

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH



**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
SIRKULASI PADA PASIEN ANEMIA DI RUANG
PENYAKIT DALAM NON INFEKSIUS
RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK
PROVINSI LAMPUNG
TAHUN 2023**

Oleh

**DHEA ROSALINDA
2014401010**

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TANJUNGGARANG
TAHUN 2023**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH



ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN SIRKULASI PADA PASIEN ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM NON INFEKSIUS RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI LAMPUNG TAHUN 2023

Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Oleh

Dhea Rosalinda
2014401010

**POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGGARANG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TANJUNGGARANG
TAHUN 2023**

POLTEKKES TANJUNGPUR
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGPUR
PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGPUR

Karya Tulis Ilmiah, April 2023

Dhea Rosalinda

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN SIRKULASI
PADA PASIEN ANEMIA DI RUANG PENYAKIT DALAM
NONINFEKSIUS RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK PROVINSI
LAMPUNG TAHUN 2023**

Xv + 82 halaman + 8 tabel + 7 lampiran + 1 gambar

ABSTRAK

Gangguan sirkulasi pada pasien anemia terjadi karena disfungsi sistem sirkulasi yaitu sistem peredaran darah sebagai sistem transportasi tubuh yang mengangkut berbagai zat didalam tubuh salah satunya oksigen, sehingga kebanyakan pasien anemia mengalami penurunan oksigen didalam tubuh. Tujuan dari asuhan keperawatan adalah memberikan gambaran asuhan keperawatan pada pasien anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi. Metode pengumpulan data yang digunakan yaitu observasi, wawancara, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian keperawatan dilakukan dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Diagnosis yang dapat ditegakkan yaitu perfusi perifer tidak efektif, sehingga intervensi utama yang diberikan perawatan sirkulasi dan intervensi pendukung pemantauan hasil laboratorium. Implementasi kedua pasien sesuai dengan intervensi yang disusun yaitu memeriksa sirkulasi perifer, mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, melakukan hidrasi, menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien. Hasil evaluasi yaitu akral membaik, RR pasien 1 RR 20x/m dan pasien 2 RR 19x/m denyut nadi pasien 1 dan 2 adalah 78x/m dan 83x/m, warna kulit pucat menurun, parastesia menurun, CRT 1 detik, TD kedua pasien yaitu 120/80mmHg dan 125/80mmHg, hb pasien 1 8,8gr/dl dan pasien 2 10gr/dl . Persamaan dikedua pasien yaitu kedua pasien mengalami penurunan hemoglobin dan sesak nafas. Perbedaan dari kedua pasien yaitu pasien 1 kondisinya lebih menurun dibanding pasien 2. Sehingga pada pasien 1 masih melakukan satu kali transfusi dikarenakan hb pasien belum memenuhi. Penulis menyarankan agar perawat dapat meningkatkan pemberian asuhan khususnya pada pasien anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi.

Kata kunci : Anemia, gangguan sirkulasi

Referensi : (2016-2022)

TANJUNGPURANG HEALTH POLTEKKES
DEPARTMENT OF NURSING TANJUNGPURANG
TANJUNGPURANG D III NURSING PROGRAM
Scientific papers, April 2023
Dhea Rosalinda

NURSING CARE FOR CIRCULATORY NEEDS DISORDERS IN ANEMIC PATIENTS IN THE NONINFECTIOUS INTERNAL MEDICINE ROOM OF DR. H. ABDUL MOELOEK HOSPITAL LAMPUNG PROVINCE IN 2023

