

BAB II

TINJUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian

Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya hitung sel darah merah dan kadar *hemoglobin* dan *hematokrit* di bawah normal. *Anemia* bukan merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit atau gangguan fungsi tubuh. Secara fisiologis, *anemia* terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan. Terdapat berbagai macam *anemia*. Sebagian akibat produksi sel darah merah tidak mencukupi, dan sebagian lagi akibat sel darah merah prematur atau penghancuran sel darah merah yang berlebihan. Faktor penyebab lainnya meliputi kehilangan darah, kekurangan nutrisi, faktor keturunan, dan penyakit kronis. *Anemia* kekurangan besi adalah *anemia* yang terbanyak di seluruh dunia (Smeltzer & Brenda, 2002 : 935)

Anemia adalah istilah yang menunjukan rendahnya hitung sel darah merah dan kadar hematokrit dibawah normal. *Anemia* bukan merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan sesuatu penyakit (gangguan) fungsi tubuh. Secara fisiologi *anemia* terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan. *Anemia* tidak merupakan satu kesatuan tetapi merupakan akibat dari berbagai proses patologik yang mendasar (Wijaya & Putri, 2013 : 127)

Anemia secara fungsional didefinisikan sebagai penurunan jumlah masa eritrosit (*red cell mass*) sehingga tidak dapat memenuhi fungsinya untuk membawa oksigen dalam jumlah yang cukup ke jaringan perifer (Made bakta, 2017) .

2. Etiologi

Anemia hanyalah suatu kumpulan gejala yang disebabkan oleh bermacam penyebab. Pada dasarnya *anemia* disebabkan oleh karena :

- a. Gangguan pembentukan *eritrosit* oleh sumsum tulang
- b. Kehilangan darah keluar tubuh (*hemoragi*)
- c. Proses penghancuran *eritrosit* dalam tubuh sebelum waktunya (*hemolisis*)

(Made Bakta, 2017)

3. Patofisiologi

Anemia menurut (Smeltzer dan Brenda, 2002 : 935-936) Timbulnya *anemia* mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum (mis. Berkurangnya *eritropoesis*) dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik , inviasi tumor, atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau *hemolisis* (destruksi). Pada kasus yang disebut terakhir, masalahnya dapat akibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah normal atau akibat beberapa faktor di luar sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah.

Lisis sel darah merah (*disolusi* terjadi terutama dalam sel *fagositik* atau dalam sistem *retikuloendotelial*, terutama dalam hati dan limfa. Sebagai hasil samping proses ini, *bilirubin*, yang terbentuk dalam *fagosit*, akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan detruksi sel darah merah (*hemolisis*) segera direfleksikan dengan peningkatan *bilirubin plasma*. (Konsentrasi noornalnya 1 mg/dl atau kurang; kadar di atas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sklera.)

Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, seperti yang terjadi pada berbagai kelainan hemolitik, maka *hemoglobin* akan muncul dalam plasma (*hemoglobinemia*). Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas haptoglobin plasma (protein pengikat untuk *hemoglobin* bebas) untuk mengikat semuanya (mis. Apabila jumlahnya

lebih dari sekitar 100mg/dl), *hemoglobin* akan terdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin (*hemoglobinuria*). Jadi ada atau tidak adanya hemoglobinemia dan hemoglobinuria dapat memberikan informasi mengenai lokasi penghancuran sel darah merah abnormal pada pasien dengan hemolisis dan dapat merupakan petunjuk untuk mengetahui sifat proses hemolitik tersebut.

Proses perjalanan penyakit dan gejala yang timbul serta keluhan yang dirasakan dapat digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut :

4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala anemia adalah *hemoglobin* menurun (<10 gr/dl), *trombositosis/ trombositopenia, pansitopenia*, penurunan berat badan, kelemahan, takikardi, TD menurun, pengisian kapiler lambat, ekstermitas dingin, palpitasi, kulit pucat, mudah lelah, sering istirahat, nafas pendek, sakit kepala, pusing, kunang-kunang, dan peka rangsangan (Wijaya dan Putri, 2013)

