

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Thalasemia merupakan penyakit kelainan darah kongenital resesif (kelainan bawaan sejak lahir) karena kurangnya atau menurunnya produksi hemoglobin (Sri Rejeki & Nurhayati, 2012)

Thalasemia merupakan penyakit genetik yaitu berupa kelainan darah, dimana tubuh tidak dapat memproduksi sel darah merah (eritrosit). Keadaan ini menyebabkan sel darah merah yang dihasilkan akan rusak (lisis) kurang dari 120 hari (Lyndon, 2014).

Penyebab terjadinya thalasemia adalah karena adanya gangguan sintesis rantai hemoglobin alfa (α) atau beta (β) sehingga menyebabkan terganggunya proses pembentukan sel darah merah serta kerusakan membrane sel darah merah (Hemolisis)

Menurut *World Health Organization* (WHO), penyakit thalasemia merupakan penyakit kelainan genetik terbanyak di dunia yang saat ini sudah diakui sebagai masalah kesehatan dunia. kurang lebih 7% dari penduduk dunia mempunyai genetik thalasemia

Menurut Data dari World Bank terdapat 7% dari populasi dunia pembawa sifat thalassemia. Di Setiap tahunnya terdapat sekitar 300.000-500.000 bayi baru lahir yang disertai kelainan hemoglobin berat, dan 50.000 hingga 100.000 anak meninggal berkembang. Indonesia juga termasuk salah satu negara dalam sabuk thalassemia dunia, yaitu negara dengan frekuensi gen (angka pembawa gen) thalassemia yang tinggi. Hal ini terbukti dari penelitian epidemiologi di Indonesia yang mendapatkan bahwa gen thalassemia beta berkisar antara 3-10% (Kemenkes, 2018).

2. Etiologi

Thalasemia terjadi saat terdapat kerusakan pada gen yang membantu pengaturan menghasilkan salah satu protein tersebut. Tipe thalasemia tergantung dari bagian spesifik hemoglobin yang terkena dan jumlah gen yang mengalami perubahan genetik dari orang tua (Yuni, 2015).

