

## Final Report of Nursing Care for Mrs. O with Autoimmune Hemolytic Anemia in Fresia 2 Room, Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung

Linda Nuraini<sup>1</sup> , Yulisetyaningrum<sup>2</sup>, Tri Suwanto<sup>3</sup>

<sup>1 2 3</sup> Department of Nursing, Universitas Muhammadiyah, Kudus, Indonesia

 [lindanuraini078@gmail.com](mailto:lindanuraini078@gmail.com)

### **Abstract**

*Anemia is one of the most common nutritional problems worldwide. This condition is characterized by hemoglobin levels in the blood that are below normal levels. Anemia is the second highest cause of disability in the world and places it as a serious problem for global public health. In conditions where hemoglobin levels are insufficient to meet the physiological needs of the body [1]. Based on research, the prevalence of Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA) reaches 17 cases per 100,000 people each year, with a mortality rate of around 11%. A study conducted between 1980 and 2016 recorded the incidence of AIHA at 1.77 cases per 100,000 people per year in Denmark. This disease is generally more common in those over 40 years of age, although there is still a possibility of it occurring in children at an early age [2]. To be able to apply nursing care to Mrs. O with Autoimmune Hemolytic Anemia in the Fresia 2 Room, Dr. Hasan Sadikin General Hospital, Bandung. Method: Case study method, interviews, observations, assessments, physical examinations, planning, implementation, and evaluation. In this case, 2 nursing diagnoses emerged, namely Acute Pain and Activity Intolerance, After Nursing Care was carried out according to the intervention properly and some problems had not been fully resolved. In carrying out this nursing care, good cooperation with the patient and the medical team is needed for the success of nursing care.*

**Keywords:** Autoimmune Hemolytic Anemia 1; Nursing Care 2;

## Laporan Tugas Akhir Asuhan Keperawatan Pada Ny. O Dengan Anemia Hemolitik Autoimun Di Ruang Fresia 2 Rsup Dr Hasan Sadikin Bandung

### **Abstrak**

Anemia adalah salah satu masalah gizi yang paling umum terjadi di seluruh dunia. Kondisi ini ditandai dengan kadar hemoglobin dalam darah yang berada di bawah tingkat normal. Anemia menjadi penyebab kecacatan kedua tertinggi di dunia dan menempatkannya sebagai masalah serius bagi kesehatan masyarakat global. Dalam kondisi di mana kadar hemoglobin tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh [1]. Berdasarkan penelitian, prevalensi Anemia Hemolitik Autoimun (AIHA) mencapai 17 kasus per 100.000 orang setiap tahunnya, dengan angka kematian sekitar 11%. Sebuah studi yang dilakukan antara tahun 1980 hingga 2016 mencatat insiden AIHA adalah 1,77 kasus per 100.000 orang per tahun di Denmark. Penyakit ini umumnya lebih sering terjadi pada usia di atas 40 tahun, meskipun tetap ada kemungkinan terjadinya pada anak-anak di usia dini [2]. Mampu menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. O dengan Anemia Hemolitik Autoimun di Ruang Fresia 2 RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung. Metode Studi kasus, wawancara, observasi, pengkajian, pemeriksaan fisik, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Hasil: Pada kasus ini didapatkan 2 diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Nyeri akut dan Intoleransi aktivitas, Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan sesuai intervensi dengan baik dan sebagian masalah belum teratasi



sepenuhnya. Dalam melakukan asuhan keperawatan ini kerja sama yang baik dengan pasien dan tim medis diperlukan untuk keberhasilan asuhan keperawatan.

**Kata kunci:** Anemia Hemolitik Autoimun 1; Asuhan Keperawatan 2;

## 1. Pendahuluan

Anemia adalah salah satu masalah gizi yang paling umum terjadi di seluruh dunia. Kondisi ini ditandai dengan kadar hemoglobin dalam darah yang berada di bawah tingkat normal, sehingga mengakibatkan penurunan kemampuan darah untuk mengangkut oksigen [1]. Menurut kriteria yang ditetapkan oleh WHO dan National Cancer Institute, anemia pada pria didefinisikan sebagai kadar hemoglobin di bawah 14 g%, sementara pada wanita adalah di bawah 12 g%. Kriteria ini digunakan untuk mengevaluasi anemia pada pasien yang menderita kanker [1].

Anemia menjadi penyebab kecacatan kedua tertinggi di dunia dan menempatkannya sebagai masalah serius bagi kesehatan masyarakat global. Dalam kondisi di mana kadar hemoglobin tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh, kondisi ini dikenal sebagai anemia [1].