Semakin cepat perkembangan *anemia*, semakin berat gejalanya. Pada orang yang normal penurunan *hemoglobin*, hitung darah merah, atau *hematokrit* tanpa gejala yang tampak atau ketidakmampuan yang jelas secara bertahap biasanya dapat ditoleransi sampai 50%, sedangkan kehilangan cepat sebanyak 30% dapat menyebabkan kolaps vaskuler pada individu yang sama. Individu yang telah mengalami anemia selama waktu yang cukup lama, dengan kadar *hemoglobin* antara 9 dan 11 mg/dl, hanya mengalami sedikit gejala atau tidak ada gejala sama ekali selain takikardi ringan saat latihan. Dispnea latihan biasanya terjadi hanya di bawah 7,5 g/dl ; kelemahan hanya terjadi di bawah 6 g/dl ; *dispnea* istirahat dibawah 3 g/dl; dan gagal jantung, hanya pada kadar sangat rendah 2 sampai 2,5 g/dl (Smeltzer dan Brenda, 2002: 936)

5. Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Wijaya & Putri, 2013 : 134) pemeriksaan penunjang pada pasien anemia :

Pemeriksaan Diagnostik

- a. Jumlah darah lengkap : *Hemoglobin* dan *Hematokrit* menurun
- b. Jumlah *trombosit* : menurun (*aplastik*), meningkat (DB)
- c. Hb *elektroforesis* : mengidentifikasi tipe struktur *hemoglobin*
- d. *Bilirubin serum* (tidak terkonjugasi)
- e. Masa perdarahan : memanjang (*aplastik*)
- f. Tes *schilling* : penurunan ekresi vit. B12 urin (AP)

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan *anemia* menurut (Smeltzer dan Brenda, 2002: 938

- 946) yang dapat dilakukan pada pasien *anemia* sebagai berikut :

a. *Anemia aplastik*

Seperti yang diharapkan pada keadaan yang mengenai sel *hematopoetik*, *anemia aplastik* mempunyai prognosis yang sangat buruk. Dua metode penanganan yang saat ini sering dilakukan :

- 1) *Transplantasi* sumsum tulang dilakukan untuk memberikan persediaan jaringan *hematopoesti* yang masih dapat berfungsi
- 2) Terapi *imunosupresif* dengan ATG diberikan untuk menghentikan fungsi imunologis yang memperpanjang aplasia sehingga memungkinkan sumsum tulang mengalami penyembuhan.

b. *Anemia defisiensi besi*

Berbagai preparat besi oral untuk penanganannya : *Sulfat ferosus*, *Glukonat ferosus*, *Fumarat ferosus*. Preparat yang paling murah dan paling efektif adalah sulfat ferosus. Tablet dengan salut enterik kurang bisa diabsorpsi dan harus dihindari. Secara umum, besi harus dilanjutkan selama satu tahun setelah sumber perdarahan dapat terkontrol. Sehingga cadangan besi dapat kembali terpenuhi.

c. *Anemia defisiensi asam folat*

Penanganan meliputi diet dan penambahan asam folat 1 mg per hari. Asam folat hanya diberikan intramuskuler pada pasien dengan gangguan absorpsi. Dengan perkecualian pada pemberian vitamin selama kehamilan, kebanyakan preparat vitamin tidak mengandung asam folat, sehingga harus diberikan dengan tablet terpisah.

d. *Anemia defisiensi vitamin B12*

Defisiensi vitamin B12 ditangani dengan pemberian vitamin B12. Vegetarian dapat dicegah atau ditangani dengan penambahan vitamin per oral atau melalui susu kedelai yang diperkaya. Apabila, defisiensi disebabkan oleh defek absorpsi atau tidak tersedianya faktor intrinsik, dapat diberikan vitamin B12 dengan injeksi IM.

e. *Anemia hemolitika* turunan

1) *Anemia* sel sabit

Memberikan obat hydroxyurea, obat ini meningkatkan produksi *hemoglobin fetal* (Hb F) pada pasien dengan penyakit sel sabit. Pentoxifyline, obat yang menurunkan kekentalan darah dan tahanan vaskuler perifer, memberikan harapan menurunkan lamanya krisis sel sabit. Bila bayi dengan penyakit sel sabit diimunisasi untuk melawan *hemophilus influenza* pada usia 2 bulan dan diberi pencegahan dengan penisilin, maka angka morbiditas dan mortalitasnya dapat diturunkan.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus dipenuhi secara memuaskan melalui proses *homeostatis*, baik fisiologis maupun psikologis. Adapun kebutuhan merupakan suatu hal yang sangat penting, bermanfaat, atau diperlukan untuk menjaga *homeostatis* dan kehidupan itu sendiri. Sekitar tahun 1950, Abraham Maslow seorang psikolog dari Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang lebih dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow (Wolf, Lu Verne, dkk, 1984). Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni :

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiologic Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam Hierarki Maslow. Umumnya, seseorang yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi akan lebih dulu memenuhi kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan yang lain. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak dipenuhi manusia untuk bertahan hidup. Manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu : Kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urine dan alvi, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh, kebutuhan seksual. Kebutuhan seksual tidak diperlukan untuk menjaga kelangsungan hidup seseorang, tetapi penting untuk mempertahankan hidup manusia.

