folat (Oral) 1 x 1, NaCl 0,9% (IVFD) dan PRC 180 cc (IVFD) 2 hari

e. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan Klien Anak dengan Thalasemia

No	Data	Etiologi (Penyebab,tanda&Gejala)	Masalah
Klien 1			
1	DS: <ul style="list-style-type: none"> Klien mengeluh pusing dan lemas Pusing bertambah jika beraktivitas DO: <ul style="list-style-type: none"> Konjungtiva anemis Klien nampak pucat dan lemas Hb 8,5 gr/dl Ekstremitas dingin 	Kelainan rantai globulin β ↓ Penumpukan eritrosit imatur ↓ Eritrolisis/hemolisis ↓ Anemia (Hb ↓) ↓ Pengikatan O ₂ oleh Hb ↓ ↓ Aliran O ₂ ke organ vital dan jaringan berkurang ↓ O ₂ dan nutrisi tidak di transport secara adekuat ↓ ↓ Perfusi jaringan terganggu	Gangguan perfusi jaringan
2	DS: Klien mengeluh cepat lelah saat melakukan aktivitas bermain DO:	Anemia (kadar Hb) ↓ Komponen selluler pengangkut O ₂ ke jaringan ↓ ↓ Pengikatan O ₂ oleh Hb ↓	Intoleransi aktivitas: bermain

	<ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak lemah • Klien tampak pucat 	↓ Aliran darah ke organ vital dan jaringan berkurang ↓ Metabolisme aerob menurun ↓ Energi yang dihasilkan ↓ ↓ Penurunan toleransi aktivitas	
Klien 2			

	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	13/05/2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien tampak pucat dan lemah DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak pucat • Pasien tampak lemah • Akral dingin • Nadi 92 x/m • Hb 6,3 g/dl
2	13/05/2019	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien kurang nafsu makan • Ibu mengatakan pasien tidak pernah menghabiskan makanannya DO: Pasien tampak kurus <ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya makan 3-4 sedok makan saja • A: BB 12 kg, TB 90 cm, LILA 10, IMT 14,8 (BB kurang) B: HB 6,3 g/dl, HT 28% C: turgor kulit baik, tampak lemah D: BTKTP, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 3-4 sendok
3	13/05/2019	(D.0056) Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen, ditandai dengan : DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien mengeluh lelah • Ibu mengatakan pasien tidak banyak beraktivitas • Ibu mengatakan pasien tampak pucat DO : <ul style="list-style-type: none"> • HB 6,3 g/dl • Pasien tampak lemah • Nadi

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien hanya berbaring di tempat tidur
4	13/05/2019	(D.0142) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Sekunder: Penurunan Hemoglobin, ditandai dengan DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • HB 6,3 g/dl • Leukosit 15.000 sel/mm • Pasien merasa lemah
5	13/05/2019	(D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien tidak nafsu makan • Berat badan sulit naik DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat kurus • Pasien terlihat lemah

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Berdasarkan data tabel 4.5 pada klien 1 ditegakkan 2 diagnosa yaitu gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar Hemoglobin dan intoleransi aktivitas : bermain berhubungan dengan penurunan produksi energy tubuh. Sedangkan pada klien 2 ditegakkan 5 diagnosa yaitu gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kosentrasi Hemoglobin, Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan Hemoglobin dan gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik

f. Perencanaan

Tabel 4.6 perencanaan pada Klien Anak dengan Thalasemia

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Klien 1				

1	Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan kadar Hb	Setelah dilakukan intervensi selama 4 jam, transfortasi O2 ke jaringan lebih efektif Kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • TTV dalam batas rujukan • Ekstremitas hangat • Warna kulit tidak pucat • Hb meningkat 	1. Beri transfusi PRC 330 cc diberikan dalam waktu 4 jam 2. Posisikan tubuh klien semi fowler 3. Observasi TTV setelah transfusi 4. Kaji warna kulit, membrane mukosa 5. Kaji keadaan ekstremitas	1. Memaksimalkan asupan sel darah merah sehingga Hb dapat meningkat 2. Pengembangan paru akan lebih maksimal 3. Peningkatan suhu dan respirasi mengindikasikan terjadi alergi selama transpusi
2	Intoleransi aktivitas: bermain b.d penurunan produksi energi tubuh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, klien dan orang tua mengetahui dan memahami jenis aktivitas bermain yang harus dibatasi	1. Kaji aktivitas yang bisa menyebabkan kelelahan 2. Anjurkan untuk menghentikan aktivitas bila ada nyeri dada, nafas pendek, kelemahan atau pusing 3. Anjurkan pada klien untuk memantau adanya pusing 4. Jelaskan pada klien untuk mengurangi aktivitas yang membutuhkan energi banyak (seperti berlari, memanjat). 5. Kaji aktivitas yang menyenangkan bagi klien	1. Aktivitas berlebih meningkatkan beban tubuh dalam pemenuhan oksigen 2. Manifestasi cardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke jaringan 3. Hipoksia cerebral dapat menyebabkan pusing 4. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O2 tubuh dan menurunkan regangan jantung dan paru.
No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 2				
1	13/05/2019	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer kembali efektif. Kriteria Hasil 1. Pengisian CRT <3	1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/t umpul 1.2 Monitor adanya

			<p>detik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Nadi perifer stabil 3. Akral hangat 4. Warna kulit kemerahan 5. Hemoglobin dalam batas normal 	<p>pretase</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<2 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse
2	13/05/2019	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Kurangnya Asupan Makanan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan asupan makanan menjadi adekuat.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.2 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.3 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering Monitor berat badan
3	13/05/2019	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat beraktivitas kembali.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Mampu beraktivitas secara mandiri 3. Keseimbangan antara aktivitas dan 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat

			istirahat 4. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik	3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 3.5 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)
4	13/05/2019	Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: Penurunan Hemoglobin	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi. Kriteria Hasil 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Jumlah leukosit dalam batas normal 3. Menunjukkan perilaku hidup	4.1 Batasi pengunjung bila perlu. 4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup. 4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
5	13/05/2019	Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluarga dapat memonitor tumbuh kembang pasien. Kriteria Hasil: 1. Pengetahuan orangtua terhadap perkembangan anak meningkat	5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia

			2. Orangtua dapat menstimulus anak secara mandiri 3. Tumbuh kembang sesuai dengan usia	5.4 pasien kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembangan
--	--	--	---	---

Sumber : Yanti (2015), Tunnaim (2019)

Tabel 4.6 di atas menjelaskan mengenai intervensi yang telah diberikan pada klien 1 dan klien 2 selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang di tegakkan.

g. Implementasi

Tabel 4.7 Implementasi Klien 1 Anak dengan Thalasemia

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Selasa, 19 Mei 2015 pukul 10.30	<ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya • Mengatur posisi pasien senyaman mungkin • Menjelaskan tentang prosedur pemasangan transpusi pada klien • Memasang infus Nacl 0,9% sebelum transfusi • Memberikan transfusi PRC golongan B sebanyak 330 cc • Mengobservasi kelancaran transfusi • Mengobservasi reaksi selama transpusi • Mengobservasi Tanda Vital 	Data tidak tercantum
selasa, 19 Mei 2015, pukul 11.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkaji aktivitas yang biasa dilakukan klien • Menganjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang banyak mengeluarkan energi seperti lari-lari 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Menganjurkan klien untuk terus beraktivitas layaknya anak normal tapi membatasi aktivitas yang berlebihan • Menganjurkan ibu dan klien untuk memantau adanya pusing , sesak atau lemes • Menganjurkan ibu untuk segera membawa klien ke RS bila terjadi penurunan keadaan tubuh seperti sesak, nyeri dada , kelemahan dan pusing hebat • Menganjurkan klien dan ibu agar mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran dan buah-buahan 	
--	---	--

Sumber: Yanti (2015)

Berdasarkan table 4.7 diatas bahwa implementasi yang telah dilakukan pada klien 1 berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan merupakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi agar kriteria hasil dapat tercapai tetapi tidak ditemukan data evaluasi dan ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan kepada klien.

Tabel 4.8 Implementasi Klien 2 Anak dengan Thalasemia

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
13 mei 2019 07:40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi :92x/m dan suhu nilai pasien: 36,4
08:00	2.1 Menanyakan adanya alergi makana	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan
08:05	5.5 Mengobservasi adanya batasan	Pasien tampak tidur

	pasien dalam beraktivitas	terlentang di tempat tidur
08:05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada
08:10	2.5 menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat
08:15	2.3 menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat
08:15	5.6 mengkaji factor yang menyebabkan kelelahan	Ibu mengatakan pasien beberapa hari terakhir tampak pucat dan tidak Bersemangat
08:20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg
08:25	2.4 mengajurkan kepada orang tua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat
08:30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelemahan fisik	Pasien tampak tidur di tempat tidur dan tidak ada beraktivitas apapun
08:35	5.7 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien tidak nafsu makan dan makan 3-4 sendok saja
08:40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase
08:45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT >2 detik, akral dingin, dan warna kulit pucat
08:50	4.7 Memonitor tanda dan gejala Infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi
09:05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik
09:30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat
09:50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan	Keluarga dapat memahami

	keluarga tanda dan gejala infeksi	tanda dan gejala infeksi
09:55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 21x/m dan pasien tampak pucat
10:20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat
10:40	5.8 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien : 36°C
11:00	1.7 Memberikan transfuse darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis dalam waktu 2 jam
13:10	5.2 mengukur bb dan tb pasien	Bb 12kg dan tb 90cm
13:15	5.4 mengajarkan kepada orangtua cara menstimulus anak	Keluarga dapat memahami
14/05/2019 07:40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi :92x/m dan suhu nilai pasien: 36 °C
08:00	2.1 Menanyakan adanya alergi makana	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan
08:05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak bermain dengan ibunya disekitar kamar
08:05	1.3 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada
08:10	2.5 menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran perawat
08:15	2.3 menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran perawat
08:20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg
08:25	2.4 mengajurkan kepada orang tua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran perawat

08:30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelemahan fisik	Pasien dapat beraktivitas bermain bersama ibunya
08:35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien hanya makan 3-4 sendok saja setiap makan
08:40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase
08:45	1.5 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT > 2 detik, akral hangat, dan warna kulit pucat
08:50	4.5 Memonitor tanda dan gejala Infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi
09:05	4.6 Mendorong auspan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat
09:50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda & gejala infeksi
09:55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 21x/m dan pasien tampak pucat
10:20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat
10:40	5.9 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien 36°C
11:00	1.8 Memberikan transfuse darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis waktu 2 jam
15/05/2019 07:40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi :90x/m dan suhu tubuh pasien: 36,1°C
08:00	3.2 Menanyakan adanya alergi makana	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan
08:05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak beraktivitas di tempat tidur saja
08:05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada
08:10	2.5 menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat
08:15	2.3 menganjurkan makan makanan	Ibu memahami anjuran

	yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	dari perawat
08:20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg
08:25	2.4 mengajurkan kepada orang tua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat
08:30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelemahan fisik	Pasien sudah dapat beraktivitas kembali
08:35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien sudah bisa menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makanannya
08:40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase
08:45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT<2 detik, akral hangat, dan warna kulit kemerahan
08:50	4.7 Memonitor tanda dan gejala Infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi
09:05	4.4 mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan	Perawat sudah melakukan dengan baik
09:30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat
09:50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi
09:55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 21 x/ m dan kulit tampak kemerahan
10:20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat

Sumber : Tunnaim (2019)

Berdasarkan table 4.8 diatas bahwa implementasi yang telah dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan merupakan tindakan keperawatan yang sesuai dengan intervensi

agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien 2 dilakukan selama 3 hari. tercapai tetapi ada beberapa intervensi yang tidak dilakukan kepada klien.

h. Evaluasi

Tabel 4.9 Evaluasi pada Klien 1 Anak dengan thalassemia

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S O A P)
1.	Selasa 19 mei 2015	Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan kadar Hb	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan sedikit takut ketika akan di infus</p> <p>Klien mengatakan tidak sesak</p> <p>O :</p> <p>klien nampak meringis ketika akan dilaksanakan tindakan pemasangan transfusi darah</p> <p>klien kooperatif dalam pemasangan transpusi</p> <p>Suhu : 36,5° C, nadi 88x/m,RR 20x/m</p> <p>Klien nampak tenang selama transpusi</p> <p>Tetes transpusi lancar</p> <p>Acral hangat</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P: anjurkan klien menghindari aktifitas berat di rumah</p>
2	Selasa 19 mei 2015 13:00	Intoleransi aktivitas: bermain b.d penurunan produksi energi tubuh	<p>S :</p> <p>Klien mengatakan ingin maen keluar rumah namun sering kecapekan Klien mengatakan senang main HP dan membaca</p> <p>O :</p> <p>Klien nampak membaca sambil</p>

			di transpasi Respirasi 22x/menit Ibu klien mendengarkan penjelasan dengan baik A : masalah tertasi sebagian P : anjurkan ibu untuk memantau aktivitas klien di rumah
--	--	--	--

Sumber :Irma yanti (2015)

Berdasarkan Tabel 4.9 diatas menjelaskan bahwa pada klien 1 dilakukan perawatan selama 1 hari, evaluasi pada klien 1 dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin masalah teratasi sedangkan evaluasi dengan masalah intoleransi aktivitas : bermain berhubungan dengan penurunan produksi energy tubuh masalah teratasi sebagian.