Xv + 82 pages + 8 tables + 7 appendix + 1 image

ABSTRACT

Circulatory disorders in anemic patients occur due to dysfunction of the circulatory system, namely the circulatory system as a body transportation system that transports various substances in the body, one of which is oxygen, so that most anemic patients experience a decrease in oxygen in the body. The purpose of nursing care is to provide an overview of nursing care in anemic patients with impaired circulatory needs. The data collection methods used are observation, interview, and physical examination. Nursing assessment is carried out with anamnesis, physical examination, and supporting examinations. The diagnosis that can be established is peripheral perfusion is not effective, so the main intervention is given circulatory treatment and supporting interventions monitoring laboratory results. The implementation of both patients in accordance with the interventions that are arranged is to examine peripheral circulation, identify risk factors for circulatory disorders, perform hydration, inform emergency signs and symptoms that must be reported, check the suitability of laboratory results with the patient's clinical appearance. The evaluation results were acral improved, RR of patient 1 RR 20x/m and patient 2 RR 19x/m pulse rate of patients 1 and 2 was 78x/m and 83x/m, pale skin color decreased, parasthesia decreased, CRT 1 second, TD of both patients was 120/80mmHg and 125/80mmHg, hb patient 1 8.8gr/dl and patient 2 10gr/dl. The similarity in both patients is that both patients have decreased hemoglobin and shortness of breath. The difference between the two patients is that patient 1 has decreased condition compared to patient 2. So that patient 1 still does one transfusion because the patient's hb has not met. The authors suggest that nurses can improve caregiving, especially in anemic patients with impaired circulatory needs.

Keywords : Anemia, circulatory disorders

Reference : (2016-2022)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya. Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini dibuat dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan Politeknik Kesehatan Tangjungkarang dengan judul yang diangkat penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini adalah asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia Diruang Penyakit Dalam Noninfeksius Rumah Sakit RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dukungan serta saran yang begitu besar manfaatnya, baik dari dosen maupun rekan mahasiswa. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. Dewi Purwaningsih, S.SiT., M.Kes. Selaku Direktur Politeknik Kesehatan Tangjungkarang.
2. Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep. Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Tangjungkarang.
3. Ns. Efa Trisna, S.Kep., M.Kes. Selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Tangjungkarang.
4. Al Murhan, SKM., M.Kes. Selaku dosen pembimbing utama yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan laporan karya tulis ilmiah.
5. Ns. Yunani, S.S.iT., M.Kes. Selaku dosen pembimbing pendamping yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan penulis dalam penyusunan laporan karya tulis ilmiah.
6. Kodri, S.Kp., M.Kes. Selaku dosen penguji yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk menguji laporan karya tulis ilmiah ini.

Bandar Lampung, Maret 2023

Penulis

LEMBAR PERSEMBAHAN

Persembahan karya tulis ilmiah ini ditulis karena penulis banyak mendapatkan bantuan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan rasa terimakasih, kepada:

1. Kedua orangtua dan kakak saya yang telah memberi dukungan serta do'a yang tiada hentinya untuk saya dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
2. Teman-teman saya (Indri, Farah, Laras, Bella, Ning dan Elga) yang telah memberikan dukungan, semangat, dan menjadi pendengar yang baik selama proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.
3. Dea Anggun Pangesti sahabat saya yang telah memberikan dukungan, semangat, dan menjadi tempat berkeluh kesah selama penyusunan karya tulis ilmiah ini.
4. Teman-teman Angkatan 36 DIII Keperawatan Tanjungkarang terkhusus regular 1 yang telah berjuang bersama dan memberikan semangat dalam proses penyusunan karya tulis ilmiah ini.



BIODATA PENULIS

Nama : Dhea Rosalinda
NIM : 2014401010
Tempat/Tanggal Lahir : Taman Cari, 17 Januari 2002
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Taman Cari, Jl Nusantara Raya Rt 011/Rw 006
Kecamatan Purbolinggo, Lampung Timur

RIWAYAT PENDIDIKAN

SD (2008-2014) : SDN 1 Taman Cari
SMP (2014-2017) : SMPN 1 Purbolinggo
SMA (2017-2020) : SMAN 1 Purbolinggo
DIII (2020-2023) : Politeknik Kesehatan Tanjung Karang Jurusan
Keperawatan Prodi DIII Keperawatan Tanjungkarang