2. **Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*)**
Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik psikologis, maupun fisiologis. Kebutuhan ini meliputi : Kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.
3. **Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)** kebutuhan ini meliputi : Memberi dan menerima kasih sayang , perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain ,kehangatan, persahabatan, pendapat tempat atau diakui keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.
4. **Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)**
Kebutuhan ini meliputi : Perasaan tidak bergantung pada orang lain , kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.
5. **Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Need for Self Actualization*)**
Kebutuhan ini meliputi : Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengenal dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif mempunyai kepercayaan diri yang tinggi, dan sebagainya.

Konsep hirarki diatas menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah, dan kebutuhannya pun terus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis. Dalam konteks homeostatis, suatu persoalan atau masalah dapat dirumuskan sebagai hal yang menghalangi terpenuhinya kebutuhan, dan kondisi tersebut lebih lanjut dapat mengancam *homeostatis* fisiologis maupun psikologis seseorang. Karenanya, dengan memahami konsep kebutuhan dasar manusia Maslow, akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke tingkat kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar dibawahnya harus terpenuhi lebih dulu. Artinya,

terdapat suatu jenjang kebutuhan yang “lebih penting” yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan yang lainnya dipenuhi (Mubarak & Chayatin, 2008 : 3)

Pada konsep darah dijelaskan bahwa darah adalah suatu jaringan tubuh yang terdapat dalam pembuluh darah yang berwarna merah. Warna merah itu keadaannya tidak tetap tergantung pada banyaknya oksigen dan karbondioksida di dalamnya. Darah memiliki fungsi seperti, sebagai alat pengukur oksigen, sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan racun pada tubuh dan sebagai regulasi untuk mempertahankan PH dan konsentrasi elektrolit, dalam pembentukan darah memerlukan bahan – bahan seperti vitamin B12, asam folat, zat besi, *cobalt*, *magnesium*, tembaga (Cu), senk (Zn), asam amino, vitamin C dan B kompleks. Kekurangan salah satu unsur atau bahan pembentuk sel darah merah mengakibatkan penurunan produksi atau *Anemia* (Wijaya & Putri, 2013)

Pada gangguan oksigen dan pertukaran gas, *anemia* akan kekurangan oksigen yang menimbulkan dampak yang bermakna, salah satunya adalah penderita akan mengalami dyspnea (sesak nafas), gangguan oksigenasi, perubahan nutrisi, sukar tidur, istirahat tidak nyaman, pusing, mudah lelah (Mubarak & Chayatin : 159). Karena adanya gangguan kebutuhan oksigen dan pertukaran gas menyebabkan kurangnya suplai oksigen ke bagian-bagian tubuh sehingga mempengaruhi mobilisasi pasien yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan fisiologinya yaitu kebutuhan aktivitas.

C. Konsep Proses Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan perawatan tidak terlepas dari pendekatan dengan proses keperawatan. Proses keperawatan yaitu suatu proses pemecahan masalah yang dinamis dalam usaha untuk memperbaiki dan melihat pasien sampai ke taraf optimum melalui suatu pendekatan yang sistematis untuk mengenal, membantu memenuhi kebutuhan sehari-hari dengan melalui langkah-langkah yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi keperawatan yang berkesinambungan (Wijaya & Putri, 2013 : 137) berikut

tinjauan teoritis tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *anemia* :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dan berbagai sumber untuk mengevaluasi dan memodifikasi status kesehatan klien. Pengumpulan data bisa dilakukan dengan berbagai cara yaitu seperti wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik, dll (Suarni & Apriyani, 2017).

a. Identitas klien dan keluarga

b. Keluhan utama

Biasanya klien datang ke rumah sakit dengan keluhan pucat, kelelahan, kelemahan, pusing.

c. Riwayat kesehatan dahulu

1) Adanya menderita penyakit anemia sebelumnya

2) Adanya riwayat trauma dan perdarahan

3) Adanya riwayat demam tinggi

4) Adanya riwayat keganasan penyakit infeksi kronik

d. Keadaan saat ini

Klien pucat, kelemahan, sesak napas, sampai adanya gejala gelisah, diaphoresis, takikardia, dan penurunan kesadaran.

e. Riwayat keluarga

Riwayat *anemia* dalam keluarga dan riwayat penyakit-penyakit seperti : kanker, jantung, hepatitis, DM, asma, penyakit-penyakit infeksi saluran pernapasan.