Berdasarkan penelitian, prevalensi Anemia Hemolitik Autoimun (AIHA) mencapai 17 kasus per 100.000 orang setiap tahunnya, dengan angka kematian sekitar 11%. Sebuah studi yang dilakukan antara tahun 1980 hingga 2016 mencatat insiden AIHA adalah 1,77 kasus per 100.000 orang per tahun di Denmark. Penyakit ini umumnya lebih sering terjadi pada usia di atas 40 tahun, meskipun tetap ada kemungkinan terjadinya pada anak-anak di usia dini [2]. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) yang dilakukan pada tahun 2013 mencatat bahwa insiden anemia di Indonesia mencapai 21,7%. Dari semua kasus anemia, sekitar 5% di antaranya merupakan anemia hemolitik. Angka insiden Anemia Hemolitik Autoimun (AIHA) berkisar antara 1 hingga 3 kasus per 100.000 orang setiap tahunnya, dengan prevalensi sebesar 17 kasus per 100.000 orang per tahun [3]. Angka kematian untuk kondisi AIHA ini bervariasi antara 20% hingga 50%, tergantung pada penyakit yang mendasari munculnya gangguan tersebut [2].

AIHA adalah salah satu penyebab potensial anemia normositik normokrom yang dapat diobati. Meskipun telah dikenal sejak lama, AIHA merupakan kondisi yang cukup langka, dengan perkiraan insiden sekitar 1 kasus per 100.000 penduduk dalam populasi umum setiap tahunnya. Di sebuah rumah sakit, biasanya hanya ditemukan 5 hingga 6 kasus baru AIHA dalam setahun. Namun, di pusat rujukan besar, angka tersebut bisa meningkat menjadi 15 hingga 30 kasus baru setiap tahunnya [4].

Pada anemia hemolitik autoimun (AIHA), proses hemolisis sebagian besar terjadi di luar pembuluh darah, terutama di limpa. Proses ini umumnya melibatkan autoantibodi IgG yang berikatan dengan protein permukaan sel darah merah. Namun, dapat juga melibatkan autoantibodi IgM yang bereaksi terhadap polisakarida pada sel darah merah. AIHA dibedakan menjadi beberapa tipe, yaitu tipe hangat, tipe dingin, dan paroxysmal cold hemoglobinuria. Dari segi penyebab, AIHA dibagi menjadi dua kategori: primer, yang bersifat idiopatik, dan sekunder, yang disebabkan oleh penyakit autoimun sistemik, keganasan, serta reaksi terhadap obat-obatan [5].

Berdasarkan penelitian, sekitar 66% penderita Anemia Hemolitik Autoimun (AIHA) adalah perempuan. Gejala klinis yang umum muncul meliputi anemia, kulit yang tampak pucat, dan konjungtiva yang anemis. Pada kasus anemia hemolitik, kondisi ini juga dapat disertai dengan ikterik serta pembesaran beberapa organ, seperti limpa dan hepar, yang berkaitan dengan sistem reticuloendotelial [6].

Keterlambatan dalam mendeteksi anemia dapat meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas, karena anemia sering kali merupakan kondisi mendasar yang memerlukan perhatian dan perawatan medis. Penyebab anemia dapat dibedakan menjadi dua kategori: didapat dan turunan. Anemia yang didapat meliputi anemia defisiensi besi, anemia hemolitik didapat, serta kehilangan darah akut, dan sebagainya. Sementara itu, anemia herediter biasanya terkait dengan kondisi seperti talasemia, hemoglobinopati, dan anemia hemolitik herediter [1].

Pasien yang menderita Anemia Hemolitik Autoimun (AIHA) sering kali mengalami berbagai komplikasi, termasuk kelelahan yang parah, gangguan jantung, dan bahkan kematian. Beberapa jenis anemia turunan, seperti anemia sel sabit, dapat menimbulkan komplikasi yang berpotensi mengancam jiwa. Hal ini disebabkan oleh kehilangan darah yang signifikan, yang dapat dengan cepat mengarah pada anemia akut dan berat. Penelitian ini bertujuan untuk membahas pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan AIHA di RSUP Dr. Sardjito pada 6-8 Mei 2019 [7].

Berdasarkan analisis data hasil pengkajian yang dilakukan oleh Utomo et al, berikut adalah diagnosa yang diurutkan berdasarkan prioritas yaitu, Intoleransi aktivitas, Nyeri akut yang terkait dengan agen cedera biologis (anemia), Ansietas yang dipicu oleh ancaman terhadap status kesehatan, Risiko infeksi, yang ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin (Hb). Diagnosa ini mencerminkan berbagai tantangan kesehatan yang perlu diperhatikan dalam perawatan pasien [7]. Perawat diharapkan dapat melibatkan pasien dan keluarga dalam setiap pelaksanaan intervensi yang direncanakan untuk meningkatkan tingkat kesehatan klien, khususnya bagi pasien dengan AIHA. Hal ini penting untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari mereka dan mencegah terjadinya cedera [7].