3. Klasifikasi

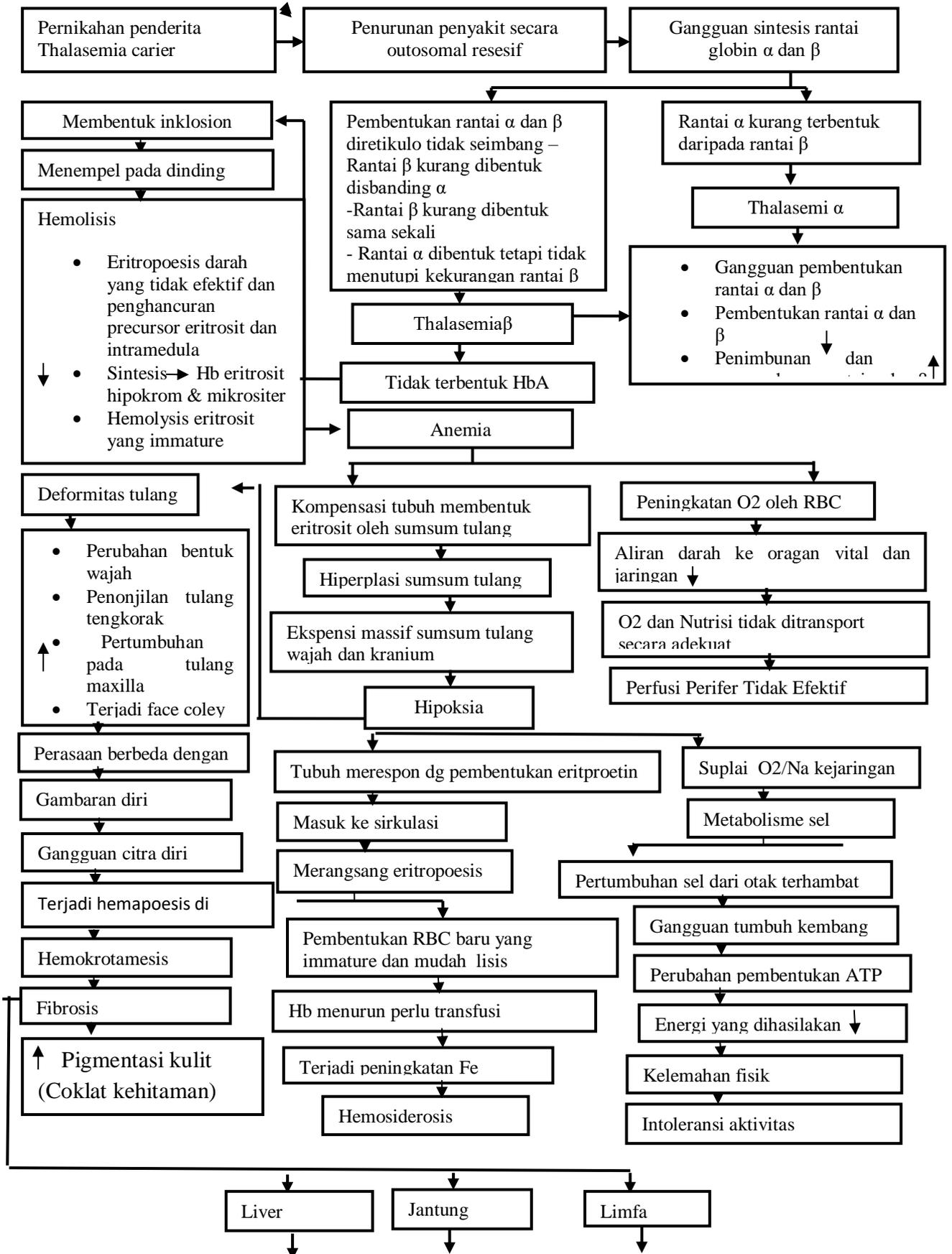
Menurut (Nurarif dan Kusuma, 2016) Klasifikasi Thalasemia dibedakan atas

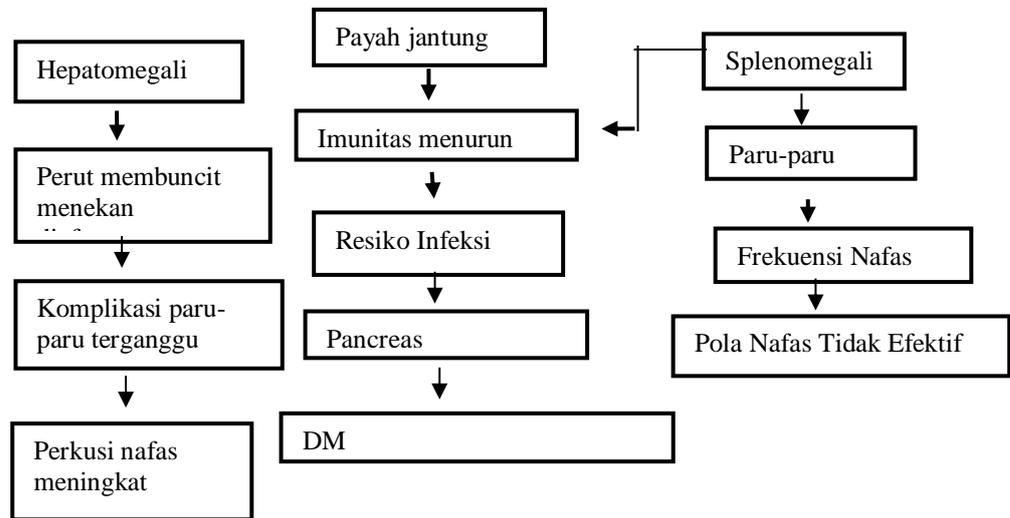
- a. Thalasemia minor merupakan keadaan yang terjadi pada seseorang yang sehat namun orang tua tersebut dapat mewariskan gen thalasemia pada anak-anaknya
- b. Thalasemia mayor thalasemia jenis ini disebut Cooley Anemia (kelainan darah dengan jumlah protein pembawa oksigen kurang dari jumlah normal) dapat terjadi apabila kedua orang tua mempunyai sifat pembawa thalasemia carrier (tanpa gejala)
- c. Thalasemia intermedia merupakan kondisi antara thalasemia mayor dan minor. Penderita thalasemia ini memungkinkan tranfusi darah secara berulang-ulang.