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN
SIRKULASI PADA PASIEN ANEMIA DI RUANG
PENYAKIT DALAM NON INFEKSIUS**

RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK

PROVINSI LAMPUNG

TAHUN 2023

DHEA ROSALINDA

2014401010

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing Laporan Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Tanjungkarang Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Tim Pembimbing Karya Tulis Ilmiah

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Al Murhan, SKM., M.Kes
NIP. 196601011989031006

Ns. Yunani, S.Si.T., M.Kes
NIP. 197701192002122002

LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah

ASUHAN KEPERAWATAN GANGGUAN KEBUTUHAN

SIRKULASI PADA PASIEN ANEMIA DI RUANG

PENYAKIT DALAM NON INFEKSIUS

RSUD Dr. H. ABDUL MOELOEK

PROVINSI LAMPUNG

TAHUN 2023

DHEA ROSALINDA

2014401010

Telah dipertahankan dan disetujui oleh Tim Penguji Laporan Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Tanjungkarang
Jurusan Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

TIM PENGUJI KARYA TULIS ILMIAH

Ketua Penguji : Kodri, S.Kp., M.Kes
NIP. 196212191984021001

Anggota Penguji : Ns. Yunani, S.Si.T., M.Kes
NIP. 197701192002122002

Anggota Penguji : Al Murhan, SKM., M.Kes
NIP. 196601011989031006

Mengetahui
Ketua Jurusan Keperawatan Tanjungkarang
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang

Tori Rihiantoro, S.Kp., M.Kep
NIP. 197111291994021001

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN NASKAH ILMIAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dhea Rosalinda

NIM : 2014401010

Program Studi : DIII Keperawatan Poltekkes Tanjung Karang

Alamat Email : dhearosalinda17@gmail.com

No. Hp : 085766997767

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa karya tulis ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan tindakan keperawatan saya sendiri dan bukan merupakan tindakan asuhan keperawatan milik orang lain yang saya akui sebagai tindakan keperawatan yang saya lakukan. Karya Tulis Ilmiah telah saya sebutkan sesuai kaidah akademik yang berlaku umum, termasuk dosen pembimbing dan CI yang telah memberikan kontribusi pemikiran pada isi karya tulis ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya nyatakan secara benar dengan penuh tanggung jawab dan integritas.

Bandar Lampung, 14 Januari 2023



Dhea Rosalinda
NIM 2014401010

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL LUAR	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
LEMBAR PERSEMBAHAN.....	vi
BIODATA PENULIS.....	vii
LEMBAR PERSETUJUAN	viii
LEMBAR PENGESAHAN	ix
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Tujuan Penulis.....	3
D. Manfaat	3
E. Ruang Lingkup.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Proses Keperawatan	5
1. Pengkajian Keperawatan.....	5
2. Diagnosis Keperawatan	7
3. Intervensi Keperawatan.....	11
4. Implementasi Keperawatan.....	14
5. Evaluasi Keperawatan.....	15
B. Konsep Kebutuhan Dasar.....	15
1. Konsep Kebutuhan Sirkulasi.....	15
C. Konsep Penyakit	21
D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan	28
BAB III METODE	
A. Pendekatan Asuhan Keperawatan	33
B. Subyek Asuhan Keperawatan	33
C. Fokus Studi	33
D. Lokasi dan Waktu	34
E. Definisi Oprasional	34
F. Instrumen Asuhan Keperawatan	34
G. Metode Pengumpulan Data	35
H. Analisis Data dan Penyajian Data	36