Berdasarkan dari hasil pengkajian penulis yang dilakukan dengan cara wawancara kepada pasien Anemia Hemolitik Autoimun Di ruang Fresia 2 didapatkan bahwa pasien mengeluh mudah lelah, bengkak pada kedua kaki dan mengeluh nyeri pada kaki. Oleh sebab itu, tindakan yang harus dilakukan dalam penanganan Penyakit Anemia Hemolitik Autoimun adalah dengan manajemen nyeri dan memonitor kelelahan fisik. Selain itu memberikan latihan gerak rentang pasif dan aktif bertujuan untuk mencegah kekakuan sendi dan melancarkan sirkulasi darah karena pasien teradi pembengkakan. Melakukan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makan dan pemberian terapi farmakologi dengan memberikan analgetik bertujuan untuk mengurangi rasa nyeri pada pasien.

Penulis tertarik untuk mendalami kasus di ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung karena angka kejadian Penyakit Anemia Hemolitik Autoimun pada saat melakukan studi kasus tanggal 22-27 Oktober 2024 adalah tercatat 1 pasien di ruang Fresia 2 RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung. Kasus ini merupakan salah satu penyakit darah yang kompleks, di mana sistem imun justru menyerang sel darah merah yang sehat. Ketertarikan penulis pada kasus ini muncul karena adanya interaksi dinamis antara sistem imun dan darah, yang memerlukan penanganan yang cermat dan tepat. RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, sebagai rumah sakit rujukan utama, menawarkan fasilitas medis yang lengkap serta tenaga ahli yang berpengalaman di bidangnya. Hal ini memberikan kesempatan bagi penulis untuk memperoleh pemahaman yang mendalam dan pengalaman klinis yang berharga dalam menangani berbagai kasus medis yang menantang. Selain itu, keberagaman pasien yang berasal dari berbagai daerah juga memberikan peluang belajar tentang variasi kasus dan berbagai pendekatan dalam penanganan Anemia Hemolitik Autoimun.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik melakukan Asuhan Keperawatan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ny.O Dengan Anemia Hemolitik Autoimun di Ruang Fresia 2 RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung”.

## 2. Literatur Review

Anemia hemolitik autoimun, yang juga dikenal sebagai Autoimmune Hemolytic Anemia (AIHA), merupakan jenis anemia di mana tubuh memproduksi antibodi yang menyerang sel darah merah, sehingga mengakibatkan kerusakan pada sel-sel tersebut. Anemia ini merupakan gangguan imunologis yang ditandai oleh produksi antibodi oleh sistem kekebalan tubuh yang menghancurkan eritrosit, menyebabkan proses hemolisis dan membuat umur eritrosit menjadi lebih pendek dari biasanya, yakni kurang dari 100 hari [1].

Penyebab anemia hemolitik autoimun (AIHA) masih belum sepenuhnya dipahami. Penyakit ini dapat berasal dari dua kategori, yaitu primer yang bersifat idiopatik (tanpa penyebab yang jelas) dan sekunder yang terjadi akibat kondisi medis lainnya. Dari seluruh kasus AIHA yang tidak dipilih secara khusus, lebih dari 60% di antaranya merupakan AIHA primer [8]. AIHA sekunder dapat disebabkan oleh banyak penyakit lain. AIHA terbagi menjadi dua tipe utama: AIHA hangat dan AIHA dingin [9]. AIHA hangat terjadi akibat pengikatan antibodi IgG pada sel darah merah, yang memicu proses fagositosis atau penghancuran oleh sistem retikuloendotelial. Sedangkan, AIHA dingin disebabkan oleh pengikatan antibodi IgM pada membran sel darah merah, yang mengaktifkan sistem komplemen dan mengarah pada hemolisis intravaskular atau fagositosis di ruang ekstrasvaskular.

Beberapa tanda dan gejala yang muncul akibat AIHA antara lain pusing, kelelahan, ikterus (kuning), dispnea (sesak napas), urin berwarna gelap, serta tanda-tanda infeksi lainnya. Sedangkan pada pemeriksaan laboratorium, biasanya ditemukan perubahan kadar hemoglobin, jumlah sel darah merah, serta fluktuasi kadar feritin dan parameter lainnya [9].

AIHA terjadi terutama disebabkan oleh antibodi IgG dan IgM, meskipun dalam kasus yang jarang, antibodi IgA juga dapat berkontribusi. Selain itu, aktivasi komplemen dapat diamati pada semua pasien dengan CAS/CAD dan sebagian besar pasien dengan PCH. Patofisiologi dari kondisi ini bervariasi tergantung pada komponen individu yang terlibat. IgG memiliki kemampuan terbatas untuk mengaktifkan komplemen namun memiliki afinitas tinggi terhadap reseptor Fc $\gamma$  (Fc $\gamma$ R) yang terdapat pada sel fagosit. AIHA yang melibatkan IgG dapat dikenali melalui proses fagositosis sel darah merah. Sebaliknya, IgM dapat mengaktifkan komplemen dengan kuat melalui jalur komplemen konvensional. Oleh karena itu, AIHA yang ditandai dengan IgM biasanya menyebabkan penghancuran sel darah merah melalui mekanisme yang melibatkan sistem komplemen. Meskipun makrofag monosit (M $\Phi$ ) memiliki reseptor untuk IgM monomerik, masih lebih umum bahwa fagositosis sel darah merah yang dimediasi IgG yang terjadi, sedangkan antibodi IgM pentamerik lebih mungkin untuk menginduksi fagositosis yang dipicu oleh aktivasi komplemen [10].