4. Patofisiologi

Berdasarkan Pathway dijelaskan bahwa thalasemia terjadi penurunan autosomal resesif (kelainan genetic) dari orang tua sehingga terjadi gangguan sintesis rantai globin α dan β , Setelah terjadi pembentukan rantai α dan β direktikulo tidak seimbang. Membentuk thalasemia α dan β dimana kurang terbentuknya rantai α daripada rantai β akan tetapi membentuk inklusion bodies lalu menempel pada dinding eritosit dan terjadilah hemolisis (Kerusakan sel darah). Dari hemolisis maka terjadi anemia yang menyebabkan masalah Hipoksia yaitu kurangnya suplai oksigen ke jaringan, penurunan suplai oksigen tersebut menyebabkan pertumbuhan dan perkembangan sel dari otak akan terhambat hal tersebut dapat mempengaruhi keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

Gambar 2.1 Pathway Thalaseimia





Sumber : (Nurarif & Kusuma, 2016).

5. Tanda dan Gejala

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017), Tanda dan gejala yang paling sering ditemui dipenyakit thalasemia pucat dan lemas akibat anemia dan dibagi tiga jenis yaitu:

- a. Thalasemia mayor umumnya diketahui sejak masih bayi dengan gejala tampak pucat, lemah, lesu, sering sakit dan disertai perut membuncit, berat badan berkurang, tidak dapat hidup tanpa transfusi
- b. Thalasemia minor pembawa sifat biasanya tidak ada gejala, tampak erlihta normal namun saat dilakukan pemeriksaan darah diemukan kadar Hb yang dibawah nilai normal
- c. Thalasemia intermedia biasanya baru terdiagnosa pada anak yang sudah besar, dan tidak tergantung pada transfusi.

6. Manifestasi Klinis

Menurut Nurarif dan Kusuma, 2016) manifestasi klinis thalasemia

- a. Thalasemia Minor : tampilan klinis, normal, splenomegali (pembesaran limfa) dan hepatomegali (pembesaran hati) ditemukan pada penderita ,Hyperplasia eritroid stippled (peningkatan sel hormon) ringan sampai sedang pada sumsum tulang , bentuk homozigot, anemia ringan MCV (rata-rata sel darah merah) rendah. Pada pasangan yang terkena thalasemia minor menghasilkan keturunan thalasemia mayor

Pada anak yang tumbuh besar dapat dijumpai :

- 1) Gizi buruk
 - 2) Perut buncit karena adanya pembesaran limfa dan hati
 - 3) Aktivitas tidak aktif karena adanya pembesaran limpa dan hati
- b. Thalesmia Mayor , gejala klinik yang terlihat sejak umur kurang dari 1 tahun
 - 1) Anemia simtomatik (bersifat hemoglobin < 7gr/dl) pada usia 6-12 tahun bulan, seiring dengan turunnya kadar hemoglobin feal
 - 2) Anemia mikrositik(penyakit sel darah merah lebih kecil dari biasanya) berat , terdapat sel target dan sel darah merah yang berhenti

- 3) Lemah dan pucat
- 4) Pertumbuhan fisik dan perkembangan yang terhambat ,kurus dan penebalan tulang tengkorak
- 5) Berat badan kurang
- 6) Tidak dapat hidup tanpa transfusi

Akibat anemia dan transfuse berulang-ulang, maka pasien mengalami kelebihan zat besi kemudian akan tertimbun di setiap organ, terutama pada otot jantung,hati ,kelenjar pancreas dan kelenjar pembentuk hormone, yang di waktu akan datang menimbulkan komplikasi.

c. **Thalasemia Intermedia**

- 1) Anemia mikrositik (penyakit sel darah merah lebih kecil dari biasanya), bentuk heteriozigot
- 2) Tingkat keparahannya berada pada thalasemia minor dan mayor
- 3) Anemia agak berat 7-9 g/dL dan splenomegali
- 4) Tidak tergantung pada transfusi.