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Keadaan tampak lemah sampai sakit berat

2) Kesadaran : *Composmentis*, kooperatif sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran (*apatis somnolen, sopor, coma*)

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Tekanan darah menurun

Nadi : Frekuensi nadi meningkat, kuat sampai lemah

Suhu : Bisa meningkat atau turun

Pernapasan : Meningkat

4) Tinggi badan (TB) dan berat badan (BB)

5) Kulit

Kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, pucat, terdapat perdarahan dibawah kulit.

6) Mata

Kelainan bentuk tidak ada, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terdapat perdarahan *sub conjungtiva*. Keadaan pupil, palpebra, reflek cahaya biasanya tidak ada kelainan

7) Mulut

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

8) Leher

Terdapat pembesaran kelenjar getah bening, *thyroid* lidah membesar, tidak ada *distensi vena jugularis*

9) Thoraks

Pergerakan dada, biasanya pernapasan cepat irama tidak teratur. Fremitus yang meninggi, perkusi sonor, suara napas bisa *vaskuler* atau *ronchi, wheezing*

10) Abdomen

Cekung, pembesaran hati, nyeri, bising usus normal dan bisa juga dibawah normal, dan bisa juga meningkat, dan gangguan absorbs

11) Ekstermitas

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

12) Anus

Keadaan anus, anus (+), *hemoroid* (+)

13) Neurologis

Refleksi fisiologis (+) seperti *reflek patella, reflek patologi* (-) seperti *babinski*, tanda *kerniq* (-) dan *Bruzinski I-II* (-)

2. Diagnosa keperawatan

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, 2016). Diagnosa keperawatan *anemia* menurut SDKI :

- a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi *hemoglobin*
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan
- d. Ansietas berhubungan dengan kelemahan
- e. Risiko syok berhubungan dengan *hipotensi*

3. Rencana tindakan 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). Rencana keperawatan menurut (SLKI)

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan pada kasus Anemia

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	2	3	4
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer (L.02011) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil : a. Warna kulit pucat menurun b. Kelemahan otot meningkat c. Tekanan darah sistolik membaik d. Tekanan darah diastolic membaik	Perawatan sirkulasi (I.02079) a. Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, warna, suhu) b. Identifikasi factor risiko gangguan sirkulasi c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas d. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan

1	2	3	4
		e. Turgor kulit membaik	perfusi e. ekstermitas dengan keterbatasan perfusi f. Anjurkan berhenti merokok g. Anjurkan berolahraga rutin h. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan
2.	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan	Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : a. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat b. Nyeri abdomen menurun c. Berat badan membaik d. Frekuensi makan membaik e. Nafsu makan membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) a. Identifikasi status nutrisi b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan c. Identifikasi makanan yang disukai d. Monitor asupan makanan e. Monitor berat badan f. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium g. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi h. Berikan suplemen makanan i. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan

1	2	3	4
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	<p>Toleransi aktivitas (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluhan lelah menurun b. Perasaan lemah menurun c. Frekuensi nadi membaik d. Tekanan darah membaik e. Warna kulit membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I.05178)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan b. Monitor kelelahan fisik dan emosional c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas d. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus e. Anjurkan tirah baring f. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
4.	Ansietas berhubungan dengan kelemahan	<p>Tingkat ansietas (L.09093)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perilaku gelisah menurun b. Keluhan pusing menurun c. Pucat menurun 	<p>Terapi relaksasi (I.09326)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan

1	2	3	4
		<ul style="list-style-type: none"> d. Frekuensi pernapasan membaik e. Frekuensi nadi membaik f. Tekanan darah membaik 	<ul style="list-style-type: none"> c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan d. Monitor respons terhadap terapi relaksasi e. Ciptakan lingkungan tenang tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman f. Gunakan pakaian longgar g. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain h. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
5.	Risiko syok berhubungan dengan hipotensi	Tingkat syok (L.03032) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> a. Akral dingin menurun b. Pucat menurun 	Pencegahan syok (I.02068) <ul style="list-style-type: none"> a. Monitor status kardiopulonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nadi, tekanan darah (TD)) b. Monitor status cairan (turgor kulit, capillary refill time (CRT))

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
		<ul style="list-style-type: none"> c. Tekanan darah sistolik membaik d. Tekanan darah diastolik membaik e. Frekuensi nadi membaik f. Frekuensi napas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> c. Monitor tingkat kesadaran dan respon Pupil d. Pasang jalur IV e. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi f. Jelaskan penyebab/faktor risiko syok g. Kolaborasi pemberian IV h. Kolaborasi pemberian tranfusi darah