Tabel 4.10 Evaluasi pada Klien 2 Anak dengan Thalasemia

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S O A P)
1.	13 Mei 2019 14:00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	S: Ibu pasien mengatakan pasien masih tampak pucat dan lemah O : Pasien tampak pucat Pasien tampak lemah N : 90x/m, akral dingin, CRT >3 detik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk

			<p>mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi</p> <p>1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit</p> <p>1.5 Monitor TTV</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberian transfuse</p>
2.	14:00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S :</p> <p>Ibu mengatakan pasien tidak mau menghabiskan makanannya, pasien hanya makan 3-4 sendok saja</p> <p>O :</p> <p>Pasien tampak kurus BB 12kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 Kaji adanya alergi makanan</p> <p>2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat</p> <p>2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering</p> <p>2.6 Monitor berat badan</p>
3.	14:00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	<p>S:</p> <p>Ibu mengatakan pasien banyak istirahat di tempat tidur Ibu mengatakan pasien sangat lemah untuk beraktivitas</p> <p>O:</p> <p>pasien tampak lemah pasien banyak tidur daripada aktivitas Hb 6,3 g/dl</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>4.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>4.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat</p>

			<p>4.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p> <p>4.5 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)</p>
4.	14:00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : Pasien tampak lemah HB 6,3 g/dl Leukosut 15.000 sel/mm</p> <p>A : Masalah resiko belum terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Batasi pengunjung bila perlu.</p> <p>4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</p> <p>4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</p> <p>4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</p> <p>4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup.</p> <p>4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p>
5.	14:00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	<p>S : ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : pasien terlihat kurus BB 12kg tb 90cm</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang</p> <p>5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan</p> <p>5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien</p>

			5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak
No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S O A P)
1.	14 Mei 2019 14:00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S : Ibu mengatakan pasien masih tampak pucat namun sudah tidak lemah seperti kemarin</p> <p>O : Pasien masih tampak pucat akral dingin, CRT >3 detik N: 80 x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse
2.	14:00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S : Ibu mengatakan pasien sangat sulit dibujuk untuk makan</p> <p>O : Pasien tampak kurus Pasien hanya makan 3-4 sendok saja sekali makan BB 12kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake

			<p>adekuat</p> <p>2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering</p> <p>2.6 Monitor berat badan</p>
3.	14:00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	<p>S : ibu mengatakan pasien sudah beraktivitas bermain di sekitar tempat tidurnya</p> <p>O : pasien dapat beraktivitas kecil dalam kamarnya pasien masih tampak pucat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.6 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>3.7 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>3.8 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat</p> <p>3.9 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p> <p>3.10 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)</p>
4.	14:00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : Ibu mengatakan sampai saat ini tidak ada tanda gejala infeksi</p> <p>O : Pasien tampak lebih beraktivitas dari kemarin Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Batasi pengunjung bila perlu.</p> <p>4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</p> <p>4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</p>

			<p>4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</p> <p>4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup.</p> <p>4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p>
5.	14:00	DK 5 Gangguan tumbuh Kembang	<p>S : ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : BB 12kg tb 90cm pasien terlihat kurus</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang</p> <p>5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan</p> <p>5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien</p> <p>5.4 Ajarkan kedua orangtua</p>
No	Hari/Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi S O A P
1	15 mei 2019 12:00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S: Ibu mengatakan pasien sudah tidak pucat dan sudah kembali sehat</p> <p>O : Pasien tidak anemis Akral hangat N: 90x/m, CRT <2 detik, kulit kemerahan HB sekarang 10,8 g/dl</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pasien Pulang Hentikan Intervensi</p>
2	12:00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S : Ibu mengatakan pasien mau makan sendiri sambil bermain gadget</p> <p>O : Pasien sudah mau makan sendiri dan habis ¼ porsi BB 12kg tidak ada penurunan berat badan</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>

			P : Pasien pulang hentikan Intervensi, berikan edukasi pentingnya nutrisi yang adekuat
3	12:00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	S : ibu mengatakan pasien sudah dapat beraktivitas seperti biasa dan lebih aktif bermain O : pasien dapat bermain dengan teman sebayanya pasien tampak lebih aktif kulit pasien tampak kemerahan A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi
4	12:00	DK 4 Resiko Infeksi	S : Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul O : HB sekarang 10,8g/dl Leukosit 18.000 sel/mm A : Masalah resiko tidak terjadi P : Pasien pulang hentikan intervensi
5	12:00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	S : ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus O : pasien terlihat kurus BB 12kg tb 90cm A : Masalah beum teratasi P : lanjutkan intervensi 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 dorong aktivitas sesuai dengan usia pasien 5.4 ajarkan kedua orang tua bagaimana cara menstimulasi tumbuh kembang anak.

Sumber : Tunnam (2019)

Berdasarkan Tabel 4.10 diatas menjelaskan pada klien 2 dilakukan asuhan keperawatan 3 hari, evaluasi pada klien 2 menunjukkan 3

diagnosa teratasi yaitu perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, intoleransi aktivitas b.d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dan Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan Hemoglobin teratasi hari 3 perawatan di rumah sakit sedangkan diagnose defisit nutrisi b.d kurangnya asupan makanan masalah teratasi sebagian intervensi dihentikan karena pasien pulang, berikan edukasi pentingnya nutrisi yang adekuat dan gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik masalah belum teratasi. Intervensi pada diagnose tersebut dilanjutkan yaitu, berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang, pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan, dorong aktivitas sesuai dengan usia pasien, dan ajarkan kedua orang tua bagaimana cara menstimulasi tumbuh kembang anak.

B. PEMBAHASAN

Pada pembahasan peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada anak klien 1 dilakukan di RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung (Yanti,2015) dan klien 2 dengan yang telah di RSUD Abdul Wahab Sahjranie (Tunnaim,2019). Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Setiadi, 2012)

Pengkajian pada Klien 1 dilakukan pada hari selasa 19 mei 2015 dan klien 2 dilakukan pada hari 15 mei 2019, terdapat keluhan yang sama pada data pengkajian yaitu pada klien 1 nampak pucat, mengeluh badan lemas dan pusing (Yanti, 2015). sedangkan pada klien 2 klien tampak pucat dan lemah (Tunnaim, 2019). hal ini sesuai dengan teori Anak yang di diagnosa thalassemia menunjukkan tanda dan gejala diantaranya gejala pusing, pucat, badan lemas, sukar tidur, tidak nafsu makan dan mudah infeksi (Hijrian, 2018).

Berdasarkan data hasil pengkajian pada kedua klien yang dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital. Didapatkan hasil pada klien 1 suhu: 36,5°C pernafasan 24 x/menit teratur, nadi 90x/menit (Yanti,2015) dan data pada klien 2 suhu 36,4°C, pernafasan 22 x/mnt, nadi 92 x/mnt (Tunnaim, 2019).

Pada Data Pemeriksaan fisik pada Klien 1 didapatkan konjungtiva anemis, mukosa lembab, perut sedikit membuncit, teraba pembesaran hati 5 cm BAC, pembesaran limpa III, Kulit klien nampak pucat, nampak kehitaman disekitar lutut dan bintik-bintik hitam dikedua kaki (Yanti,2015) sedangkan data pada klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik adanya konjungtiva anemis, mengalami tidak nafsu makan, turgor kulit baik, mukosa bibir kering dan CRT >3 dtk (Tunnaim,2019). Menurut Ray

(2013) Gejala yang didapat pada pasien berupa gejala umum yaitu: anemis, pucat, mudah capek, dan adanya penurunan kadar hemoglobin pembesaran limpa, dan *Fascies Cooley's* (sumsum memproduksi sel darah merah berlebihan sehingga rongga sumsum membesar menyebabkan penipisan tulang dan penonjolan pada dahi) Hal ini disebabkan oleh penurunan fungsional hemoglobin dalam menyuplai atau membawa oksigen ke jaringan-jaringan tubuh yang digunakan untuk oksidasi sel. Sehingga oksigenasi ke jaringan berkurang. Selain sebagai pembawa oksigen, hemoglobin juga sebagai pigmen merah eritrosit sehingga apabila terjadi penurunan kadar hemoglobin ke jaringan maka jaringan tersebut menjadi pucat.

Jika klien tidak sering mendapat transfusi darah kulit menjadi kelabu serupa dengan besi akibat penimbunan besi dalam jaringan kulit (Doenges, 2000). Pada beberapa kasus thalassemia ditemukan gejala-gejala seperti badan lemah, kulit kekuningan (jaundice), urin gelap, cepat lelah, denyut jantung meningkat, tulang wajah abnormal dan pertumbuhan terhambat serta permukaan perut yang membuncit dengan pembesaran hati dan limpa.

Menurut analisa peneliti terdapat kesamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus. Bahwa gejala pada anak Thalasemia klien 1 pada data pengkajian ditemukan adanya pembesaran hati 5cm BAC dan pembesaran limpa III (Yanti, 2015). Hal tersebut sesuai dengan yang di kemukakan oleh Aqila et al., (2019) bahwa kejadian hepatomegaly dan splenomegaly

pada penderita thalassemia memiliki mekanisme yang sama dimana transfuse darah yang terjadi secara berulang yang kemudian akan digunakan kembali menyebabkan beban kerja jantung berlebih pada hepar dan limpa, sehingga berefek pada hepatosplenomegali. Sedangkan pada klien 2 sama halnya dengan teori pasien yaitu klien tidak nafsu makan, Nampak pucat dan anak lemah dan pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya konjungtiva anemis. Menurut Safitri (2015) bahwa gejala awal yang muncul pada penderita thalassemia antara lain pucat, lemas, dan tidak nafsu makan. Terdapat kesenjangan antara kasus dan teori yaitu baik klien 1 maupun klien 2 saat pengkajian tidak ditemukan data bahwa pasien komplikasi skeletal seperti penebalan tulang kranial, pembesaran kepala, tulang wajah menonjol, maloklusi gigi, dan rentan terhadap fraktur spontan.

Pada data klien 1 dan data klien 2 tidak ditemukan adanya data pengkajian bahwa klien 1 dan klien 2 tidak mengalami hospitalisasi. Hospitalisasi adalah pengalaman penuh cemas baik bagi anak maupun keluarganya. Kecemasan utama yang dialami dapat berupa perpisahan dengan keluarga, kehilangan kontrol, lingkungan yang asing, kehilangan kemandirian dan kebebasan. Menurut Nursalam (2013) Reaksi anak dapat dipengaruhi oleh perkembangan usia anak, pengalaman terhadap sakit, diagnosa penyakit, sistem dukungan dan coping terhadap cemas. Reaksi anak terhadap hospitalisasi dapat ditunjukkan dengan reaksi agresif dengan marah, berontak, ekspresi verbal dengan tidak mau bekerja sama dengan

perawat, rasa cemas pada anak muncul akibat adanya pembatasan aktivitas yang menganggap bahwa tindakan dan prosedur perawatan dapat mengancam integritas tubuhnya.

Di temukan perbedaan pada pemeriksaan penunjang pada klien 1 dan 2 yaitu pada klien 1 anak telah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan didapatkan hasil hemoglobin 8,5 g/dl (Yanti,2015). sedangkan pada klien 2 didapatkan hasil hemoglobin 6,3 g/dl (Tunnaim,2019). Anak-anak penyandang thalassemia memiliki sel darah merah yang beredar lebih sedikit dari biasanya dan membuat kurang hemoglobin, yang menghasilkan anemia mikrositik (Hijrian, 2018). Menurut Nurarif dan Kusuma (2016) hemoglobin yang rendah disebabkan terjadinya kerusakan sel darah merah di dalam pembuluh darah sehingga umur eritrosit menjadi pendek (kurang dari 100 hari). Kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal.

2. Diagnosa Keperawatan

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

Menurut aplikasi asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dan Nurarif dan Kusuma (2016) dalam buku NANDA (2016) dan PPNI

(2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Thalassemia yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru dan penurunan energy, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hemoglobin, resiko infeksi di tandai dengan ketidakadekuata pertahanan tubuh sekunder, resiko gangguan integritas kulit/jaringan di tandai dengan perubahan sirkulasi, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh dan gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik.

Berdasarkan data hasil pengkajian dan analisa data terdapat 2 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 yaitu gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar Hemoglobin dan intoleransi aktivitas bermain berhubungan dengan penurunan produksi energy tubuh (yanti,2015). Sedangkan pada klien 2 muncul 5 diagnosa keperawatan yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan Hemoglobin (Tunnaim,2019).

Pada data klien 1 untuk penegakan diagnosa keperawatan belum sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia sedangkan pada

data klien 2 untuk penegakan diagnose sudah sesuai standar diagnosis keperawatan indonesia.

Berdasarkan penegakan diagnosa sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia terdapat tanda/gejala mayor ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnose sedangkan tanda/gejala minor tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

Berikut pembahasan diagnosa yang muncul sesuai teori pada data kasus klien 1 dan klien 2 yaitu :

- a) Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin pada klien 1 untuk penegakan diagnose keperawatan sesuai dengan standar diagnosis keperawatan indonesia adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin. sedangkan pada klien 2 untuk penegakan diagnosis sesuai dengan SDKI. gejala dan tanda mayor subjektif : (data tidak tersedia) dan data Obektif : pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat dan turgor kulit menurun. Sedangkan gejala dan tanda minor subjektif : parastesia, nyeri ekstermitas (klaudikasi intermiten) dan objektif : edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90 dan bruit femoralis. Untuk klien 1 data yang mendukung untuk penegakkan diagnose perfusi perifer tidak efektif data objektif : Extermitas dingin dan klien tampak pucat sedangkan pada klien 2 data objektif : klien tampak pucat dan akral dingin. Menurut asumsi

peneliti berdasarkan penegakkan diagnose menurut buku standar diagnosis keperawatan indonesia pada klien 1 dan klien 2 untuk diagnose perfusi tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi hemoglobin tidak dapat diangkat karena tidak ditemukan tanda gejala mayor yang memenuhi 100-80% seperti tidak adanya data pengisian kapiler > 3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba dan turgor kulit menurun. ini di karenakan data yang tidak mendukung atau karena data tidak lengkap.

Menurut analisa data peneliti muncul diagnosa gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin pada klien 1 dan perfusi tidak efektif berhubungan dengan penurunan kosentrasi Hemoglobin dari data pengkajian ditemukan data pada klien 1 anak nampak pucat mengeluh badan lemas dan pusing dan pada data klien 2 anak lemah dan ibu mengatakan anaknya tampak pucat. Pada data klien 1 dan klien 2 terdapat data pemeriksaan hasil laboratorium pada klien 1 didapatkan hasil yaitu Hb 8,5gr/dl sedangkan pada klien 2 yaitu Hb 6,3 g/dl. Pada klien 1 juga di dapatkan data hasil pemeriksaan tanda-tanda vital suhu : 36,5°C, pernafasan 24x/mnt, tekanan darah 90/60 mmhg, nadi 90x/menit dan konjuktiva anemis. dan pada klien 2 suhu: 36,4°C akral dingin, nadi 92x/menit dan konjuktiva anemis. Terdapat persamaan dari factor penyebab pada kedua klien. Pada klien 1 dan klien 2 mengalami perubahan perfusi jaringan penurunan kosentrasi hemoglobin yang

mengakibatkan menurunnya pengikatan O₂ oleh eritrosit sehingga aliran darah ke jaringan perifer menurun maka terjadi perfusi perifer tidak efektif di tandai dengan klien merasa lemah, konjungtiva anemis dan warna kulit pucat. Menurut Nurarif & Kusuma (2016) Hemoglobin yang rendah disebabkan terjadinya kerusakan sel darah merah di dalam pembuluh darah sehingga umur eritrosit menjadi pendek (kurang dari 100 hari). Kerusakan tersebut karena hemoglobin yang tidak normal. Tanpa adekuatnya jumlah hemoglobin dalam darah, sirkulasi darah pada level kapiler akan mengalami penurunan yang dapat mengganggu metabolisme tubuh (PPNI, 2017).

Menurut penelitian Marnis, et al (2018) Kelainan hemoglobin pada penderita thalasemia akan menyebabkan eritrosit mudah mengalami destruksi, sehingga usia sel-sel darah merah menjadi lebih pendek dari normal yaitu berusia 120 hari. Hal ini menyebabkan penderita thalasemia mengalami anemia dan menurunnya kemampuan hemoglobin mengikat oksigen sehingga terjadi gangguan dalam pemenuhan oksigen tubuh dan (perfusi jaringan) akan mengalami gangguan.