Hal ini terjadi karena adanya reseptor pada sel fagosit yang khusus mengikat protein komplemen C3b dan C4b, yang dapat dideteksi melalui uji DAT dengan reagen anti-komplemen, terutama anti-C3d. Dalam kasus AIHA campuran, baik IgG maupun C3d terdeteksi pada sel darah merah pasien. Ini disebabkan oleh aglutinin dingin IgM yang menggumpal, yang memiliki amplitudo termal hingga 37 °C, memungkinkan aktivasi komplemen dan antibodi IgG yang reaktif pada suhu 37 °C sehingga menyebabkan hasil IAT

yang positif. Pada PCH, antibodi IgG "reaktif dingin" akan mengikat sel darah merah pada suhu yang lebih rendah (di bawah 37 °C) dan dapat mengaktifkan komplemen saat suhu meningkat hingga 37 °C, meskipun sel darah merah pasien hanya menunjukkan komplemen residual (C3d) pada uji DAT. Penghapusan sel darah merah yang diopsonisasi oleh MΦ dilakukan melalui FcγR jika IgG telah diaktifkan, atau melalui reseptor C3b/C4b jika komplemen yang terlibat. Secara umum, pembuangan sel darah merah yang mengalami opsonisasi pada AIHA dengan antibodi IgG terjadi di limpa, sementara itu, IgG yang ditambah dengan komplemen atau hanya komplemen pada sel darah merah terjadi di hati, khususnya pada sel Kupffer. Dalam beberapa kasus langka, IgA dapat memicu AIHA [10].

Gejala AIHA bervariasi tergantung pada jenisnya. Gejala umum meliputi dispnea, kelelahan, sakit kepala, kelemahan otot, pucat, dan/atau penyakit kuning. Perkembangan akrosianosis dan fenomena Raynaud pada CAS/CAD dapat jarang berujung pada gangren. Sferosit sering kali dijumpai pada kasus wAIHA ketika terjadi fagositosis yang tidak memadai dari sel darah merah yang dilapisi antibodi oleh MΦ. Tanda-tanda biokimia hemolisis yang teridentifikasi dalam hemolisis yang dimediasi imun mencakup penurunan kadar hemoglobin, peningkatan dehidrogenase laktat (LDH), penurunan haptoglobin, dan peningkatan bilirubin tak terkonjugasi. Selain itu, retikulositosis kompensasi bisa terjadi pada individu dengan cadangan sumsum tulang yang tidak tertekan dan mampu merespons umpan balik. Beberapa kasus AIHA mungkin disertai dengan retikulositopenia, dan kombinasi dari produksi rendah dan penghancuran sel dapat menyebabkan anemia berat yang berpotensi mengancam jiwa [10].

Tatalaksana farmakologis dapat dilakukan untuk mengatasi gejala yang dialami pasien. Terapi lini pertama dimulai dengan pemberian glukokortikoid, biasanya dalam bentuk prednison atau prednisolon secara oral. Dosis yang digunakan berkisar antara 1-2 mg/kg/hari atau 2-6 mg/kg/hari untuk prednison, dan sebaiknya dibagi dalam waktu 8-12 jam. Setelah kadar hemoglobin kembali normal, pengurangan dosis steroid harus dilakukan secara bertahap selama sekitar 6 bulan [3].

Transfusi darah sering kali diperlukan untuk mengatasi anemia berat yang berisiko mengancam jiwa, terutama pada kondisi retikulositopenia. Jika respons terhadap pengobatan steroid dalam keadaan akut tidak memuaskan, pengobatan tambahan lini pertama seperti ivIg (1 g/kg/hari selama 2 hari) dapat dipertimbangkan. Pada kasus yang refrakter, di mana kadar hemoglobin belum stabil di atas 100 g/L setelah 3-4 minggu pengobatan, pilihan terapi lini kedua meliputi penggunaan rituximab (antibodi anti-CD20), splenektomi, dan agen immunosupresif. Splenektomi umumnya dipertimbangkan sebagai langkah terakhir pada kasus AIHA, mengingat prosedur ini dapat meningkatkan status imunokompromais pasien [3].

Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk menentukan penyebab penyakit. Setelah konfirmasi adanya hemolisis yang ditunjukkan oleh penanda laboratorium, seperti kadar hemoglobin yang rendah, LDH yang tinggi, kadar haptoglobin yang menurun, dan peningkatan bilirubin tak terkonjugasi, langkah selanjutnya adalah melakukan tes antiglobulin langsung (DAT), yang juga dikenal sebagai tes Coombs. Tes ini bertujuan untuk mengidentifikasi adanya patogenesis autoimun, yang dapat melibatkan antibodi, komplemen, atau kombinasi keduanya pada permukaan eritrosit. Setelah itu, dilakukan DAT monospecific untuk mengidentifikasi jenis antibodi dan komplemen yang spesifik terikat pada permukaan eritrosit. Pada kasus penyakit aglutinasi dingin, DAT monospecific umumnya menunjukkan hasil positif untuk molekul komplemen C3d, meskipun IgM mungkin menunjukkan hasil negatif karena molekul ini bisa terlepas selama pengujian.