7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Susilaningrum, dkk (2015) sebagai berikut :

- a. Tranfusi darah diberikan bila kadar hemoglobin rendah
- b. Splenektomi (Pengangkatan limfa) yang akan dilakukan pada anak berumur lebih dari dua tahun dan bila limfa terlalu besar resiko yang terjadi adalah trauma yang berakibatkan pendarahan cukup besar
- c. Pemberian roborantia (penambah daya tahan tubuh), hindari preparat yang mengandung zat besi
- d. Pemberian desferioxamin (kondisi kelebihan zat besi),untuk mengurangi absorbs Fe
- e. Transplanstasi bone marrow (sumsum tulang) untuk yang sudah berumur diatas 16 tahun.

8. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang penyakit Thalasemia menurut (Huda et al,2016) :

- a. Darah tepi
 - 1) Hb, gambaran morfologi eritrosit
 - 2) Retikulosit (sel darah merah yang belum matang) meningkat
- b. Sumsum tulang (tidak menentukan diagnosis)
- c. Pemeriksaan khusus
 - 1) Hb F meningkat : 20% - 90% Hb total
 - 2) Elektroforesis Hb : Hemaglobinopati (penyakit genetic) lain dan mengukur kadar Hb
 - 3) Pemeriksaan pedigree : Kedua orang tua pasein thlasemia mayor merupakan trait (carrier) dengan Hb A2 meningkat ($> 3,5\%$ dari Hb total)
- d. Pemeriksaan lain
 - 1) Foto Ro tulang kepala : Gambaran hair on end (rambut bagian ujung), korteks menipis,diploe (tulang kanselus) melebar dengan trabekula tegak lurus pada korteks
 - 2) Foto tulang pipih dan ujung tulang panjang: Perluasaan sumsum tulang sehingga trabekula tampak jelas

9. Komplikasi

Menurut Abdul,dkk (2012) akibat dari anemia yang berat dan lama terjadilah gagal jantung pada pengidap penyakit thalasemia. Transfusi darah yang berulang yang mengakibatkan hemolisis (kerusakan sel darah merah) menyebabkan kadar zat besi dalam darah sangatlah tinggi sehingga imbul didalam berbagai jaringan yang ada ditubuh seperti hepar, limfa, kulit, dan jantung. Hal ini dapat mengakibatkan gangguan fungsi alat tersebut. Limfa yang ruptur (putus) akibat trauma yang ringan. Kadang thalasemia disertai hipersplenisme (kelainan fungsi limfa yang overaktif) seperti leukopenia

(kekurangan sel darah putih) dan trombositopenia (kekurangan trombosit), kematian yang utama disebabkan oleh infeksi dan gagal jantung.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

1. Teori Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow (2001) dalam (Mubarak & Chayatin, 2007) banyak ahli filasafa, psikologis, dari berbagai segi fisiologis menguraikan kebutuhan manusia dan membahasnya dari berbagai segi. Orang pertama yang menguraikan kebutuhan manusia adalah Aristoteles. Sekitar tahun 1950 Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Kebutuhan Dasar Maslow

Hirarki tersebut meliputi 5 kategori kebutuhan dasar yaitu :