Menurut PPNI (2017) Pada klien yang mengalami penyakit thalassemia dengan perubahan perfusi jaringan disebabkan adanya penurunan konsentrasi hemoglobin yang menyebabkan perubahan perfusi jaringan. Diagnose yang ditegakan peneliti sesuai dengan teori yaitu perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan

kosentrasi hemoglobin. Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

- b) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan produksi energi tubuh pada klien 1 untuk penegakan diagnose menggunakan standar diagnosis keperawatan Indonesia adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Adapun gejala tanda mayor subjektif : mengeluh lelah dan data objektif : frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Gejala tanda minor subjektif : dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas dan merasa lelah dan Objektif : tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah beraktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia dan sianosis. Sedangkan pada data klien 2 untuk penegakan diagnose sudah sesuai SDKI. Untuk data klien 1 yang mendukung untuk penegakan diagnose intoleransi aktivitas sesuai dengan SDKI adalah data subjektif : klien mengeluh lelah sedangkan pada klien 2 data subjektif : ibu mengatakan pasien mengeluh lelah.

Menurut analisa data peneliti muncul diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada kedua klien dari data pengkajian ditemukan data pada klien 1 anak mengeluh cepat lelah saat melakukan aktivitas

bermain, dan Hb rendah begitu pula data klien 2 ibu mengatakan anaknya mengeluh lelah, klien tampak lemah, hanya berbaring ditempat tidur dan hb rendah. Thalasemia terjadi akibat ketidakmampuan sumsum tulang membentuk protein yang dibutuhkan untuk memproduksi hemoglobin sebagaimana mestinya. Apabila produksi hemoglobin berkurang atau tidak ada, maka pasokan energi yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsi tubuh tidak dapat terpenuhi, sehingga fungsi tubuh pun terganggu dan tidak mampu lagi menjalankan aktivitasnya secara normal (nucleus precise,2010). Anemia yang di alami penderita thalassemia akan menimbulkan keluhan cepat lelah, mudah mengantuk, hingga sesak nafas. Akibatnya, aktivitas penderita thalsemia akan terganggu (halodoc,2019).

Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energy untuk melakukann aktivitas sehari-hari (PPNI ,2017).

Berikut adalah masalah keperawatan yang berbeda antara klien 1 dan klien 2 :

- c) Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan. Pada phatway yang bersumber dari Nurarif dan Kusuma (2016) dalam buku NANDA (2016) tidak ada muncul masalah keperawatan defisit nutrisi.

Menurut analisa peneliti pada klien 2 muncul masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan sedangkan pada pada klien 1 tidak muncul masalah

keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan karena tidak ditemukan data tanda dan gejala defisit nutrisi pada klien 1. Dari data hasil pengkajian ditemukan data ibu klien 2 mengatakan klien tidak nafsu makan, frekuensi makan 3 kali sehari, 3 - 4 sendok makan dan IMT 14,8 (BB kurang) dan ibu mengatakan klien tidak pernah menghabiskan makanannya.

Defisit nutrisi pada pada Thalasemia dikarenakan pasien dengan Thalasemia mengalami peningkatan pengeluaran energi dan mengalami kekurangan vitamin dan mineral. Hal tersebut yang menyebabkan pasien thalassemia memiliki resiko kekurangan zat gizi makro dan zat gizi mikro yang dibutuhkan tubuh sehingga berdampak pada keadaan anak dengan thalassemia terjadi kekurangan nutrisi atau malnutrisi (Rahardjo, 2015).

Studi tahun 2010 yang di terbitkan dalam journal new york academy f science melaporkan bahwa masalah kekurangan gizi yang paling sering ditemukan pada orang-orang thalassemia adalah defisiensi vitamin A, D, E, zink, hingga asam folat.

Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (PPNI, 2017).

- d) Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder Menurut hasil analisa peneliti pada klien 2 muncul masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan hemoglobin

pada kasus klien 2 dengan Thalassemia diagnosa keperawatan resiko infeksi muncul sebagai resiko, berdasarkan data tidak ditemukan tanda gejala mayor dan minor pada data subjektif dan objektifnya karena masih bersifat resiko akibat dari klien yang merasakan merasa lemah , leukosit 15.000sel/mm, dan HB 6,3 g/dl Sedangkan pada klien 1 peneliti tidak menegakkan diagnosa keperawatan resiko infeksi.

Pasien thalassemia rentan terhadap infeksi akibat faktor penyakitnya maupun akibat pengobatan. Kelebihan besi yang terjadi akibat transfusi berulang mempengaruhi sistim imun, menekan aksi kemotaksis fagositosis, mikrobiosidal leukosit mononuklear dan polimorfonuklear. Penularan infeksi melalui transfusi seperti virus hepatitis, HIV dan CMV merupakan komplikasi transfusi yang ditakuti. Infeksi virus hepatitis yang ditularkan melalui transfusi antara lain hepatitis A, Hepatitis B, hepatitis C dan hepatitis D. hepatitis C mungkin merupakan penyebab utama sirosis hepatitis pada pasien thalassemia yang mendapat transfusi (Mururul Aisyi, 2003).

Resiko infeksi adalah klien yang berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik (PPNI,2017)

- e) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik. menurut analisa peneliti pada klien 2 muncul masalah keperawatan gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik. Dari data hasil pengkajian ditemukan data klien 2 ibu mengatakan klien tidak nafsu makan , BB

sulit naik, pasien tampak kurus dan lemah. sedangkan pada pada klien 1 tidak muncul masalah keperawatan Gangguan Tumbuh Kembang karena tidak di temukan data tanda dan gejala Gangguan Tumbuh Kembang pada klien 1.

Menurut Arijanty (2008) anak yang menderita thalasemia sering mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan reproduksi. Faktor yang berperan pada pertumbuhan pasien thalasemia adalah factor genetik dan lingkungan. Selain itu hemoglobin juga berpengaruh, bila kadar hemoglobin dipertahankan tinggi, lebih kurang 10 g/dl disertai pencegahan hemokromatosis, maka gangguan pertumbuhan tidak terjadi. Gangguan pertumbuhan pada penderita thalasemia disebabkan oleh kondisi anemia dan masalah endokrin. Kondisi anemia dan masalah endokrin ini dapat mengganggu proses pertumbuhan anak penderita thalasemia, sehingga mengakibatkan gangguan pertumbuhan seperti postur yang pendek (Mariani, 2011). Penelitian yang dilakukan Febrianis (2009) menemukan adanya masalah pertumbuhan pada anak penderita thalasemia, yaitu mengalami malnutrisi berat sebanyak 20 orang (67%) dan juga ditemukan masalah perkembangan dimana anak penderita thalasemia mengalami suspek atau meragukan sebanyak 24 orang (80%). Penelitian yang dilakukan Asadi- Pooya, Karimi, dan Immanieh (2004) di Iran menunjukkan adanya hubungan antara kadar hemoglobin rata-rata sebelum transfusi dan kecepatan pertumbuhan.

Gangguan tumbuh kembang adalah kondisi individu mengalami kemampuan bertumbuh dan berkembang sesuai dengan kelompok usia (PPNI,2017).

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI,2018)

Tahap perencanaan dapat disebut sebagai inti atau pokok dari proses keperawatan sebab perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan, dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan perlu keterlibatan keluarga dan orang terdekat klien atau pasien untuk memaksimalkan perencanaan tindakan keperawatan tersebut (Asmadi, 2008).

Intervensi asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI) dan standar luaran keperawatan indonesia (SLKI). Menurut buku SIKI, terdapat 4 tindakan dalam intervensi keperawatan yang terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (PPNI,2018).

Berdasarkan kasus klien 1 dan klien 2, tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun dengan masalah gangguan perfusi jaringan dan perfusi jaringan tidak efektif .

Intervensi yang dilakukan kepada klien 1 dengan tujuan setelah dilakukan intervensi selama 4 jam , transformasi O₂ ke jaringan lebih efektif dengan kriteria hasil : TTV dalam batas rujukan, ekstermitas hangat, warna kulit tidak pucat dan HB meningkat. Rencana tindakan dalam gangguan perfusi jaringan meliputi Kolaborasi : beri transfuse PRC 330 cc diberikan dalam waktu 4 jam, terapeutik : posisikan tubuh klien semi fowler, dan Observasi: observasi TTV setelah transfuse, kaji warna kulit, membrane mukosa dan kaji keadaan ekstermitas. sedangkan Pada klien 2 intervensi yang dilakukan dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 am diharapkan perfusi perifer kembali efektif dengan kriteria hasil : pengisian CRT < 3 detik, nadi perifer stabil, akral hangat, warna kulit kemerahan dan hemoglobin dalam batas normal . Rencana tindakan dalam perfusi perifer tidak efektif yaitu Observasi : Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, Monitor adanya pretase, Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, Observasi pengisian kapiler (<3 detik) akral dan warna kulit, Monitor TTV dan Kolaborasi: pemberian transfusi.

Intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia dan standar luaran keperawatan indonesia yang telah di pilah sesuai kebutuhan klien anak dengan thalassemia menurut PPNI (2018) & PPNI (2019) untuk masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu setelah

diberikan tindakan keperawatan diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan criteria hasil : warna kulit pucat menurun, pengisian kapiler membaik, akral membaik, turgor kulit membaik. Rencana tindakan dalam diagnose perfusi perifer tidak efektif meliputi perawatan sirkulasi yaitu observasi : periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index), monitor panas, kemerahan, atau bengkak, pada extremitas, observasi adanya keterlambatan respon verbal, kebingungan atau gelisah, terapeutik meliputi : lakukan pencegahan infeksi, hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin), dan edukasi meliputi : anjurkan mengecek air mandi unruk menghindari kulit terbakar dan anjurkan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki).

Intervensi pada klien 1 dan klien 2, tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan intervensi yang telah peneliti susun dengan masalah intoleransi aktiviftas intervensi pada klien 1 yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan, klien dan orang tua mengetahui dan memahami jenis aktivitas bermain yang harus dibatasi. Rencana tindakan dalam intoleransi aktivitas meliputi Observasi: kaji aktivitas yang bisa menyebabkan kelelahan, kaji aktivitas yang menyenangkan bagi klien Edukasi : anjurkan untuk menghentikan aktivitas bila ada nyeri dada, nafas pendek, kelemahan atau pusing, anjurkan pada klien untuk memantau adanya pusing, jelaskan pada klien untuk mengurangi aktivitas yang membutuhkan energi banyak (seperti berlari, memanjat). Sedangkan

intervensi pada klien 2 dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat beraktivitas kembali dengan kriteria hasil : tanda-tanda vital dalam batas normal, mampu beraktivitas secara mandiri, keseimbangan antara aktivitas dan istirahat dan berpartisipasi dalam aktivitas fisik. Adapun rencana tindakan yaitu Observasi : kaji aktivitas yang bisa menyebabkan kelelahan, kaji aktivitas yang menyenangkan bagi klien Edukasi : anjurkan untuk menghentikan aktivitas bila ada nyeri dada, nafas pendek, kelemahan atau pusing, anjurkan pada klien untuk memantau adanya pusing, Jelaskan pada klien untuk mengurangi aktivitas yang membutuhkan energi banyak (seperti berlari, memanjat).

Intervensi asuhan keperawatan pada klien yang mengacu pada intervensi yang telah disusun peneliti berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia dan standar luaran keperawatan indonesia yang telah di pilah sesuai kebutuhan klien anak dengan thalassemia menurut PPNI (2018) & PPNI (2019) untuk masalah keperawatan dengan masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen. Adapun standar intervensi dan standar luaran dari masalah keperawatan keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen berdasarkan tujuan hasil yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, dan tenaga meningkat rencana

tindakan dalam diagnose intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen meliputi management energy observasi yaitu : identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan lelah, kaji kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas, catat kelelahan dan kesulitan dalam beraktivitas, monitor kelelahan fisik dan emosional, catat respon terhadap tingkat aktivitas, terapeutik meliputi : sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, berikan distraksi yang menyenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, libatkan keluarga dalam beraktivitas, jika perlu dan edukasi : anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dan pilih periode istirahat dengan periode aktivitas.

Perencanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada klien 2 dengan masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan adapun tujuan tindakan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan asupan makanan menjadi adekuat. Adapun rencana tindakan yaitu Observasi : kaji adanya alergi makanan, Kolaborasi : Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, Terapeutik : berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, Edukasi : anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat, anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering Monitor berat badan

Adapun standar intervensi dan standar luaran keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) & PPNI (2019) untuk masalah keperawatan defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan berdasarkan tujuan hasil yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : porsi makanan yang dihabiskan meningkat, berat badan membaik, indeks masa tubuh (IMT) membaik dan nafsu makanan membaik rencana tindakan meliputi observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, terapeutik : sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai dan kalaborasi : kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu .

Perencanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan peneliti pada klien 2 dengan masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder dengan tujuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil : pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi, jumlah leukosit dalam batas normal dan menunjukkan perilaku hidup sehat. Adapun rencana tindakan yaitu Terapeutik : Batasi pengunjung bila perlu, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, pertahankan

lingkungan aseptik selama pemasangan alat, Observasi : monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, dorong masukan nutrisi yang cukup dan Edukasi : ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi.

Adapun standar intervensi dan standar luaran keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) & PPNI (2019) untuk masalah keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder berdasarkan tujuan hasil yaitu : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : Kebersihan tangan meningkat, kebersihan badan meningkat dan nafsu makan meningkat. Rencana tindakan meliputi observasi : Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistmik, terapeutik : Perhatikan teknik aseptik terhadap pemasangan transfuse, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi dan edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi, ajarkan cuci tangan dengan benar dan anjurkan meningkatkan asupan nutrisi.

Perencanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan peneliti pada klien 2 dengan masalah keperawatan gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluarga dapat memonitor tumbuh kembang pasien dengan kriteria hasil : pengetahuan orang tua terhadap perkembangan anak meningkat, orang tua dapat menstimulasi anak secara mandiri dan tumbuh kembang sesuai

dengan baik. Adapun Rencana tindakan meliputi Terapeutik : Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang, dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien Observasi : pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan, dan Edukasi : ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembangan

Adapun standar intervensi dan standar luaran keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) & PPNI (2019) untuk masalah keperawatan gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik berdasarkan tujuan hasil yaitu Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status perkembangan membaik dengan kriteria hasil : Keterampilan/ perilaku sesuai dengan usia, respon social meningkat, kontak mata meningkat dan afek Membaik. Rencana tindakan meliputi observasi : Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, Terapeutik : Minimalkan kebisingan ruangan, pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal, motivasi anak berinteraksi dengan anak lain, dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai dan edukasi : Jelaskan orang tua/pengasuh tentang *milestone* perkembangan anak dan perilaku anak dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anak.