Diagnosis penyakit aglutinasi dingin dapat dipastikan dengan peningkatan titer aglutinasi dingin [8].

### 3. Metode

Karya tulis ilmiah ini bertujuan untuk menerapkan proses asuhan keperawatan secara langsung kepada klien dengan kondisi medis tertentu. Kasus yang diteliti diambil dari Ruang Fresia 2, RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, pada hari Selasa, 22-24 Oktober 2024.

Subjek asuhan keperawatan ini adalah seorang pasien dengan diagnosis Anemia Hemolitik Autoimun, yang akan disebut sebagai Ny. O. Pengambilan sampel dilakukan dengan metode convenience sampling, yaitu pemilihan sampel berdasarkan kemudahan akses bagi peneliti. Metode ini dipilih karena sesuai dengan kondisi praktik klinik, yang sering kali memiliki keterbatasan waktu dan akses terhadap pasien.

Dalam pengumpulan data, penulis menggunakan beragam teknik untuk mendapatkan informasi secara komprehensif mengenai kondisi klien. Pertama, wawancara dilakukan dengan klien, keluarganya, serta tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan, untuk menggali data subjektif terkait keluhan, riwayat penyakit, dan harapan klien terhadap perawatan yang diberikan.

Selanjutnya, penulis juga melaksanakan observasi partisipatif dengan mengamati langsung kondisi dan respons klien di ruang perawatan. Observasi ini bertujuan untuk menilai efektivitas intervensi keperawatan yang telah diterapkan.

Data juga diperoleh melalui pemeriksaan fisik yang meliputi empat teknik utama: inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Tujuan pemeriksaan ini adalah untuk mengidentifikasi tanda-tanda klinis yang mendukung diagnosis keperawatan. Tiga pendekatan dalam pengkajian fisik diterapkan, yakni pengkajian dari kepala hingga kaki, pengkajian sistem tubuh, dan pendekatan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik klien.

Dokumentasi medis dijadikan sebagai sumber data tambahan, dengan memeriksa catatan perawatan dan informasi medis lain yang terdapat dalam buku status klien. Informasi ini sangat berarti dalam menguatkan bukti terkait masalah keperawatan yang diidentifikasi.

Selain pendekatan langsung kepada klien, penulis juga melakukan studi pustaka dengan merujuk pada berbagai sumber literatur dan buku ajar keperawatan yang relevan, khususnya yang membahas tentang Anemia Hemolitik Autoimun. Studi ini penting untuk memastikan teori yang digunakan dalam asuhan keperawatan sejalan dengan pedoman praktik berbasis bukti.

## 4. Hasil dan Pembahasan

### 4.1. Pengkajian

Ny. O, seorang perempuan berusia 45 tahun yang beragama Islam, bekerja sebagai staf di MRT dan tinggal di Sukabumi, Bandung, mengunjungi RSUP Hasan Sadikin Bandung pada tanggal 15 Oktober 2024 dengan keluhan utama nyeri pada kedua kakinya. Ia telah menikah dan tinggal bersama suaminya, Tn. G, yang berusia 34 tahun dan bekerja di sektor swasta. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 22 Oktober 2024, Ny. O didiagnosis dengan Anemia Hemolitik Autoimun.

Pada hari Selasa, 22 Oktober 2024, pukul 14.00 WIB, dilakukan pengkajian kepada seorang pasien yang mengeluhkan nyeri di kedua kakinya. Pasien menggambarkan nyeri tersebut sebagai berat dan terlokalisasi di kaki, yang dipicu oleh gangguan koagulasi akibat



anemia hemolitik autoimun. Nyeri tersebut dinilai dengan skala 6 dari 10, bersifat hilang timbul, dan cenderung memburuk saat bergerak. Selain itu, pasien juga menyatakan kesulitan tidur akibat rasa nyeri yang dialaminya. Secara objektif, pasien tampak meringis dan bergerak dengan hati-hati, disertai pembengkakan pada kedua kakinya. Masalah keperawatan yang teridentifikasi adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri.

Lima menit setelah pengkajian awal, dilakukan pengkajian lanjutan yang menunjukkan bahwa pasien mengalami keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien mengaku cepat merasa lelah dan tidak nyaman, terutama disebabkan oleh pembengkakan pada kedua kakinya yang mengganggu mobilitasnya. Tanda-tanda vital menunjukkan kondisi yang stabil (tekanan darah 120/66 mmHg, nadi 84 kali per menit, frekuensi pernapasan 20 kali per menit, suhu 36,8°C, SpO<sub>2</sub> 97%), namun secara fisik pasien terlihat kesulitan bergerak dan cepat lelah meskipun hanya melakukan aktivitas ringan. Berdasarkan data tersebut, masalah keperawatan yang teridentifikasi adalah intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah saat digunakan untuk aktivitas atau gerak.