- a. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologis Needs*), Meliputi kebutuhan akan oksigenasi, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu, eliminasi, aktivitas dan istirahat dan tidur
- b. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman nyaman (*Safety and Security Needs*)
Aman pada aspek fisiologis dan psikologis
- c. Kebutuhan rasa cinta kasih, memiliki dan dimiliki (*Love and Belonging Needs*)
Meliputi kebutuhan memberi dan menerima kasih sayang
- d. Kebutuhan harga diri (*Self-Esteem Needs*)
Perasaan tidak tergantung pada orang lain (mandiri), kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain
- e. Kebutuhan aktualisasi diri (*Need for Self Actualization*)
Meliputi mengenal dan memahami diri serta potensi diri dengan baik, belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri

Berdasarkan teori maslow kasus thalasemia pada pasien kelolaan mengalami gangguan kebutuhan dasar fisiologis dan kebutuhan aman nyaman, yaitu gangguan aktivitas dan gangguan psikologis.

- 1) Kebutuhan fisiologis yang terganggu adalah gangguan Sirkulasi karena Hb yang rendah tidak optimal mengikat oksigen yang menyebabkan anemia berat yaitu kelemahan dan kelelahan, dingin dibagian tangan dan kaki, kulit terlihat pucat (Doenges ddk, 2012).
- 2) Kebutuhan aman dan nyaman yang terganggu adalah pada pengidap penyakit thalasemia akan mengalami gangguan Psikologis yang buruk yaitu berupa perasaan yang berbeda dengan teman sebayanya, perasaan sensitif, perasaan cemas dan rasa takut pada lingkungannya. Keadaan tersebut memuat kehilangan rasa percaya diri dalam berinteraksi social hingga dapat mempengaruhi psikososial penyandang thalasemia. (Surilena, 2014).

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan bukan hanya dari sekedar pendekatan sistematis terorganisir melalui enam langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik dengan secara episodic maupun dengan cara linier. Kemudian dirumuskan dengan diagnose keperawatan dan cara pemecahan masalah tersebut. (Suarni dan Apriyani 2017).

Proses Asuhan Keperawatan Pada Anak Thalasemia

1. Pengkajian

- a. Nama Klien
- b. Asal/ Kewarganegaraan
- c. Umur

Pada anak thalasemia mayor gejala klinis yang jelas terlihat sejak anak masih bayi. Sedangkan pada thalasemia minor yang gejalanya lebih ringan

d. Riwayat Kesehatan Anak

Anak cenderung mudah terkena infeksi saluran nafas. Hal ini terjadi karena rendahnya Hb yang berfungsi sebagai alat transport

- e. Pertumbuhan dan Perkembangan untuk mengetahui tumbuh kembang pada kasus kelolaan dapat menggunakan acuan dari Buku Pedoman Pelaksanaan

Stimulasi, Deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak. (Kementerian Kesehatan , 2016)

1) Riwayat Kesehatan Keluarga

Thalasemia merupakan penyakit keturunan, maka perlu dilakukan pemeriksaan apakah orang tua yang menderita thalasemia, maka anaknya berisiko terkena thalassemia

2) Keadaan fisik anak thalasemia yang sering didapatkan

3) didapatkan data mengenai adanya kecenderungan gangguan tumbuh kembang sejak anak masih bayi, pengaruh rendahnya kadar oksigen yang bersifat kronik. Pertumbuhan fisik anak adalah pada umurnya keterlambatan dalam kematangan seksual, seperti tidak tumbuh rambut di ketiak dan pubis. Kecerdasan anak juga dapat mengalami penurunan, perkembangan anak dipantau menggunakan KPSP.

f. Pola Makan

Anak sering mengalami susah makan sehingga berat badan anak sangat rendah dan tidak sesuai usianya. Untuk mengetahui status gizi pada klien dapat menggunakan acuan dari Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020) Tentang Standar Antropometri Anak

g. Pola Aktivitas

Anak terlihat lemah dan tidak selincah anak seusia nya. Anak leih banyak tidur karena saat beraktivitas mudah sekali merasa lelah

1) Keadaan umum : Anak terlihat lemah dan kurang bergairah serta tidak selincah anak pada umumnya