4. Implementasi keperawatan

Menurut Yustiana & Ghofur Implementasi keperawatan Serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien

dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 19 mei 2015 s/d 19 mei 2015 di RSUP DR hasan sadikin bandung hasil (yanti, 2015) sedangkan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 13 mei 2019 s/d 15 mei 2019 di RSUD Abdul wahab sjahranie (Tunnaim, 2017). Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat dan di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien.

Berdasarkan perencanaan yang dibuat peneliti melakukan tindakan keperawatan yang telah disusun sebelumnya untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada klien 1. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu membina hubungan saling percaya, mengatur posisi pasien nyaman mungkin, menjelaskan tentang prosedur pemasangan transfusi pada klien, memasang infus Nacl 0,9% sebelum transpusi, memberikan transpusi PRC golongan B sebanyak 330 cc, mengobservasi kelancaran transfuse, mengobservasi reaksi selama

transfusi, mengobservasi Tanda Vital. Sedangkan Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 2 tindakan keperawatan yang dilakukan yaitu Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul, monitor adanya pretase, instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi, observasi pengisian kapiler (<2 detik), akral dan warna kulit, monitor TTV dan kolaborasi pemberian transfuse.

Dalam implementasi diagnose keperawatan gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar Hemoglobin pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu kaji warna kulit, membrane mukosa dan kaji keadaan ekstermitas sedangkan implementasi yang tidak dilakukan pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi. Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) ada intervensi yang tidak dilakukan yaitu observasi periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, anklebrachial index), monitor panas, kemerahan, atau bengkak, pada extermias, observasi adanya keterlambatan respon verbal, kebingungan atau gelisah, terapeutik meliputi lakukan pencegahan infeksi, hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas atau dingin), dan edukasi meliputi anjurkan mengecek air mandi untuk

menghindari kulit terbakar dan anjurkan perawatan kulit yang tepat (mis. Melembabkan kulit kering pada kaki).

Tindakan keperawatan selanjutnya untuk mengatasi masalah keperawatan intoleransi aktivitas pada kedua klien yaitu di sesuaikan dengan intervensi yang telah di buat oleh Peneliti. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan pada klien 1 yaitu melakukan mengkaji aktivitas yang biasa dilakukan klien, menganjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang banyak mengeluarkan energi seperti lari-lari, menganjurkan klien untuk terus beraktivitas layaknya anak normal tapi membatasi aktivitas yang berlebihan, menganjurkan ibu dan klien untuk memantau adanya pusing, sesak atau lemes, menganjurkan ibu untuk segera membawa klien ke RS bila terjadi penurunan keadaan tubuh seperti sesak, nyeri dada, kelemahan dan pusing hebat, menganjurkan klien dan ibu agar mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran dan buah-buahan. Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan oleh peneliti pada klien 2 yaitu observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas, kaji adanya factor yang menyebabkan kelelahan, monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat, monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan dan monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat). Dalam implementasi diagnose keperawatan intoleransi aktivitas: bermain berhubungan dengan penurunan produksi energy tubuh pada klien 1 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan yaitu kaji aktivitas yang menyenangkan pada klien. Sedangkan

berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) ada intervensi yang tidak dilakukan oleh peneliti kepada klien 1 dan klien 2 yaitu observasi : catat kelelahan dan kesulitan dalam beraktivitas, catat respon terhadap tingkat aktivitas, terapeutik meliputi sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, berikan distraksi yang menyenangkan, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan, libatkan keluarga dalam beraktivitas, jika perlu dan edukasi : anjurkan tirah baring, anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap dan pilih periode istirahat dengan periode aktivitas.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan defisit nutrisi pada klien 2 di sesuaikan dengan intervensi yang dibuat oleh peneliti yaitu kaji adanya alergi makanan Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat, dan anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering Monitor berat badan. Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) ada intervensi yang tidak dilakukan oleh peneliti kepada klien 2 yaitu observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi makanan yang disukai, identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient, monitor asupan makanan, terapeutik : sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai dan kalaborasi :

kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder pada klien 2 di sesuaikan dengan intervensi yaitu batasi pengunjung bila perlu, instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien, cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat, monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan local, dorong masukan nutrisi yang cukup dan ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi. Dalam implementasi diagnose keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :penurunan hemoglobin pada klien 2 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan peneliti yaitu instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah meninggalkan pasien dan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan. Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) ada intervensi yang tidak dilakukan oleh peneliti kepada klien 2 edukasi ajarkan cuci tangan dengan benar.

Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik pada klien 2 di sesuaikan dengan intervensi yaitu

berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang, pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan, dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien dan ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembangan. Dalam implementasi diagnose keperawatan gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik pada klien 2 ada beberapa tindakan yang tidak dilakukan peneliti yaitu memberikan diet tinggi nutrisi yang seimbang dan dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien. Sedangkan berdasarkan standar intervensi keperawatan indonesia menurut PPNI (2018) ada intervensi yang tidak dilakukan oleh peneliti kepada klien 2 yaitu observasi identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak, Terapeutik Minimalkan kebisingan ruangan, pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal, motivasi anak berinteraksi dengan anak lain, dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik atas usahanya, mempertahankan kenyamanan anak, bernyanyi bersama anak lagu-lagu yang disukai dan edukasi Jelaskan orang tua/pengasuh tentang *milestone* perkembangan anak dan perilaku anak dan anjurkan orang tua berinteraksi dengan anak.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan

keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik. Terdapat dua jenis evaluasi yaitu evaluasi sumatif dan formatif dengan menggunakan beberapa metode (Ghofur, 2016).

Hasil evaluasi yang sudah di dapatkan setelah perawatan satu hari pada klien 1 dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan selama tiga hari pada klien 2 dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin adalah pada klien 1 teratasi pada klien 1 hari pertama sedangkan pada klien 2 masalah teratasi pada hari ketiga. evaluasi pada klien 1 setelah dilakukan tindakan adalah akral hangat, tetesan infus lancar, tampak tenang saat transfuse dan pemeriksaan tanda-tanda vital suhu : 36,5°C, nadi 88x/menit, respirasi 20x/menit. Sedangkan evaluasi pada klien 2 adalah klien tampak tidak pucat, konjungtiva tidak anemis, akral hangat, CRT < 2 detik dan jumlah hemoglobin dalam batas normal yaitu pada klien 1 hasil lab HB: 10,8 g/dL maka masalah perfusi perifer teratasi.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnose keperawatan intoleransi aktivitas : bermain berhubungan dengan penurunan produksi energy tubuh pada klien 1 masalah teratasi sebagian pada hari pertama dengan hasil : RR 22X/menit, ibu mendegarkan penjelasan dengan baik

dan klien tampak main membaca sambil transfusi sedangkan evaluasi pada diagnose keperawatan intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen pada klien 2 teratasi pada hari ke tiga dengan hasil klien dapat beraktivitas seperti biasa, klien tampak aktif bermain bersama teman-temannya dan kulit klien tampak kemerahan.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnosa keperawatan Defisit Nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makan pada klien 2 pada hari ke tiga masalah teratasi sebagian dengan hasil klien sudah mau makan sendiri dan habis $\frac{1}{2}$ porsi dan tidak ada penurunan berat badan. Intervensi dihentikan karena klien pulang diberikan edukasi pentingnya nutrisi yang adekuat.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnose keperawatan resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder pada klien 2 dapat teratasi pada hari ke tiga dan hasil evaluasi adalah tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul, Hb sekarang 10,8g/dl dan leukosit 18.000 sel/mm.

Hasil evaluasi yang didapatkan pada diagnose keperawatan gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik pada klien 2 masalah belum teratasi pada hari ke tiga dengan hasil ibu mengatakan BB klien sulit naik dan terlihat kurus pasien tampak kurus dan BB 12 kg TB 90 cm. Masalah keperawatan tidak teratasi ditandai dengan criteria hasil yang belum tercapai.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada Klien anak 1 dan 2 dengan Penyakit Thalasemia. Pada klien 1 dilakukan di RSUP DR hasan sadikin bandung (yanti,2015). Sedangkan pada klien 2 dilakukan di ruang rawat melati RSUD Abdul wahab sjaranie Samarinda. peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Data hasil pengkajian yang didapatkan dari kedua klien menunjukkan adanya beberapa tanda dan gejala yang sama. Keluhan yang di rasakan pada klien 1 juga dirasakan pada klien 2. Keluhan yang memiliki kesamaan dengan teori yang di kemukakan pada Bab 2 ialah klien tampak pucat, mengeluh lelah dan pemeriksaan laboratorium kadar hemoglobin menurun. Dari hasil pengkajian kedua klien memiliki riwayat yang sama yaitu terdiagnosa pada usia <1 tahun dan rutin menjalani transfuse darah. Namun terdapat perbedaan keluhan pada klien 1 dan 2 yaitu pada klien ditemukan perut sedikit membuncit, terdapat pembesaran hati 5 cm BAC dan limpa III sedangkan pada klien 2 didapatkan data yaitu klien kurang nafsu makan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada klien 1 hanya ada 2 yaitu gangguan perfusi perifer dan intoleransi aktivitas sedangkan dan klien 2 hanya

ada 5 diagnosa yang muncul yaitu Perfusi perifer tidak efektif, Defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas, Resiko infeksi, dan gangguan tumbuh kembang. Untuk penegakan diagnosa pada klien 1 belum menggunakan standar diagnose keperawatan indonesia sedangkan pada klien 2 untuk penegakan diagnose sudah menggunakan standar diagnose keperawatan indonesia.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan yang digunakan dalam kasus pada kedua klien di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kondisi klien. Untuk intervensi yang digunakan pada kedua klien belum menggunakan standar intervensi dan standar luaran keperawatan indonesia.

4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah penulis susun. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan rencana keperawatan yang telah direncanakan berdasarkan teori yang ada dan disesuaikan dengan kebutuhan anak dengan Thalasemia. Dalam implementasi pada klien 1 dan klien 2 ditemukan beberapa rencana tindakan yang tidak dilakukan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada evaluasi yang peneliti lakukan pada pasien 1 berdasarkan kriteria yang peneliti susun terdapat 1 diagnosa yang teratasi sebagian

yaitu intoleransi aktivitas bermain berhubungan dengan penurunan produksi energi tubuh. Sedangkan pada pasien 2 juga ada 1 diagnosa yang masalah teratasi sebagian yaitu defisit nutrisi dan 1 diagnosa yang belum teratasi yaitu gangguan tumbuh kembang.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kemampuan, keterampilan, dan pengalaman serta menambah wawasan peneliti sendiri dalam melakukan penelitian ilmiah khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien anak dengan thalassemia. Hasil penelitian yang peneliti dapatkan bisa menjadi bahan acuan dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian asuhan keperawatan anak dengan thalassemia dengan menggunakan SDKI, SIKI dan SLKI

2. Bagi Rumah Sakit

Studi literature yang dilakukan oleh penelitian ini menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan komperhensif

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan menambah keluasan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien anak dengan thalassemia sebagai acuan

literature dalam melakukan penelitian pada klien anak dengan thalasemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Apsari, Nurliana. Cipta. (2016). Pendampingan Bagi Anak Penyandang Thalasemia Dan Keluarganya. *Share : Social Work Journal*.
- Arnis, Yuliastati. & Amelia. (2016). *Keperawatan Anak*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Dahnil, Fitriayi, Ai Mardhiyah, dan Efri Widianti.(2017). *Kajian Kebutuhan supportive care pada orang tua anak penderita thalasemia*.
- Ghofur, yustiana olfah abdul. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Hera Hijrian.(2018). Pengaruh Psychoeducational Parenting Terhadap Kecemasan Orang tua yang Mempunyai Anak Penyandang Thalasemia Mayor. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- nurvitasari, Julvia, Ai mardhiyah, dan Ikeu nurhidayah. (2019). *Masalah Psikososial Pada Penyandang Thalasemia Usia Sekolah Di Politeknik Thalasemia Rsud Sumedang*.
- Kemenkes. (2018). *Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana thalasemia*.
- Kemenkes RI. (2019). *Hari thalasemia sedunia 2019:putuskan mata rantai thalasemia Mayor*.
- Kiswari, Rukman. (2014). *Hematologi & Transfusi*. Jakarta: ERLANGGA.
- Dona, Marnis, Ganis Indriati, dan Fathara Anis Nauli . (2018). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kualitas Hidup Anak Thalasemia. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*.

- Nurarif, Amin Huda, & Hardi Kusuma. (2016). *NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta: Percetakan Medication Publishing Jogjakarta.
- PPNI. (2016). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia :Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- . (2017). *Standar Diagnosis keperawatan Indonesia definisi dan Indikator Edisi I Cetakan III(Revisi)*. Jakarta: DPP PPNI.
- . (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
- Putri, Mega septiana. (2015). *Hubungan Pengetahuan Ibu..., Danang Wisanggeni, SI Keperawatan UMP*.
- Rahayu, Yuyun, Endriani Mulyadi, & Supardi. (2016). *Dukungan Keluarga dalam Kepatuhan Terapi pada Pasien Thalasemia di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Ciamis Tahun 2015 Family Support in Compliance Therapy in Patients with Thalassemia in Ciamis District Hospital in 2015*.
- RAY, Harahap. (2013). *Fakultas Kedokteran Universitas Lampung Penatalaksanaan Pada Pasien Thalasemia*.
- Rosnia Safitri, Juniar Ernawaty, Darwin. Karim. (2015). *Hubungan Kepatuhan Tranfusi dan Konsumsi Kelasi Besi Terhadap Pertumbuhan Anak*.
- Sawitri, Harvina, & Cut Asmaul Husna,. (2018). *Karakteristik Pasien Thalasemia Mayor di BLUD RSUD Cut Meutia Aceh Utara Tahun 2018*.
- Rahardjo, E. K. W. A. P. D. U. P. S. (2015). *Tingkat asupan zat gizi dan status gizi penderita thalasemia di kabupaten banyumas*.
- Soediono, Budi . (2014). *Info Datin Kemenkes RI Kondisi Pencapaian Program Kesehatan Anak Indonesia. Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Sugiono. (2012). *Metode Penelitian Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Tunnaim, Nurjanna. (2019). *Karya tulis ilmiah asuhan keperawatan anak dengan thalasemia di ruang rawat melati rsud abdul wahab sjahranie samarinda*. Diambil dari <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/313/1/1.%2520%2520COVER%2520DEPAN%2520%252814%2520files%2520merged%2529.pdf&ved=2ahUKEwim6s-M-6DpAhU863MBHVelB48QFjAAegQIAhAB&usg=AOvVaw1b-lflob9ypxxpGYMP3BE0>
- Wiayaningsih, kartika sari. (2013). *Asuhan Keperawatan Anak*. Jakarta: CV.Trans info Media.
- Yanti, Irma. (2015). *Asuhan keperawatan pada klien an.z dengan thalasemia mayor dan hemosiderosis dipoliklinik thalasemia RSUP DR Hasan sadikin bandung*. Diambil dari <https://id.scribd.com/doc/269970113/askep-thalasemia>

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. Z
DENGAN THALASEMIA MAYOR DAN HEMOSIDEROSIS
DI POLIKLINIK THALASEMIA
RSUP DR HASAN SADIKIN BANDUNG**

Disusun Oleh :

IRMA YANTI A.W 220112140539



**PROGRAM PROFESI NERS ANGKATAN XXIX
UNIVERSITAS PADJADJARAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
BANDUNG**

2015

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN AN. Z
DENGAN THALASEMIA MAYOR DAN HEMOSIDEROSIS
DI POLIKLINIK THALASEMIA
RSUP DR HASAN SADIKIN BANDUNG**

A. PENGKAJIAN ANAK

1. Identitas Klien

Nama : An.Z
Usia : 9 tahun
Agama : Islam
Kultur : Sunda
Diagnosa Medis : Thalasemia Mayor
Tanggal Dikaji : 19 Mei 2015
Tanggal Kunjungan : 19 Mei 2015
No Medrec : 402061
Nama Ayah/Ibu : Tn. A/ Ny.N
Usia Ayah/Ibu : 42 th/ 40 th
Pekerjaan Ayah/Ibu : Buruh /IRT
Pendidikan Ayah/Ibu : SMA/SMA
Alamat : Jln. Ciodeng timur Bandung

2. Alasan Kunjungan / Keluhan Utama :

Klien nampak pucat, dan akan di transfusi darah

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian, klien nampak pucat, mengeluh badan lemes dan pusing. sesak napas (-). Keluhan lemes bertambah bila klien banyak beraktivitas yang terlalu capek. Keluhan berkurang bila klien istirahat dan tidur dengan posisi setengah duduk. Klien merupakan pasien thalasemia mayor sejak usia 3 bulan

Dan datang ke poliklinik karena akan dilaksanakan transfusi darah. Transfusi terakhir adalah 3 minggu yang lalu.