#### **4.2. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang dilakukan terhadap Ny. O, ditemukan dua diagnosa keperawatan utama yang sangat relevan dengan kondisi pasien saat ini.

Diagnosa pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri [11]. Dalam hal ini adalah kondisi Anemia Hemolitik Autoimun yang dialami pasien. Pasien mengeluhkan nyeri di kedua kakinya dengan karakteristik sedang, yang muncul saat digerakkan dan bersifat hilang timbul, dengan tingkat nyeri mencapai 6 pada skala 0-10. Kondisi ini menyebabkan pasien merasa tidak nyaman, mengganggu kualitas istirahat, serta aktivitas sehari-hari. Proses inflamasi dan gangguan sirkulasi darah pada jaringan perifer menjadi faktor utama penyebab nyeri yang dialami.

Diagnosa kedua adalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah saat digunakan untuk aktivitas atau gerak [11]. Pembengkakan pada kedua kaki, disertai kelemahan otot yang terlihat dari penilaian kekuatan 3/3 pada ekstremitas bawah, membatasi kemampuan mobilisasi pasien secara mandiri. Hal ini mengakibatkan ketergantungan pada bantuan orang lain untuk kebutuhan perawatan diri, berpakaian, dan bahkan bergerak di tempat tidur. Kondisi fisik yang lemah semakin diperburuk oleh rendahnya kadar hemoglobin, yang turut berkontribusi pada keterbatasan aktivitas.

Kedua diagnosa ini menunjukkan bahwa fokus utama dari intervensi keperawatan saat ini adalah mengelola nyeri serta meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas secara bertahap, dengan tetap memperhatikan kondisi fisik dan keterbatasan energi yang dimiliki. Pendekatan holistik dan kolaboratif dengan tim medis serta keluarga sangat penting untuk mendukung pemulihan fungsi dan meningkatkan kualitas hidup pasien secara menyeluruh.

#### **4.3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi perawatan terhadap Ny. O dimulai pada hari Selasa, 22 Oktober 2024, pukul 14.00. Fokus utama dari intervensi ini adalah pada dua diagnosis keperawatan, yaitu nyeri akut dan intoleransi aktivitas. Rencana intervensi ini dirancang untuk dilaksanakan selama 3 x 24 jam dengan tujuan spesifik dan kriteria hasil yang dapat diukur.



Untuk menangani masalah nyeri akut, intervensi ini bertujuan untuk meredakan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien [12]. Target yang ingin dicapai adalah penurunan intensitas nyeri dari skala 6 menjadi antara 0 hingga 3, pengurangan sikap protektif seperti menarik kaki saat nyeri, berkurangnya rasa gelisah, serta peningkatan kualitas tidur. Rencana tindakan yang dilakukan adalah manajemen nyeri [13]. Yaitu mencakup observasi menyeluruh terhadap nyeri—termasuk lokasi, karakteristik, durasi, dan intensitas. Dalam pendekatan terapeutik, perawat menerapkan teknik nonfarmakologis, seperti distraksi, teknik relaksasi napas dalam, dan pengaturan posisi yang nyaman bagi pasien. Pengawasan terhadap lingkungan juga menjadi bagian penting dari intervensi ini, dengan memastikan pencahayaan yang cukup, suhu ruangan yang nyaman, dan meminimalkan kebisingan yang dapat memperburuk rasa nyeri. Edukasi kepada pasien mengenai penyebab dan pemicu nyeri, serta strategi untuk menguranginya, baik dengan pendekatan farmakologis maupun nonfarmakologis, juga menjadi fokus perhatian. Selain itu, kolaborasi dengan tim medis dilakukan untuk pemberian analgesik sesuai kebutuhan.

Sementara itu, untuk diagnosis intoleransi aktivitas dengan harapan toleransi aktivitas membaik [12]. Dengan harapan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas secara bertahap serta mengurangi keluhan kelelahan dan sesak napas selama dan setelah beraktivitas. Rencana keperawatan yang akan dilakukan adalah manajemen energi [13]. Tahap pertama yaitu observasi, memantau kondisi fisik pasien yang berpotensi menimbulkan kelelahan, seperti adanya anemia berat, pembengkakan kaki, dan kelemahan otot. Perawat juga memantau kondisi emosional pasien, pola tidur, serta ketidaknyamanan yang mungkin timbul saat beraktivitas. Dalam aspek terapeutik, lingkungan nyaman disediakan agar pasien dapat beristirahat dengan baik. Latihan rentang gerak, baik pasif maupun aktif, dilakukan sesuai dengan kemampuan pasien. Jika pasien belum mampu berpindah, perawat akan membantu pasien duduk di sisi tempat tidur sebagai langkah awal untuk mobilisasi ringan. Edukasi juga diberikan untuk mendorong pasien agar melakukan aktivitas secara bertahap, sesuai dengan tingkat energi dan kemampuan fisik yang dimiliki. Selain itu, kolaborasi dengan ahli gizi dilakukan untuk memastikan kebutuhan nutrisi tercukupi, mendukung pemulihan energi dan kekuatan tubuh.