2) Kepala dan bentuk muka : Anak yang belum/tidak mendapatkan pengobatan mempunyai bentuk khas, yaitu kepala membesar dan bentuk muka mongoloid, yaitu hidung pesek tanpa pangkal hidung, jarak kedua mata lebar dan tulang dahi lebar

3) Mata dan konjungtiva terlihat pucat kekuningan

4) Bibir terlihat pucat

- 5) Dada terlihat menonjol dibagian kiri akibat adanya pembesaran jantung yang disebabkan anemia kronik
- 6) Perut terlihat membesar dikarenakan pembesaran hati (Hepatomegali) dan pembesaran limfa (Splénomegali)
- 7) Pertumbuhan fisik terlalu kecil untuk umurnya dan Bb kurang dari normal dibandingkan anak di usianya.
- 8) Kerlambatan pada kematangan seksual
- 9) Kulit warna kulitnya pucat kekuning-kuningan, jika anak sering mendapatkan transfusi darah, warna kulit menjadi keabuan akibat adanya penimbunan zat besi dalam jaringan kulit (Hemosiderosis) (Wiyaningsih, 2013).

2. Diagnosa Keperawatan

Berikut diagnosa keperawatan yang sering muncul menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) dengan menggunakan standar diagnosis keperawatan Indonesia dalam (PPNI, 2017).

- a. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru
- b. Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
- c. Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik
- d. Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
- e. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- f. Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh
- g. Resiko Infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

3) Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien masalah dialami klien masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan, dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar.

Langkah selanjutnya dalam asuhan keperawatan setelah penegakan diagnosa berupa perencanaan tujuan (SIKI), seperti halnya penegakan diagnosa yang telah difasilitasi dengan adanya Standardized Nursing Language, pemilihan intervensi juga difasilitasi dengan adanya SLKI dan SIKI. (Arthur, 2002 dalam Nurjannah, 2013).

Rencana keperawatan pada kasus thalasemia terdapat pada tabel 2.1.

Tabel 2.1 Rencana Keperawatan
Langkah Selanjut Dalam Meneggakkan Diagnosa Menentukan Perencanaan Tujuan Dan Intervensi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru</p> <p>DS :</p> <p>a. Dispnea</p> <p>DO :</p> <p>a. Penggunaan otot bantu pernafasan</p>	<p>Pola Nafas (L.01003)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 hari diharapkan Pola Nafas membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Dispnea menurun</p> <p>b. Penggunaan otot bantu nafas menurun</p> <p>c. Frekuensi nafas membaik</p>	<p>Pemantaun Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor frekuensi nafas (kedalaman nafas dan upaya)</p> <p>b. Monitor pola nafas</p> <p>c. Auskultasi bunyi nafas</p> <p>Teraupetik</p> <p>a. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Jelaskan tujuan dari prosedur</p>
2	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan ketidakcukupan antara suplai dari kebutuhan oksigen</p> <p>DS :</p> <p>a. Mengeluh lelah</p> <p>b. Dispnea saat/setelah aktivitas</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 hari diharapkan Toleransi Aktivitas Meningkat dengan kriteria hasil</p> <p>a. Dispnea saat aktivitas menurun</p>	<p>Manajemen Energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan Kelelahan</p> <p>b. Monitor kelelahan fisik dan emosional</p>