4. Riwayat Kesehatan masa lalu

Klien terdiagnosa Thalasemia pada usia 3 bulan , sebelum terdiagnosa thalasemia secara pasti klien terlihat pucat dan lemes tanpa disertai tanda perdarahan, panas badan atau memar-memar. Lalu di bawa ke dokter spesialis anak di RS AL ikhsan Karena keluhan sesak dan kejang akhirnya klien dirujuk ke RSHS Bandung serta di diagnosa Thalasemia setelah dilakukan analisa haemoglobin, dan Hb waktu itu adalah 6,9gr/dl, klien mendapatkan transpusi darah. Setelah itu klien rutin melakukan transpusi darah

5. Riwayat kehamilan dan kelahiran

a. Prenatal

Ibu adalah G2P1A0, ibu mengatakan selama kehamilan tidak ada keluhan yang berarti, pada awal kehamilan, ibu sempat mual-mual namun tidak sampai dirawat. Ibu kontrol kehamilan ke bidan dan tidak ada keluhan selama kehamilan.

b. Intranatal

Bayi lahir dengan spontan. Menurut ibu waktu itu bayi lahir dengan BB 2800gr dan PB 47 cm, nangis dan sehat.

c. Postnatal

Setelah melahirkan. Ibu mengatakan tidak mengalami perdarahan.

6. Riwayat Keluarga

Ibu menyangkal bahwa dirinya dan suaminya menderita thalasemia atau membawa (Carrier). Ibu menyangkal dikeluarganya ada yang mengidap thalasemia hanya orang tua dari suaminya mengidap kanker. Ibu dan suami pernah diperiksa darah namun hasilnya menurut ibu negatif.

Genogram

7. Riwayat Sosial

Klien saat ini masih sering bermain dengan saudara-saudara nya yang lain, dan sering bermain di luar rumah dan sering pulang dengan kecapekan.

8. Data Psikologis

Klien mengetahui dia terkena Thalasemia dan harus dapat darah tiap 3 minggu, namun klien nampak tenang. Klien bercita-cita ingin menjadi guru bila sudah besar nanti

9. Riwayat Imunisasi

Menurut ibu, klien mendapatkan imunisasi dasar Cuma imunisasi campak yang terlewat karena anaknya panas.

10. Kebutuhan Dasar

Pola Nutisi	Ibu mengatakan, selama ini klien tidak ada keluhan tentang makanan, bahkan ketika sakitpun. Makan biasa 3X/hari dengan menu paling banyak dengan ikan dan sayur. Minum klien paling senang dengan minuman dingin
Pola Eliminasi	Menurut ibu, BAB dan BAK tidak ada keluhan, BAB biasa sehari sekali
Pola Istirahat	Klien biasa istirahat normal seperti anak yang lain. Tidur malam biasa 8 jam. klien sebelum tidur mesti menggigit-gigit ibu jarinya yang merupakan kebiasaan dari kecil
Aktivitas bermain	Klien biasa main di rumah dengan sepupu dan saudara yang lain. Klien sangat senang membaca dan main lompat tali dengan teman sebayanya. Ketika pengkajian klien nampak sedang bermain HP dan membaca buku yang disediakan rumah sakit
Personal Hygiene	Ibu mengatakan klien biasa mandi 2 kali sehari dengan air hangat dan menggunakan sabun.

11. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Compos mentis, nampak pucat

b. Tanda –Tanda Vital

TD : 90/60mmhg Respirasi : 24x/menit

Nadi : 90x/menit Suhu : 36,5° C

c. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala : Bentuk simetris, tidak terdapat benjolan atau lesi, rambut sedikit kusam, panjang, nampak tipis.
2. Mata : Bentuk mata simetris, sklera sub ikterik, konjungtiva anemis, pergerakan bola mata sesuai, pupil bulat isokor.
3. Hidung : Bentuk simetris, pernapasan cuping hidung tidak tampak, sekret tidak ada.
4. Mulut : Mukosa lembab, kehitaman, tidak terdapat caries gigi. Nampak gigi depan tampak rusak.
5. Leher : Bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, peningkatan JVP -
6. Dada Bentuk dan pergerakan simetris, tidak tampak pernapasan dengan bantuan otot pernafasan tambahan. Bunyi jantung reguler, bunyi paru : vesikuler, ronkhi -, wheezing -.
7. Abdomen : Perut sedikit membuncit, teraba pembesaran hati 5 cm BAC, pembesaran limpa III. Bising Usus 6x/menit, nyeri tekan epigastrium -. Lingkar perut 52 cm
8. Ekstremitas : Nampak kehitaman di sekitar lutut, bintik-bintik hitam pada kedua kaki. Kuku jari tangan nampak pucat. Lingkar lengan 20 cm
9. Integumen : Kulit klien nampak pucat, nampak kehitaman disekitar lutut dan bintik-bintik hitam dikedua kaki.

10. Pemeriksaan Perkembangan

a. Pertumbuhan

BBL = 2800 gr , BB saat dikaji adalah 24 kg

PBL = 47 cm, PB saat dikaji adalah 110 cm

b. Perkembangan

Untuk perkembangan klien tidak ada kelainan, malah klien termasuk anak cerdas dan masuk ranking 5 besar di kelasnya.

11. Pemeriksaan penunjang

Tanggal 19 Mei 2015

Hb : 8,5 gr/dl

HT : 18%

Lekosit : 9200/mm²

Trombosit : 240.000/mm²

12. Therapi yang diberikan :

- PRC 330 cc
- Exjade 1x2tab
- Asam folat 1x1 tablet
- Vitamin E 2x1 tablet

13. Analisa Data

DATA	ETIOGI	MASALAH
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengeluh pusing dan lemas • Pusing bertambah jika beraktivitas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konjungtiva anemis • Klien nampak pucat dan lemes • Hb 8,5 gr/dl • Ekstremitas dingin 	<p>Kelainan rantai globulin β</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan eritrosit imatur</p> <p>↓</p> <p>Eritrolisis/hemolisis</p> <p>↓</p> <p>Anemia (Hb ↓)</p> <p>↓</p> <p>Pengikatan O₂ oleh Hb</p> <p>↓</p> <p>Aliran O₂ ke organ vital dan jaringan berkurang</p> <p>↓</p> <p>O₂ dan nutrisi tidak di transport secara adekuat</p> <p>↓</p> <p>Perfusi jaringan terganggu</p>	<p>Gangguan perfusi jaringan</p>
<p>DS:</p> <p>Klien mengeluh cepat lelah saat melakukan aktivitas bermain</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien nampak lemah • Klien tampak pucat 	<p>Anemia (kadar Hb ↓)</p> <p>↓</p> <p>Komponen seluler pengangkut O₂ ke jaringan</p> <p>↓</p> <p>Pengikatan O₂ oleh Hb</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah ke organ vital dan jaringan berkurang</p> <p>↓</p> <p>Metabolisme aerob menurun</p> <p>↓</p> <p>Energi yang dihasilkan</p> <p>↓</p> <p>Penurunan toleransi aktivitas</p>	<p>Intoleransi aktivitas: bermain</p>

Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan Perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan kadar haemoglobin
2. Intoleransi aktivitas;bermain berhubungan dengan penurunan produksi energi tubuh

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Gangguan perfusi jaringan b.d penurunan kadar Hb	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 4 jam, transfortasi O2 ke jaringan lebih efektif</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TTV dalam batas rujukan • Ekstremitas hangat • Warna kulit tidak pucat • Hb meningkat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Beri transfusi PRC 330 cc diberikan dalam waktu 4 jam 2. Posisikan tubuh klien semi fowler 3. Observasi TTV setelah transfusi 4. Kaji warna kulit, membrane mukosa 5. Kaji keadaan ekstremitas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memaksimalkan asupan sel darah merah sehingga Hb dapat meningkat 2. Pengembangan paru akan lebih maksimal 3. Peningkatan suhu dan respirasi mengindikasikan terjadi alergi selama transpusi
2.	Intoleransi aktivitas: bermain b.d penurunan produksi energi tubuh	Setelah dilakukan intervensi keperawatan, klien dan orang tua mengetahui dan memahami jenis aktivitas bermain yang harus dibatasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji aktivitas yang bisa menyebabkan kelelahan 2. Anjurkan untuk menghentikan aktivitas bila ada nyeri dada, nafas pendek, kelemahan atau pusing 3. Anjurkan pada klien untuk memantau adanya pusing 4. Jelaskan pada klien untuk mengurangi aktivitas yang membutuhkan energi banyak (seperti berlari, memanjat). 5. Kaji aktivitas yang menyenangkan bagi klien 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas berlebihan meningkatkan beban tubuh dalam pemenuhan oksigen 2. Manifestasi cardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke jaringan 3. Hipoksia cerebral dapat menyebabkan pusing 4. Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan O2 tubuh dan menurunkan regangan jantung dan paru.

14. Catatan Perkembangan

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	<p>Selasa, 19 Mei 2015 pukul 10.30</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membina hubungan saling percaya • Mengatur posisi pasien nyaman mungkin • Menjelaskan tentang prosedur pemasangan transpusi pada klien • Memasang infus Nacl 0,9% sebelum transpusi • Memberikan transpusi PRC golongan B sebanyak 330 cc • Mengobservasi kelancaran transfusi • Mengobservasi reaksi selama transpusi • Mengobservasi Tanda Vital 	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sedikit takut ketika akan di infus - Klien mengatakan tidak sesak <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien nampak meringis ketika akan dilaksanakan tindakan pemasangan transpusi darah - klien kooperatif dalam pemasangan transpusi - Suhu : 36,5 C, nadi 88x/m,RR 20x/m - Klien nampak tenang selama transpusi - Tetesan transpusi lancar - Acral hangat <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : anjurkan klien menghindari aktifitas berat di rumah</p>

2	<p>selasa, 19 Mei 2015, pukul 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji aktivitas yang biasa dilakukan klien - Menganjurkan klien untuk membatasi aktivitas yang banyak mengeluarkan energi seperti lari-lari - Menganjurkan klien untuk terus beraktivitas layaknya anak normal tapi membatasi aktivitas yang berlebihan - Menganjurkan ibu dan klien untuk memantau adanya pusing , sesak atau lemes - Menganjurkan ibu untuk segera membawa klien ke RS bila terjadi penurunan keadaan tubuh seperti sesak, nyeri dada , kelemahan dan pusing hebat - Menganjurkan klien dan ibu agar mengkonsumsi makanan yang bergizi seperti sayuran dan buah-buahan 	<p>Selasa, 19 Mei 2015, pukul 13.00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan ingin maen keluar rumah namun sering kecapekan - Klien mengatakan senang main HP dan membaca <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien nampak membaca sambil di transpusi - Respirasi 22x/menit - Ibu klien mendengarkan penjelasan dengan baik <p>A : masalah tertasi sebagian</p> <p>P : anjurkan ibu untuk memantau aktivitas klien di rumah</p>
---	--	---

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN THALASEMIA DI
RUANG RAWAT MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**



OLEH:

**NURJANNA TUNNAIM
NIM:P07220116069**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KALIMANTAN TIMUR PROGRAM
STUDI D III KEPERAWATAN
2019**

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL

Penelitian tentang asuhan keperawatan anak dengan Thalasemia dalam bentuk studi kasus telah dilaksanakan di Ruang Rawat Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 7–15 Mei dengan jumlah sampel sebanyak dua pasien, dengan hasil sebagai berikut:

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang terletak di Jalan Palang Merah No. 1, Sidodadi Samarinda Ulu Kota Samarinda Kalimantan Timur. RSUD ini dibangun pada tahun 1933 dan merupakan rumah sakit tipe A yaitu sebagai rumah sakit rujukan yang didalamnya terdapat fasilitas pelayanan IGD 24 jam, Poliklinik Spesialis, Laboratorium, Instalasi Bedah Sentral, Apotek, Instalasi Gizi, Instalasi Radiologi, Kamar Jenazah, Fisioterapi, Ruang Kemoterapi, CSSD, Ruang Intensif Terpadu, Ruang Hemodialisa, Ruang Bersalin/VK, Gedung Paviliun, Instalasi Rawat Inap (kelas I, II, III, dan VIP).