Dengan pendekatan intervensi yang terstruktur ini, diharapkan nyeri yang dirasakan pasien serta keterbatasan aktivitas akibat kelemahan fisik dapat ditangani secara efektif. Hal ini diharapkan dapat meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien selama masa perawatan.

#### **4.4. Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah proses pelaksanaan atau perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Proses ini dilakukan baik secara mandiri maupun melalui kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Sebelum melaksanakan implementasi, penting untuk meninjau kembali kondisi dan kebutuhan pasien dengan mempertimbangkan diagnosa keperawatan yang ada. Tindakan keperawatan yang telah direncanakan tidak selalu dapat dilakukan sepenuhnya oleh penulis, oleh karena itu penulis bekerja sama dengan perawat ruangan, serta mengacu pada catatan perkembangan pasien dan catatan dari dokter. Pelaksanaan implementasi ini dilaksanakan selama 3 x 24 jam. Implementasi keperawatan untuk pasien Ny. O dilaksanakan dari tanggal 22 Oktober 2024 hingga 24 Oktober 2024.

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri

Tindakan keperawatan yang sudah dilakukan selama 3 hari pada pasien Ny. O terkait dengan diagnosa keperawatan nyeri akut mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,



durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti relaksasi napas dalam, mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri, dan kolaborasi pemberian analgetik berupa ketorolac.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah saat digunakan untuk aktivitas atau gerak

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari pada pasien Ny. O untuk diagnosa kedua terkait dengan manajemen energi karena pasien mengeluh mudah lelah dan kesulitan dalam melakukan aktivitas. Tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, memonitor kelelahan fisik dan emosional, memonitor pola dan jam tidur, memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan), melakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif, memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap, Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

#### **4.5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi dalam asuhan keperawatan merupakan tahap terakhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai sejauh mana tujuan dan rencana tindakan keperawatan telah tercapai. Pada fase ini, perawat melakukan perbandingan antara hasil yang diperoleh dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Selain itu, perawat juga mengevaluasi respons pasien terhadap intervensi keperawatan yang diberikan dan menentukan langkah selanjutnya, apakah rencana asuhan perlu dilanjutkan, dimodifikasi, atau dihentikan. Pada pasien Ny. O terkait dengan evaluasi keperawatan selama 3 hari didapatkan hasil:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri

Evaluasi keperawatan pada diagnosa yang pertama selama 3 hari dan hasilnya pasien masih mengeluh nyeri dengan skala 3 yang awalnya berskala 6 dari 0-10. Pasien masih tampak sesak napas pada saat berpindah tempat dari bad ke kursi roda, pasien juga masih tampak meringis menahan sakit. Maka dari itu masalah keperawatan nyeri akut belum terasi. Maka tetap melanjutkan intervensi dengan kolaborasi pemberian obat ketorolac.

2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien mengatakan mudah lelah saat digunakan untuk aktivitas atau gerak

Untuk evaluasi keperawatan pada diagnosa ini dan dilakukan selama 3 hari dengan hasil bahwa pasien mengatakan masih belum mampu untuk berjalan atau beraktivitas secara mandiri dan terasa sesak napas setelah melakukan aktivitas. Pasien juga masih tampak kesusahan atau belum mampu untuk berpindah dari tempat tidur ke kursi roda. Maka masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi. Intervensi dihentikan karena pasien pulang, maka dari itu intervensi untuk melakukan aktivitas secara bertahap dilakukan di rumah.

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny. O, terdapat keterbatasan dalam penelitian yang mempengaruhi efektivitas intervensi dan penilaian keperawatan. Waktu yang terbatas untuk melaksanakan intervensi selama 3 x 24 jam menjadi penghambat utama dalam pemantauan secara jangka panjang, terutama terkait dengan masalah intoleransi aktivitas dan nyeri kronis yang memerlukan perawatan yang berkesinambungan. Selain itu, pasien diizinkan pulang sebelum permasalahan keperawatan

sepenuhnya terselesaikan, sehingga penilaian menyeluruh terhadap keberhasilan intervensi tidak dapat dilakukan di rumah sakit.

## 5. Kesimpulan

Setelah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny. O yang mengalami Anemia Hemolitik Autoimun di Ruang Fresia 2 RSUP Dr. Didapatkan hasil berdasarkan analisis data, penulis dapat mengidentifikasi dua diagnosa keperawatan yang relevan dengan kondisi Ny. O, yaitu nyeri akut yang berhubungan dengan agen pecendera fisiologis ditandai dengan pasien mengeluh nyeri dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan imobilitas ditandai dengan pasien merasa cepat lelah saat digunakan untuk aktivitas atau bergerak.