1	2	3	4
	<p>c. Merasa lemah</p> <p>DO :</p> <p>a. Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat</p>	<p>b. Dispnea setelah aktivitas menurun</p> <p>c. Aritmia saat aktivitas menurun</p> <p>d. Aritmia setelah aktivitas menurun</p> <p>e. Sianosis menurun</p> <p>f. Perasaan lemah menurun</p> <p>g. Frekuensi nafas membaik</p> <p>h. Keluhan lelah menurun</p>	<p>Teraupetik</p> <p>a. Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya , suara, kunjungan)</p> <p>b. Lakukan latihan rentan gerak pasif atau aktif</p> <p>c. Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan</p> <p>Edukasi</p> <p>a. Anjurkan tirah baring</p> <p>b. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>Kolaborasi</p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makana</p>
3	<p>Gangguan Tumbuh Kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>a. Tidak melakukan keterampilan atau perilaku khas sesuai usia (fisik, motorik)</p> <p>b. Pertumbuhan fisik terganggu</p> <p>c. Kontak mata terbatas</p>	<p>Status Perkembangan (L.10101)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan dalam 2 hari diharapkan Status Perkembangan membaik dengan kriteria hasil</p> <p>a. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat</p> <p>b. Kontak mata meningkat</p>	<p>Perawatan Perkembangan (I.10339)</p> <p>Observasi</p> <p>a. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak</p> <p>Teraupetik</p> <p>a. Meminimalkan kebisingan ruangan</p> <p>b. Pertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan optimal</p> <p>c. Motivasi anak berinteraksi</p> <p>d. Dukung anak mengekspresikan diri melalui penghargaan positif atau umpan balik usahanya</p>

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> e. Pertahankan kenyamanan anak f. Bernyanyi Bersama anak dengan lagu-lagu yang disukai <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan orang tua berinteraksi dengan anaknya b. Ajarkan keterampilan berinteraksi
4	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin</p> <p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengisian kapiler >3 detik b. Akral terasa dingin c. Warna kulit pucat d. Turgor kulit menurun 	<p>Perfusi Perifer (L,02011)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 hari diharapkan Perfusi Perifer meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Warna kulit pucat menurun b. Kelemahan otot menurun c. Pengisian kapiler membaik d. Akral membaik e. Turgor kulit membaik 	<p>Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer b. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi (mis, orang tua) c. Monitor kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pencegahan infeksi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar

1	2	3	4
			<ul style="list-style-type: none"> b. Anjurkan perawatan kulit yang tepat (mis, melembabkan kulit kering pada kaki)
5	<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nafsu makan menurun <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal b. Bising usus c. Membran mukosa pucat 	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari diharapkan Status Nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Berat badan membaik c. Indeks massa tubuh (IMT) membaik d. Nafsu makan membaik e. Bising usus membaik 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien c. Monitor berat badan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ajarkan diet yang diprogramkan
6	<p>Gangguan Citra Tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh</p>	<p>Citra Tubuh (L.09067)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 hari diharapkan citra tubuh meningkat dengan kriteria hasil :</p>	<p>Promosi Citra Tubuh (I.0935)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi harapan citra tubuh yang berdasarkan tahap perkembangan

1	2	3	4
		a. Melihat bagian tubuh meningkat b. Verbalisasi perasaan negative tentang perubahan tubuh menurun c. Hubungan social membaik	b. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial Teraupetik a. Diskusikan perubahan fungsi tubuh b. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri c. Diskusikan persepsi 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 maupun kelompok
7	Risiko Infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh sekunder Faktor Risiko : a. Ketidakadekuatan pertahanan	Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2 hari diharapkan Tingkat Infeksi menurun dengan	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik

1	tubuh sekunder 2	kriteria hasil : 3	Teraupetik 4
	1. Penurunan Hemoglobin	<ul style="list-style-type: none"> a. Kebersihan badan meningkat b. Kadar sel darah putih membaik c. Nafsu makan membaik 	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien b. Pertahankan Teknik asertif pada pasien berisiko tinggi

4. Implementasi

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan yang sudah direncanakan dengan tujuan pasien terpenuhi secara optimal dalam rencana keperawatan. Tindakan keperawatan yang penulis rencanakan mencakup tindakan mandiri. (Sya'diyah, 2018).

5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. (Suarni & Apriyani, 2017).

Untuk mempermudah mengevaluasi/memantau perkembangan pasien digunakan komponen SOAP adalah sebagai berikut:

1. S : Data subjektif Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
2. O : Data objektif Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan
3. A : Analisa Merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan suatu masalah/diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif
4. P : Planning Perencanaan keperawatan yang dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, tindakan yang telah menunjukkan hasil yang memuaskan data tidak memerlukan tindakan pada umumnya dihentikan