Ruang Rawat Melati merupakan ruang perawatan anak yang menyediakan tempat tidur, dengan tenaga perawat orang, dokter spesialis anak orang. Kasus penyakit yang terdapat di ruang perawatan anak diantaranya anak dengan

penyakit sistem respirasi, gastrointestinal, penyakit infeksi, dan penyakit kelainan darah.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Biodata Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Identitas Klien	Anak 1	Anak 2
Nama	Anak "H"	Anak "A"
Jenis Kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Umur	2 tahun 2 bulan	3 tahun 5 bulan
Tanggal lahir	10 Maret 2017	6 Desember 2015
Agama	Islam	Islam
Alamat	Jl. Rukun, Samarinda Sebrang	Jl. A Wahab Syahrani
Diagnosa Medis	Thalasemia	Thalasemia
Nomor Register	01.03.91.xx	96.05.87..xx
MRS/ Tgl Pengkajian	7 Mei 2019/7 Mei 2019	13 Mei 2019/13 Mei 2019

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Data Subjektif	Anak 1	Anak 2
Keluhan Utama	Lemah	Lemah
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu pasien mengatakan anaknya baru sembuh dari batuk 3 hari yang lalu, kemudian pasien tidak nafsu makan dan hanya mau minum ASI. Pasien tampak pucat dan lemas. Pasien baru 3 minggu lalu melakukan transfusi di RS. Pada tanggal 7 Mei 2019 pasien dibawa periksa ke Poliklinik RSUD AWS lalu dianjurkan untuk rawat inap di ruang Melati. Saat dilakukan pengkajian pasien tampak lemas	Ibu pasien mengatakan anaknya tampak pucat beberapa hari terakhir dan sudah waktunya untuk memeriksakan kesehatannya untuk melakukan rutinitas transfuse darah setiap sebulan sekali. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 13 Mei 2019 pasien tampak pucat dan tidak nafsu makan, hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan . Leukosit : 15.000 sel/mm , Hemoglobin : 6,3 g/dl , Hematokrit : 28 % , Trombosit :

	dan pucat dan hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan Leukosit : 14.000 sel/mm, Hemoglobin : 7,1 g/dl, Hematokrit : 26,7 % , Trombosit : 312.000/mm ³	280.000/mm ³
Riwayat Kehamilan dan Kelahiran	Ibu pasien mengatakan dalam masa kehamilan tidak ada masalah dengan kandungan, ibu mengandung selama 9 bulan dan lahir secara normal/spontan dibantu tenaga medis bidan. Ibu mengatakan saat lahir BB pasien 2.300 gram dan PB 40 cm.	Ibu pasien mengatakan dalam masa kehamilan tidak ada masalah dengan kandungan, ibu mengandung selama 9 bulan dan lahir secara normal/spontan dibantu tenaga medis bidan. Ibu mengatakan saat lahir BB pasien 2.400 gram dan PB 43 cm.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Ibu pasien mengatakan sejak lahir pasien sering demam naik turun, berat badan sulit naik, dan ISPA. Saat pasien usia 11 bulan, pasien batuk berdahak hingga sesak dan disertai demam naik turun selama 2 minggu kemudian diperiksa ke RS ternyata kadar Hb hanya 6 g/dl. Setelah melakukan pemeriksaan dan terdiagnosis menderita Thalasemia pasien rutin menjalani transfusi 4 minggu sekali.	Ibu pasien mengatakan sejak lahir pasien sering demam naik turun dan berat badan sulit naik. Saat pasien usia 9 bulan, pasien demam naik turun selama 10 hari kemudian diperiksa ke RS ternyata kadar Hb hanya 6,4 g/dl. Setelah melakukan pemeriksaan dan terdiagnosis menderita Thalasemia pasien rutin menjalani transfusi 4 minggu sekali.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Ibu pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan.	Ibu pasien mengatakan dari keluarga tidak ada yang menderita penyakit keturunan.
Riwayat Tumbuh Kembang	Ibu pasien mengatakan BB 10 kg dan TB 82 cm, sudah bisa mengucapkan 1-2 kosa kata, bisa berlari dan bermain bola.	Ibu pasien mengatakan BB 12 kg dan TB 90 cm, sudah bisa menyebutkan nama dan usianya, dapat berhitung 1 sampai 5, dapat mengikuti perintah sederhana.

Tabel 4.3 Hasil pengkajian pola kesehatan, hubungan dan peran sehari-hari di RSUD AWS

Data Subjektif	Anak 1	Anak 2
Pola nutrisi dan metabolic	Frekuensi makan 3 kali sehari, 2-3 sendok makan, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan buah, dan susu.	Frekuensi makan 3 kali sehari, 3-4 sendok makan, jenis makanan nasi, lauk, sayur dan buah, dan susu.
Pola aktivitas dan latihan	Kegiatan bermain di rumah sakit tidak ada	Kegiatan bermain di rumah sakit tidak ada
Pola tidur	Tidur siang \pm 1 jam per hari, malam hari \pm	Tidak ada Tidur siang, malam hari \pm 7 jam

	6 jam per hari, tidak ada keluhan sulit tidur	per hari, tidak ada keluhan sulit tidur
Pola eliminasi	Belum ada buang air besar, buang air kecil frekuensi 3 kali sehari warna kuning jernih dan tidak ada gangguan ataupun kelainan	Buang air besar 1 kali sehari, buang air kecil 4 kali sehari, warna kuning jernih dan tidak ada gangguan ataupun kelainan
Pola kebersihan diri	Mandi 2 kali sehari, gosok gigi 1 kali sehari, belum ada potong kuku, belum ada cuci rambut	Mandi 2 kali sehari, gosok gigi 1 kali sehari, belum ada potong kuku, belum ada cuci rambut
Pola hubungan dan peran	Pengasuh anak adalah orang tua, hubungan dalam keluarga adalah anak, hubungan dengan teman sebaya baik, hubungan dengan orang lain baik, perhatian pada lawan bicara baik	Pengasuh anak adalah orang tua, hubungan dalam keluarga adalah anak, hubungan dengan teman sebaya baik, hubungan dengan orang lain baik, perhatian pada lawan bicara baik

Tabel 4.4 Hasil pengkajian Pemeriksaan Fisik Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Observasi	Anak 1	Anak 2
Keadaan Umum	KU lemah, pasien berbaring di tempat tidur, dan terpasang IVFD	KU lemah, pasien berbaring di tempat tidur, dan terpasang IVFD
Kesadaran	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5	Kesadaran compos mentis & GCS E4M6V5
Pemeriksaan tanda-tanda vital	RR : 23 x/i N : 80 x/i S : 37 °C	RR : 22 x/i N : 92 x/i S : 36,4 °C
Kenyamanan/ Nyeri	Tidak ada nyeri	Tidak ada nyeri

Tabel 4.5 Hasil Anamnesis Pemeriksaan Fisik Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Pemeriksaan fisik	Anak 1	Anak 2
A. Pemeriksaan kepala 1) Kepala	Bentuk kepala makro, wajah simetris, Kulit kepala bersih. Penyebaran rambut merata berwarna hitam rambut mudah dicabut, Ubun-ubun besar dan tidak ada kelainan.	Bentuk kepala makro, wajah simetris, Kulit kepala bersih. Penyebaran rambut merata berwarna hitam rambut mudah dicabut, Ubun-ubun besar dan tidak ada kelainan.
2) Telinga	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik.	Bentuk telinga sedang, simetris kanan dan kiri. Lubang telinga bersih, tidak ada serumen berlebih, pendengaran berfungsi dengan baik.

3) Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sclera ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan.	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri., kornea mata jernih kanan dan kiri. Konjuntiva anemis dan sclera ikterik Kelopak mata/palepebra tidak ada pembengkakan. Adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, iris kanan kiri berwarna hitam, tidak ada kelainan.
4) Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, dan tidak ada kelainan.	Tidak ada pernafasan cuping hidung, dan tidak ada kelainan.
5) Mulut	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. Tidak terdapat caries pada gigi Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .	Keadaan mukosa bibir kering dan pucat. terdapat caries pada gigi. Tonsil ukuran normal uvula letak simetris ditengah .
B. Pemeriksaan leher	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan.	Kelenjar getah bening teraba, tiroid teraba, posisi trakea letak ditengah tidak ada kelainan
C. Pemeriksaan thorak sistem pernafasan a. Inspeksi thorak b. Palpasi c. Perkusi d. Auskultasi	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.	Tidak ada sesak nafas, batuk dan secret. Bentuk dada simetris, irama nafas teratur, pola nafas normal, tidak ada otot bantu pernafasan, vocal permitus dan ekspansi paru anterior dan posterior dada normal, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler.
D. Pemeriksaan jantung a. Inspeksi dan palpasi b. Perkusi batas jantung c. Auskultasi	Pada pemeriksaan inspeksi CRT >3 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.	Pada pemeriksaan inspeksi CRT >3 detik tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi iktus kordis teraba hangat. Perkusi batas jantung : Basic jantung berada di ICS II dari lateral ke media linea , para sterna sinistra, tidak melebar, Pinggang jantung berada di ICS III dari linea para sterna kiri, tidak melebar, Apeks jantung berada di ICS V dari linea midclavikula sinistra, tidak melebar. Pemeriksaan auskultasi : bunyi jantung I saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung II : saat auskultasi terdengar bunyi jantung normal dan regular, bunyi jantung tambahan : tidak ada bunyi jantung tambahan, dan tidak ada kelainan.

E. Pemeriksaan Sistem Pencernaan a. Inspeksi b. Palpasi c. Perkusi d. Auskultasi	Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi. Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa. Perkusi : timpani Auskultasi : peristaltic 5x/menit	Inspeksi : Bentuk abdomen bulat dan datar, benjolan/masa tidak ada pada perut, tidak tampak bayangan pembuluh darah pada abdomen, tidak ada luka operasi . Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa. Perkusi : timpani Auskultasi : peristaltic 6x/menit
F. Sistem Persyarafan	reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-) tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran, dan gangguan penciuman.	reflek fisiologis : patella (-), reflek patofisiologis : babinski (-) tidak ada gangguan pandangan, gangguan pendengaran, dan gangguan penciuman.
G. Pemeriksaan muskuluskeletal dan Integumen	Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, turgor kulit baik. Kekuatan otot : $\frac{5\ 5}{5\ 5}$ Tidak ada edema.	Pergerakan sendi bebas, tidak ada kelainan ekstermitas, tidak ada kelainan tulang belakang, turgor kulit baik Kekuatan otot : $\frac{5\ 5}{5\ 5}$ Tidak ada edema
H. Sistem Genetalia – Anus	Scrotum sudah turun dan tidak ada kelainan.	Scrotum sudah turun dan tidak ada kelainan.

Tabel 4.6 Pemeriksaan Penunjang Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Tindakan	Anak 1	Anak 2
Pemeriksaan penunjang	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 07/05/2019 (MRS) 1. Leukosit : 14.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 7,1 g/dl 3. Hematokrit : 26,7 % 4. Trombosit : 312.000/mm ³ Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 10/05/2019 1. Leukosit : 17.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 10,6 g/dl 3. Hematokrit : 36,2 % 4. Trombosit : 266.000/mm ³	Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 13/05/2019 (MRS) 1. Leukosit : 15.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 6,3 g/dl 3. Hematokrit : 28 % 4. Trombosit : 280.000/mm ³ Jenis pemeriksaan Laboratorium tanggal 16/05/2019 1. Leukosit : 18.000 sel/mm 2. Hemoglobin : 10,8 g/dl 3. Hematokrit : 38,7 % 4. Trombosit : 340.000/mm ³

Tabel 4.7 Penatalaksanaan terapi Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

Penatalaksanaan Terapi	
Anak 1	Anak 2
1. Exjade 500 mg (Oral) 1 x 1	1. Exjade 500 mg (Oral) 1 x 1
2. Vitamin C (Oral) 1 x 1	2. Vitamin C (Oral) 1 x 1
3. Asam Folat (Oral) 1 x 1	3. Asam Folat (Oral) 1 x 1
4. NaCl 0,9% (IVFD)	4. NaCl 0,9% (IVFD)
5. PRC 180 cc (IVFD) 2 hari	5. PRC 180 cc (IVFD) 2 hari

4.1.3 Diagnosa Keperawatan (DK)

Tabel 4.8 Daftar Diagnosa Keperawatan Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

No	Anak 1		Anak 2	
	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	07/05/2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan pasien tampak pucat dan lemah DO : <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak pucat Pasien tampak lemah Akril dingin Nadi 80 x/m Hb 7,1 g/dl 	13/05/2019	(D.0009) Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> Ibu mengatakan pasien tampak pucat dan lemah DO: <ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak pucat Pasien tampak lemah Akril dingin Nadi 92 x/m Hb 6,3 g/dl

2	07/05/2019	<p>(D.0019) Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan, ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien kuranf nafsu makan • Ibu mengatakan BB pasien sejak lahir sulit naik • Ibu mengatakan pasien hanya ingin minum susu <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kurus • Pasien hanya mau minum susu saja • A: BB 10 kg, TB 82 cm, LILA 9, IMT 14,8 (BB kurang) • B: HB 7,1 g/dl, HT 26,7% • C: turgor kulit baik, tampak lemah • D: BTKTP, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 2-3 sendok 	13/05/2019	<p>Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan, ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien kurang nafsu makan • Ibu mengatakan pasien tidak pernah menghabiskan makanannya <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak kurus • Pasien hanya makan 3-4 sedok makan saja • A: BB 12 kg, TB 90 cm, LILA 10, IMT 14,8 (BB kurang) • B: HB 6,3 g/dl, HT 28% • C: turgor kulit baik, tampak lemah • D: BTKTP, frekuensi 3x sehari, setiap makan habis 3-4 sendok
3		<p>(D.0056) Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen, ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien tampak lemah • Ibu mengatakan pasien mudah sekali lelah saat beraktivitas • Ibu mengatakan pasien tampak pucat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HB 7,1 g/dl • Pasien tampak lemah • Nadi • Pasien hanya berbaring di tempat tidur 		<p>(D.0056) Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen, ditandai dengan DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien mengeluh lelah • Ibu mengatakan pasien tidak banyak beraktivitas • Ibu mengatakan pasien tampak pucat <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> • HB 6,3 g/dl • Pasien tampak lemah • Nadi • Pasien hanya berbaring di tempat tidur

4		(D.0142) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Sekunder: Penurunan Hemoglobin, ditandai dengan DS :- DO : <ul style="list-style-type: none"> • HB 7,1 g/dl • Leukosit 14.000 sel/mm • Pasien merasa lemah 		(D.0142) Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh Sekunder: Penurunan Hemoglobin, ditandai dengan DS :- DO : <ul style="list-style-type: none"> • HB 6,3 g/dl • Leukosit 15.000 sel/mm • Pasien merasa lemah
5		(D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien tidak nafsu makan • Berat badan sulit naik DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat kurus • Pasien terlihat lemah 		(D.0106) Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik, ditandai dengan DS : <ul style="list-style-type: none"> • Ibu mengatakan pasien tidak nafsu makan • Berat badan sulit naik DO: <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terlihat kurus • Pasien terlihat lemah

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Perencanaan Pasien Anak dengan Thalasemia di RSUD AWS

DK Kep	Tanggal Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	07 / 05 / 2019 13 / 05 / 2019	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi perifer kembali efektif. Kriteria Hasil <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengisian CRT <3 detik 2. Nadi perifer stabil 3. Akral hangat 4. Warna kulit kemerahan 5. Hemoglobin dalam batas normal 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<2 detik),