Rencana intervensi keperawatan dirancang untuk menangani kedua masalah tersebut, dengan fokus utama pada manajemen nyeri dan manajemen energi. Tindakan yang diambil meliputi pengidentifikasian skala nyeri, teknik relaksasi pernapasan dalam, pemberian analgetik ketorolac secara kolaboratif, pemantauan lokasi dan tingkat ketidaknyamanan selama aktivitas, pemantauan pola tidur, melakukan aktivitas secara bertahap, serta latihan rentang gerak pasif dan aktif sesuai kemampuan pasien.

Evaluasi dilakukan setiap kali intervensi dilaksanakan dengan mengacu pada kriteria hasil yang telah ditetapkan. Dalam diagnosa nyeri akut, meskipun terjadi penurunan skala nyeri, masalah ini belum sepenuhnya teratasi, sehingga intervensi kolaboratif berupa pemberian obat perlu dilanjutkan di rumah setelah pasien pulang. Di sisi lain, pada diagnosa intoleransi aktivitas, pasien masih mengalami kesulitan untuk beraktivitas mandiri dan cepat lelah. Namun, mengingat pasien telah diperbolehkan pulang, intervensi lanjutan untuk masalah ini tidak dilakukan.

Disarankan agar penelitian serupa dilakukan dalam jangka waktu lebih panjang untuk memantau hasil intervensi secara menyeluruh. Penelitian ke depan juga perlu melibatkan aspek psikologis dan sosial pasien, serta menggunakan instrumen yang lebih spesifik untuk menilai nyeri dan aktivitas. Hal ini penting agar hasil penelitian lebih akurat dan dapat diterapkan dalam praktik keperawatan secara luas.

## Referensi

- [1] H. H. Luthfiyah, "Pemberian Diet Tinggi Energi Tinggi Protein dan Rendah Lemak pada Pasien Anemia Hemolitik Autoimun dengan Komplikasi," *J. Kesehat. Tambusai*, vol. 5, no. 3, pp. 6491–6507, 2024.
- [2] M. R. Hifzani Nurmuliani, Ayu Santia Dewi, "Autoimmune hemolytic anemia," *Vnitr. Lek.*, vol. 64, no. 5, pp. 514–519, 2023, doi: 10.36290/VNL.2018.072.
- [3] C. A. Wongso and I. Fahmi, "Autoimmune Hemolytic Anemia In Pediatric : A Case Report," *J. Ners*, vol. 8, no. 2, pp. 1479–1483, 2024, [Online]. Available: <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- [4] W. Rajabto, D. Atmakusuma, and S. Setiati, "Profil Pasien Anemia Hemolitik Auto Imun (AHAI) dan Respon Pengobatan Pasca Terapi Kortikosteroid di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo," *J. Penyakit Dalam Indones.*, vol. 3, no. 4, p. 206, 2017, doi: 10.7454/jpdi.v3i4.54.
- [5] B. Kurnia and T. T. Yonathan, "Anemia Hemolitik Autoimun pada Anak," *Cdk-280*, vol. 46, no. 11, pp. 662–664, 2019, [Online]. Available: [https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as\\_sdt=0%2C5&q=anemia+hemolitik+anak&oq=anemia+hemolitik+#d=gs\\_qabs&t=1683903704659&u=%23p%3DvNquPRKpnWAJ](https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=anemia+hemolitik+anak&oq=anemia+hemolitik+#d=gs_qabs&t=1683903704659&u=%23p%3DvNquPRKpnWAJ)
- [6] J. Setiawan and A. T. Rustamadji, "MANIFESTASI KLINIS DAN MANAJEMEN

AUTOIMMUNE ANEMIA HEMOLYTIC ( AIHA ): LAPORAN KASUS PADA PASIEN PEREMPUAN USIA 40 TAHUN,” vol. 9, pp. 175–178, 2025.

- [7] R. P. Utomo, A. N. Wulandari, Suyamto, and N. S. Khodriyati, “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Autoimmune Hemolytic Anemia (Aiha),” *Pros. Disem. Has. Penelit. Dosen Progr. Stud. Keperawatan dan Farm.*, vol. 2, pp. 51–57, 2020.
- [8] A. Mesh, “Autoimmune hemolytic anemia,” 2024.
- [9] L. U. Kultsum, “PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR PASIEN AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA ( AIHA ) PADA ANAK,” vol. 5, pp. 3228–3236, 2024.
- [10] M. Loriamini and C. Cserti-gazdewich, “Autoimmune Hemolytic Anemias : Classifications , Pathophysiology , Diagnoses and Management,” pp. 1–18, 2024.
- [11] T. P. S. D. PPNI, *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI, 2017.
- [12] T. P. S. D. PPNI, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI, 2018.
- [13] T. P. S. D. PPNI, *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI, 2018.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

---