				<p>akral dan warna kulit</p> <p>1.5 Monitor TTV</p> <p>1.6 Kolaborasi pemberian transfuse</p>
2	07 / 05 / 2019 13 / 05 / 2019	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Kurangnya Asupan Makanan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan asupan makanan menjadi adekuat.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat 2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering 2.6 Monitor berat badan
3	07 / 05 / 2019 13 / 05 / 2019	Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien dapat beraktivitas kembali.</p> <p>Kriteria Hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanda-tanda vital dalam batas normal 2. Mampu beraktivitas secara mandiri 3. Keseimbangan antara aktivitas dan istirahat 4. Berpartisipasi dalam aktivitas fisik 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat 3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 3.5 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)
4	07/05/2019 13/05/2019	Resiko Infeksi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Pertahanan Tubuh	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi.	<ol style="list-style-type: none"> 4.1 Batasi pengunjung bila perlu. 4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat

		Sekunder: Penurunan Hemoglobin	Kriteria Hasil 1. Pasien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Jumlah leukosit dalam batas normal 3. Menunjukkan perilaku hidup sehat	berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup. 4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
5	07 / 05 / 2019 13 / 05 / 2019	Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan Efek Ketidakmampuan Fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan keluarga dapat memonitor tumbuh kembang pasien. Kriteria Hasil: 1. Pengetahuan orangtua terhadap perkembangan anak meningkat 2. Orangtua dapat menstimulus anak secara mandiri 3. Tumbuh kembang sesuai dengan usia	5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien 5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak

4.1.5 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Pelaksanaan Tindakan Pasien Anak 1 dengan Thalasemia di RSUD AWS

No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	07/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 80x/m dan Suhu tubuh pasien : 37°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi	Ibu mengatakan pasien tidak ada	

		makanan	alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Ibu mengatakan pasien hanya berbaring di tempat tidur	
4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada	
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat	
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat	
7	08.15	3.2 Mengkaji factor yang menyebabkan kelelahan	Ibu mengatakan pasien tidak nafsu makan dan Hb rendah	
8	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 10 kg	
9	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat	
10	08.30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik	Pasien tampak lemah berbaring di tempat tidur	
11	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien tidak nafsu makan dan hanya menghabiskan 2-3 sendok saja	
12	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase	
13	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT >3 detik, akral dingin, dan warna kulit pucat	
14	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi	
15	09.55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)	RR 23x/m dan pasien tampak pucat	
16	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik	

17	09.30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat	
18	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi	
19	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat	
20	10.40	1.5 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien : 37°C	
21	11.00	1.6 Memberikan transfusi darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis dalam waktu 2 jam	
22	13.10	5.2 mengukur bb dan tb pasien	Bb 10 kg dan tb 80 cm	
23	13.15	5.3 mengajarkan kepada orangtua cara menstimulasi anak	Keluarga dapat memahami	
No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	
1	08/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 90x/m dan Suhu tubuh pasien : 36,4°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi makanan	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak duduk di tempat tidur sambil bermain	
4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada	
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat	
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat	
7	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 10 kg	

8	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat	
9	08.30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik	Pasien tampak bermain di tempat tidur	
10	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien hanya makan 3-4 sendok saja	
11	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase	
12	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT >2 detik, akral hangat, dan warna kulit pucat Tidak ada tanda dan gejala infeksi	
13	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi		
14	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik	
15	09.30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat	
16	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi	
17	09.55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 23x/m dan pasien tampak pucat	
18	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat	
19	10.40	1.5 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien : 36,4°C	
20	11.00	1.6 Memberikan transfusi darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis dalam waktu 2 jam	
No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	
1	09/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 88x/m dan Suhu tubuh pasien : 36,5°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi makanan	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam	Pasien dapat beraktivitas dan bermain seperti biasa	

		beraktivitas	
4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat
7	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 10 kg
8	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat
9	08.30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik	Pasien sudah dapat bermain dan berjalan-jalan sekitar kamar
10	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien makan 3-4 sendok saja
11	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase
12	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT <2 detik, akral hangat, dan warna kulit kemerahan
13	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi
14	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik
15	09.30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat
16	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi
17	09.55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 22x/m dan kulit pasien sdh tampak kemerahan Keluarga memahami anjuran dari

18	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	perawat	
----	-------	--------------------------------------	---------	--

Tabel 4.11 Pelaksanaan Tindakan Pasien Anak 2 dengan Thalasemia di RSUD AWS

No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	13/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 92x/m dan Suhu tubuh pasien : 36,4°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi makanan	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak tidur telentang di tempat tidur	
4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada	
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat	
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat	
7	08.15	3.2 Mengkaji factor yang menyebabkan kelelahan	Ibu mengatakan pasien beberapa hari terakhir tampak pucat dan tidak bersemangat	
8	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg	
9	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat	
10	08.30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelemahan fisik	Pasien tampak tidur di tempat tidur dan tidak ada beraktivitas apapun	
11	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien tidak nafsu makan dan makan 3-4 sendok saja	
12	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase		

13	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	Tidak ada pretase CRT >2 detik, akral dingin, dan warna kulit pucat	
14	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi	
15	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik	
16	09.30	4.6 Mendorong auspan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat	
17	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi	
18	09.55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 20x/m dan pasien tampak pucat	
19	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat	
20	10.40	1.5 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien : 37°C	
21	11.00	1.7 Memberikan transfusi darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis dalam waktu 2 jam	
22	13.10	5.2 mengukur bb dan tb pasien	Bb 12kg dan tb 90cm	
23	13.15	5.4 mengajarkan kepada orangtua cara menstimulus anak	Keluarga dapat memahami	
No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	14/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 90x/m dan Suhu tubuh pasien : 36°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi makanan	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak bermain dengan ibunya disekitar kamar	

4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada	
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat	
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat	
7	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg	
8	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat	
9	08.30	3.4 Memonitor pasien akan adanya kelelahan fisik	Pasien dapat beraktivitas bermain bersama ibunya	
10	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien hanya makan 3-4 sendok saja setiap makan	
11	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase	
12	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT >2 detik, akral hangat, dan warna kulit pucat	
13	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi	
14	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik	
15	09.30	4.6 Mendorong asupan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat	
16	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien	Keluarga dapat memahami tanda dan	

17	09.55	dan keluarga tanda dan gejala infeksi 3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	gejala infeksi RR 21x/m dan pasien tampak pucat	
18	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat	
19	10.40	1.5 Mengukur suhu	Suhu tubuh pasien : 36°C	
20	11.00	1.8 Memberikan transfusi darah menggunakan infus pump	PRC 90 cc habis dalam waktu 2 jam	
No	Tanggal Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan	Paraf
1	15/05/19 07.40	1.5 Menghitung nadi dan mengukur suhu	Nadi : 90x/m dan Suhu tubuh pasien : 36,1°C	
2	08.00	2.1 Menanyakan adanya alergi makanan	Ibu mengatakan pasien tidak ada alergi makanan	
3	08.05	3.1 Mengobservasi adanya batasan pasien dalam beraktivitas	Pasien tampak beraktivitas dan tidak di tempat tidur saja	
4	08.05	1.1 memeriksa apakah ada daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul	Tidak ada	
5	08.10	2.5 Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Ibu memahami anjuran dari perawat	
6	08.15	2.3 Menganjurkan makan makanan yang kaya akan serat untuk mencegah konstipasi	Ibu memahami anjuran dari perawat	
7	08.20	2.6 Mengukur berat badan	BB pasien 12 kg	
8	08.25	2.4 Menganjurkan kepada orangtua untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien	Ibu memahami anjuran dari perawat	
9	08.30	3.4 Memonitor pasien akan	Pasien sudah dapat beraktivitas	

		adanya kelelahan fisik	kembali
10	08.35	3.3 Memonitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat	Pasien sudah dapat menghabiskan ¼ porsi makanannya
11	08.40	1.2 Memeriksa adanya pretase	Tidak ada pretase
12	08.45	1.4 Mengobservasi pengisian kapiler (<2 detik), akral, dan warna kulit	CRT <2 detik, akral hangat, dan warna kulit kemerahan
13	08.50	4.7 Memonitor tanda dan gejala infeksi	Tidak ada tanda dan gejala infeksi
14	09.05	4.4 Mempertahankan lingkungan aseptik selama melakukan tindakan invasive	Perawat sudah melakukan dengan baik
15	09.30	4.6 Mendorong auspan nutrisi yang cukup	Ibu memahami anjuran dari perawat
16	09.50	4.7 Mengajarkan kepada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	Keluarga dapat memahami tanda dan gejala infeksi
17	09.55	3.5 Memonitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (nafas sesak & pucat)	RR 21x/m dan kuliat tampak kemerahan
18	10.20	4.1 Membatasi pengunjung yang datang	Keluarga memahami anjuran dari perawat

4.1.6 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien Anak 1 dengan Thalasemia di RSUD AWS

Hari/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
Hari 1 14.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S : - Ibu pasien mengatakan pasien masih tampak pucat dan lemah</p> <p>O : - Pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - N : 90x/m, akral dingin, CRT >3 detik</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p>	

		<p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse 	
14.00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S : Ibu mengatakan pasien ,masih tidak nafsu makan dan hanya mau minum susu saja</p> <p>O : - Pasien tampak kurus - Pasien hanya makan 2-3 sendok makan saja - Pasien hanya mau minum susu saja - BB 10kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat 2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering 2.6 Monitor berat badan 	
14.00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	<p>S: - ibu mengatakan pasien masih tampak lemah dan banyak berbaring di tempat tidur</p> <p>O: - pasien tampak lemah -pasien hanya berbaring di tempat tidur -pasien lebih banyak tidur -Hb 7,1 g/dl</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat 3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 3.5 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat) 	
14.00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : - Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien tampak lemah - HB 7,1 g/dl - Leukosit 14.000 sel/mm</p>	

		<p>A : Masalah resiko belum terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Batasi pengunjung bila perlu. 4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup. 4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 	
14.00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	<p>S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : - pasien terlihat kurus -bb 10kg tb 82cm</p> <p>A : Masalah beum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien 5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak 	
Hari ke 2	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
14.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S : - Ibu mengatakan pasien masih tampak pucat namun sudah tidak lemah seperti kemarin</p> <p>O : - Pasien masih tampak pucat - akral hangat, CRT >3 detik - N: 84x/m</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse 	
14.00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S : Ibu mengatakan pasien mau makan sedikit-sedikit</p> <p>O : - Pasien tampak kurus - Pasien sudah mau makan sedikit-sedikit dan sering - BB 10kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 	

		<p>2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</p> <p>2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat</p> <p>2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering</p> <p>2.6 Monitor berat badan</p>	
14.00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	<p>S: - ibu mengatakan pasien sudah bisa duduk di tempat tidur dan bermain</p> <p>O: - pasien dapat beraktivitas dan bermain di tempat tidur -pasien masih tampak pucat</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas</p> <p>3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan</p> <p>3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat</p> <p>3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan</p> <p>3.5 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)</p>	
14.00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : - Ibu mengatakan sampai saat ini tidak ada tanda gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien tampak lebih segar dari kemarin - Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>4.1 Batasi pengunjung bila perlu.</p> <p>4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien.</p> <p>4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan.</p> <p>4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat.</p> <p>4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal.</p> <p>4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup.</p> <p>4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi</p>	
14.00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	<p>S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : - pasien terlihat kurus -bb 10kg tb 82cm</p> <p>A : Masalah beum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang</p> <p>5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan</p> <p>5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien</p> <p>5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus</p>	

Hari 3	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
		tumbuh kembang anak	
12.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S : - Ibu mengatakan pasien sudah tidak pucat dan sudah kembali sehat</p> <p>O : - Pasien tidak anemis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral hangat, CRT <2 detik, kulit kemerahan - N: 90x/m - HB sekarang 10,3 g/dl <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pasien Pulang Hentikan Intervensi</p>	
12.00	DK 2 Defisit Nutrisi	<p>S : Ibu mengatakan pasien mau makan sedikit-sedikit sambil bermain</p> <p>O : - Pasien sudah mau makan sedikit-sedikit dan sering</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB 10kg tidak ada penurunan berat badan <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Pasien pulang hentikan Intervensi, berikan edukasi pentingnya nutrisi yang adekuat</p>	
12.00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	<p>S: - ibu mengatakan pasien sudah bisa bermain dan beraktivitas seperti biasanya</p> <p>O: - pasien tampak aktif bermain</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak pucat dan lemah lagi <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p>	
12.00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : - Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul</p> <p>O : - HB sekarang 10,3 g/dl</p> <ul style="list-style-type: none"> -Leukosit 17.000 sel/mm <p>A : Masalah resiko tidak terjadi</p> <p>P : Pasien pulang hentikan intervensi</p>	
12.00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	<p>S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : - pasien terlihat kurus</p> <ul style="list-style-type: none"> -bb 10kg tb 82cm <p>A : Masalah beum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien 5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak 	

Tabel 4.13 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pasien Anak 2 dengan Thalasemia di RSUD AWS

Hari/	Diagnosa	Evaluasi (SOAP)	Paraf
-------	----------	-------------------	-------

Jam	Keperawatan		
Hari 1 14.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	S : - Ibu pasien mengatakan pasien masih tampak pucat dan lemah O : - Pasien tampak pucat - Pasien tampak lemah - N : 90x/m, akral dingin, CRT >3 detik A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse	
14.00	DK 2 Defisit Nutrisi	S : Ibu mengatakan pasien tidak mau menghabiskan makanannya, pasien hanya makan 3-4 sendok saja O : - Pasien tampak kurus - BB 12kg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat 2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering 2.6 Monitor berat badan	
14.00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	S: - ibu mengatakan pasien banyak istirahat di tempat tidur - ibu mengatakan pasien sangat lemah untuk beraktivitas O: -pasien tampak lemah -pasien banyak tidur daripada aktivitas -Hb 6,3 g/dl A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat 3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 3.5 Monitor respon kardivaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat)	

14.00	DK 4 Resiko Inveksi	<p>S : - Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien tampak lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB 6,3 g/dl - Leukosut 15.000 sel/mm <p>A : Masalah resiko belum terjadi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Batasi pengunjung bila perlu. 4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup. 4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 	
14.00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	<p>S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : - pasien terlihat kurus</p> <ul style="list-style-type: none"> -bb 12kg tb 90cm <p>A : Masalah beum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien 5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak 	
Hari ke 2	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
14.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	<p>S : - Ibu mengatakan pasien masih tampak pucat namun sudah tidak lemah seperti kemarin</p> <p>O : - Pasien masih tampak pucat</p> <ul style="list-style-type: none"> - akral dingin, CRT >3 detik - N: 80 x/m <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 1.2 Monitor adanya pretase 1.3 Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada lesi atau laserasi 1.4 Observasi pengisian kapiler (<3 detik), akral dan warna kulit 1.5 Monitor TTV 1.6 Kolaborasi pemberian transfuse 	
14.00	DK 2 Defisit	<p>S : Ibu mengatakan pasien sangat sulit dibujuk untuk makan</p>	

	Nutrisi	<p>O : - Pasien tampak kurus -Pasien hanya makan 3-4 sendok saja sekali makan -BB 12kg</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji adanya alergi makanan 2.2 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2.3 Berikan diet yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 2.4 Anjurkan kepada orang tua untuk meningkatkan intake adekuat 2.5 Anjurkan kepada orang tua untuk memberikan makan sedikit tapi sering 2.6 Monitor berat badan 	
14.00	DK 3 Resiko Infeksi	<p>S : - ibu mengatakan pasien sudah beraktivitas bermain di sekitar tempat tidurnya</p> <p>O : - pasien dapat beraktivitas kecil dalam kamarnya -pasien masih tampak pucat</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Observasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas 3.2 Kaji adanya faktor yang menyebabkan kelelahan 3.3 Monitor nutrisi dan sumber energy yang adekuat 3.4 Monitor pasien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan 3.5 Monitor respon kardiovaskuler terhadap aktivitas (sesak nafas & pucat) 	
14.00	DK 4 Resiko Infeksi	<p>S : - Ibu mengatakan sampai saat ini tidak ada tanda gejala infeksi</p> <p>O : - Pasien tampak lebih beraktivitas dari kemarin -Tidak ada tanda dan gejala infeksi</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Batasi pengunjung bila perlu. 4.2 Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien. 4.3 Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan. 4.4 Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat. 4.5 Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal. 4.6 Dorong masukan nutrisi yang cukup. 4.7 Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi 	
14.00	DK 5 Gangguan	<p>S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus</p> <p>O : - pasien terlihat kurus</p>	

	Tumbuh Kembang	-bb 12kg tb 90cm A : Masalah beum teratasi P : lanjutkan intervensi 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik pertumbuhan 5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien 5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak	
Hari 3	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	Paraf
12.00	DK 1 Perfusi Perifer Tidak Efektif	S : - Ibu mengatakan pasien sudah tidak pucat dan sudah kembali sehat O : - Pasien tidak anemis - Akral hangat - N: 90x/m, CRT <2 detik, kulit kemerahan - HB sekarang 10,8 g/dl A : Masalah teratasi P : Pasien Pulang Hentikan Intervensi	
12.00	DK 2 Defisit Nutrisi	S : Ibu mengatakan pasien mau makan sendiri sambil bermain gadget O : - Pasien sudah mau makan sendiri dan habis ¼ porsi - BB 12kg tidak ada penurunan berat badan A : Masalah teratasi sebagian P : Pasien pulang hentikan Intervensi, berikan edukasi pentingnya nutrisi yang adekuat	
12.00	DK 3 Intoleransi Aktivitas	S : - ibu mengatakan pasien sudah dapat beraktivitas seperti biasa dan lebih aktif bermain O : - pasien dapat bermain dengan teman sebayanya - pasien tampak lebih aktif - kulit pasien tampak kemerahan A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi	
12.00	DK 4 Resiko Infeksi	S : - Ibu mengatakan tidak ada tanda dan gejala infeksi yang muncul O : - HB sekarang 10,8g/dl -Leukosit 18.000 sel/mm A : Masalah resiko tidak terjadi P : Pasien pulang hentikan intervensi	
12.00	DK 5 Gangguan Tumbuh Kembang	S : - ibu mengatakan bb pasien sulit naik dan terlihat kurus O : - pasien terlihat kurus -bb 12kg tb 90cm A : Masalah beum teratasi P : lanjutkan intervensi 5.1 Berikan diet tinggi nutrisi yang seimbang 5.2 Pantau tinggi dan berat badan gambarkan pada grafik	

		<p>pertumbuhan</p> <p>5.3 Dorong aktivitas yang sesuai dengan usia pasien</p> <p>5.4 Ajarkan kedua orangtua bagaimana cara menstimulus tumbuh kembang anak</p>	
--	--	--	--

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas tentang adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dan hasil asuhan keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan kasus Thalasemia yang telah dilakukan sejak tanggal 07 – 15 Mei 2019 di Ruang Melati RSUD AWS. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

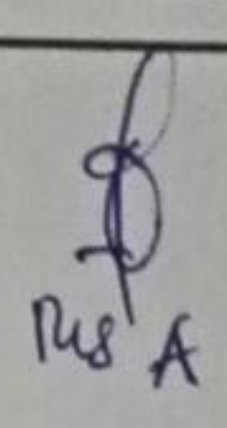
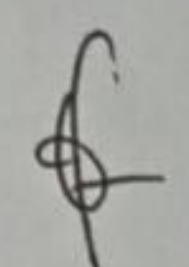
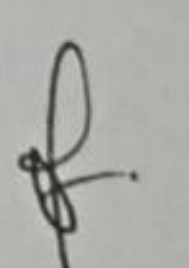

4.2.1 Diagnosa Keperawatan



Menurut asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa medis dalam SDKI (2017) terdapat 7 diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Thalasemia yaitu, Perfusi perifet tidak efektif, Pola nafas tidak efektif, Defisit nutrisi, Intoleransi aktivitas, Gangguan tumbuh kembang, Gangguan citra tubuh, Resiko infeksi.

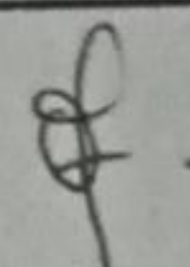
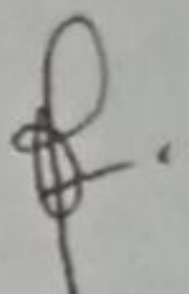
Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data terdapat 3 diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada klien 1 dan klien 2 yaitu Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin, Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, Intoleransi Aktivitas Berhubungan dengan Ketidakseimbangan Antara Suplai dan Kebutuhan Oksigen, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: penurunan hemoglobin.

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi Sausan
 NIM : P07220117066
 Judul : Asunan Keperawatan Pada Klien anak dengan thalasemia di RSUD dr Kanjono Djatiwibowo Balikpapan thn 2020
 Nama Pembimbing : Rus Andrami, A.KP., M.Pd

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	Selasa 30 Januari 2019.	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Penuuran tanda baca, spasi - Perbaiki Penuuran Daftar pustaka. - Lengkapi BAB II 	
2	Selasa 21/01/20	bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Senuaikan dengan MRS - Menambahkan peran Perawat secara khusus - Lengkapi Data dalam Kronologi - Perbaiki tanda baca 	
3.	Kamis 6/2/2020	BAB I BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - perbaiki senai catit dan usha - perbaiki temil pengetikan - BAB I BAB II 	
4	Jum'at 07/02/2020	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Pengetikan dan Penuuran - Perbaiki tanda baca - Perbaiki pengetikan Daftar pustaka 	

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
4	SUMIAT 21/2/2020	Bab III	<ul style="list-style-type: none"> - tambahkan Definisi/pengertian Operasional - Perbaiki pengerjaan - Perbaiki Definisi Operasional - Perbaiki Daftar Pustaka 	
5	MINGGA 23/2/2020	Bab I, II, III (via email)	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki pengantikan - lengkapi Daftar isi - Perbaiki Daftar Pustaka - tambahkan konsep hospitalisasi bab II - rumus Gambar di perbaiki pada Bab II - Lengkapi proposal - siap with diujikan - Ace 	

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
	Sdasa, 3/3/2020	Revisi Proposal	- perbaikan bentuk tabel pergetakan	
	Seminar 16/3/2020	Revisi proposal	Perbaikan dan lengkap Aco	

LEMBAR KONSULTASI HASIL

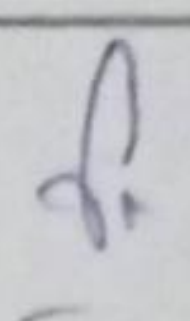
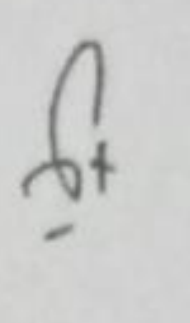
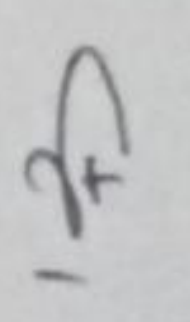
Nama Mahasiswa : Nur Rachmi sausan
 NIM : P07220117066
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia
 Nama Pembimbing : Rus Andraini,A.Kp.,MPH

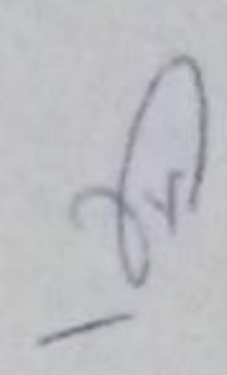
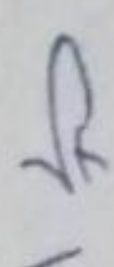
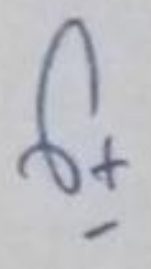
NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	29/04/2020	Bab IV (Sampai Pembahasan Pengkajian)	Melalui email tambahkan Interpretasi Data	
2	05/05/2020	BAB IV	konul melalui jtrn meet -Penurunan sumber dikui -Konsisten Penurunan tabel -Pembahasan sesuai teori yang didapat di tambahkan anumi peneliti	
3	07/05/2020	Bab IV	Via email	
4	07/05/2020	bab IV dan Bab II	ditentukan dengan literatur Review yang di ambil lanjutan bab V dan i Abstrak	
5	09/05/2020	bab <u>V</u>	Via email.	

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	14 / Mei / 2020	Revin Hari L	Via email	
2	15 / Juni / 2020	Revin hari	Via email	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi Sausan
 NIM : P07220117066
 Judul : **ARAHAN KEPERAWATAN PADA KUEBU ANAK DENGAN THALASEMIA**
 Nama Pembimbing : **DR RUD dr. KAMUSO D Jatiwibowo BALKAPAN TAHUN 2020**
 Ns. STN Nurianti, S.Kep., M.Pd

NO	HARI/TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	Senin 20/01/2019	Lbm (Bab 1 pendahuluan)	<ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kutipan di perbaikan - Menyusun maralah dalam bentuk pernyataan dan umum → khusus - Urutan lbm dan maralah → jurni kart → kronologis → solusi - Lbm studi uteratur di lapangan (fenomena) 	
2	Senin 27/01/2019	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - penulisan kutipan (subtansi) - penulisan fakta → konsep - penglas sumber ? - fenomena telatini → Askep di pskd 	
3	Selasa 04 Februari 2020	Bab II	<ul style="list-style-type: none"> - sumber Pathway di turkan - Intervensi menggunakan siki - kriteria Hari dan Nisan menggunakan siki - pd penerapan di → pblj → penyebab fekt 	

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
	Sabtu 22/02/ 2020	<p>Bab I</p> <p>Bab II</p> <p>Bab I, II, III</p> <p>Bab I s.d III Rangkai</p>	<p>pada latihan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cep. Mal → Melihat kan leg - pd puopotal. → fiksasi be di tulis nama - teknik pengetikan perbarui <ol style="list-style-type: none"> 1) Pahami tentang Phatway 2) Pahami kriteria sampel 3) Pahami keabsahan Data 4) perbarui pengentikan 5) Pahami Triagulasi Data pada penelitian kuantitatif <p>Acc usun puopotal</p>	  

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi sausan
NIM : P07220117066
Judul : Asuhan keperawatan pada klien anak dengan thalaremi di RSUD dr. Kanudjoro
Nama Pembimbing : NS Siti Nuryanti, S.Nep., M.Pd
Dokter Bowo Bawak Rupan tahun 2020

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1.	2/9 2020	Asih hepatal	- Insulin Asin Kubaitu	Q

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
4	05/05/2020	Bab IV	<p>(melalui apurkan jeri meet)</p> <ul style="list-style-type: none"> - number disesuaikan pada kuen 1 dan kuen 2 - setiap tabel diberi sumber di kua bagian tabel - Pembahasan tñ hubungka dengan teori di bab II siki, siki dan siki - Perbaikan penulisan kutipan 	
5	07/mel/2020	Revisi Bab IV	Via email	
6	09/mel/2020	bab V	Via email	
7	09/mel (2020)	bab IV bab V	<p>Saran pada bab V bisa dikaitkan dengan SDKI, siki dan riki</p> <ul style="list-style-type: none"> - lengkapi kti bab 1-5 - membuat abstrak 	

LEMBAR KONSULTASI HASIL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi sausan
 NIM : P07220117066
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia
 Nama Pembimbing : Ns. Siti Nuryanti, S.Kep.,M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	24/04/2020	Bab IV (melalui aplikasi Jtn Meet)	Pada Pembahasan dikaitkan dengan SPKI, siki dan siki - jika Data tidak ada bisa dituliskan Data tidak tersedia (-) - format angka mengikuti Panduan - judul pada tabel tidak memauai tempat dan tahun - Gambaran lokasi direvisi Kau dengan Karur yang diarsir	
2	29/04/2020	bab IV	via email	
3	02/05/2020	bab IV	(melalui aplikasi jtn meet) memperjelas sumber yang diambil - Memastikan url/link di Daftar pustaka - Penulisan number setiap dibawah tabel - Interpretasi Data di setiap tabel dalam bentuk Narasi - Pembahasan berdasarkan tujuan sesuai bab 1	

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	14 Mei 2020	Revisi Haniz	Via email	
2	04/06/20	Revisi Haniz	<p>Via gitsi meet</p> <p>Penuusan sesuai Panduan</p> <ul style="list-style-type: none"> -bkr proposal di ubah kti -kirim ulang Revisi dan tanda meran -Sudut Piramida terbaru. 	
3	04/06/20	Revisi Haniz	Via email	
4	13/06/20	Revisi Haniz	<p>Via wa</p> <ul style="list-style-type: none"> -buat abstrak dalam bahasa Inggris -kesimpulan abstrak disesuaikan pada saran bab V -kirim di kata pengantar bank menjadi D-III ke Samarinda kelas B 	
5	15/06/20	Revisi Haniz	<p>Via wa</p> <ul style="list-style-type: none"> - ACC - lengkapi laporan 	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi sausan

NIM : P07220117066

Judul :

Nama Pembimbing :

Asuhan keperawatan pada kuen anak dengan thalasemia di RSUD dr. Kanudjoro
Djati Wibowo Baku Purno
NS. Arnan, S. Kep., M. Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	3 Maret 2020	Revisi proposal	Acc	

LEMBAR KONSULTASI HASIL

Nama Mahasiswa : Nur Rachmi sausan
NIM : P07220117066
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Anak Dengan Thalasemia
Nama Pembimbing : Ns. Asnah, S.Kep.,M.Pd

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	TTD PEMBIMBING
1	04/ Juni / 2020	Revisi Hasil	Via email	
2	6/ Juli / 2020	Revisi Hasil	Via wa dan email Acc	

Dokumentasi Seminar Hasil