I. Prinsip Etik.....	37
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Asuhan	41
1. Pengkajian	41
2. Analisa Data	47
3. Diagnosa Keperawatan.....	49
4. Intervensi Keperawatan.....	49
5. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	52
B. Pembahasan.....	70
1. Pengkajian	70
2. Diagnosa Keperawatan	72
3. Intervensi Keperawatan.....	74
4. Implementasi Keperawatan	75
5. Evaluasi Keperawatan	76
C. Keterbatasan Asuhan.....	78
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan	79
1. Pengkajian	79
2. Diagnosa Keperawatan.....	79
3. Intervensi Keperawatan.....	79
4. Implementasi Keperawatan	79
5. Evaluasi Keperawatan	80
B. Saran.....	80
DAFTAR PUSTAKA	81
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1 Intervensi Keperawatan pada Kasus Anemia.....	11
Tabel 2 Data Pengkajian pada Kedua Pasien.....	41
Tabel 3 Analisa Data Pasien 1	47
Tabel 4 Analisa Data Pasien 2	48
Tabel 5 Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 1	49
Tabel 6 Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 2	51
Tabel 7 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 1.....	53
Tabel 8 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien 2.....	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Pathway26

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Lembar Persetujuan Judul
- Lampiran 2: Lembar Bimbingan Pembimbing Utama
- Lampiran 3: Lembar Bimbingan Pembimbing Pendamping
- Lampiran 4: Lembar Kendali Masukan dan Perbaikan
- Lampiran 5: Lembar *Informed Consent* Pasien 1
- Lampiran 6: Lembar *Informed Consent* Pasien 2
- Lampiran 7: Surat Keterangan Telah Melakukan Asuhan Keperawatan

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anemia pada umumnya terjadi diseluruh dunia, terutama di negara berkembang dan pada kelompok sosio-ekonomi rendah (Masriadi, 2018). Anemia dapat terjadi di semua kalangan anak-anak, remaja, dewasa, hingga ibu hamil (Putri et al., 2021). Anemia terjadi karena jumlah sel darah merah lebih rendah dari jumlah normal atau penyakit kurang darah yang salah satunya disebabkan oleh kurangnya konsumsi zat besi. Anemia bisa terjadi karena sel-sel darah merah tidak mengandung cukup hemoglobin (Nurbaya, 2018). Karena hemoglobin terdapat dalam dalam sel darah merah, setiap gangguan pembentukann sel darah merah, baik ukuran maupun jumlahnya dapat menyebabkan anemia (Soebroto, 2020).

Anemia juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah asupan, infeksi, usia, menstruasi dan gaya hidup. Kurangnya asupan yang kaya akan zat besi merupakan faktor terbesar timbulnya anemia defisiensi besi. Beberapa zat gizi lain yang berkaitan anemia yaitu Protein, Zink, vitamin C, vitamin B12, dan Asam folat (Chairunnisa et al., 2019). Penyebab anemia dapat diketahui dengan melakukan pendekatan diagnostik secara bertahap melalui pengumpulan data klinis, pemeriksaan fisik dan tes di laboratorium. (Nidianti et al., 2019).

Penderita anemia sering kali merasa sesak nafas dan merasa terengah-engah ketika melakukan aktivitas, hal ini terjadi kerana kurangnya oksigen didalam tubuh akibat kurangnya sel darah merah. Pada dasarnya hemoglobin atau sel darah merah berperan mengangkut oksigen dari paru-paru ke seluruh tubuh sehingga penderita anemia lebih cenderung mengalami gangguan kebutuhan sirkulasi. Sistem sirkulasi itu sendiri berfungsi mengedarkan sari-sari makanan dan O₂ ke jaringan-jaringan tubuh, mengembalikan CO₂ ke paru-paru, zat sisa metabolisme ke ginjal, serta mengedarkan hormon untuk kelangsungan hidup sel tubuh. Untuk terjadinya sirkulasi zat-zat tersebut melibatkan darah dan alat peredaran darah (Siska Hiswari, 2020).

Diantara negara-negara Asia Tenggara, Indonesia tercatat sebagai salah satu negara dengan jumlah penderita anemia tertinggi. Menurut data dan riset Kesehatan Dasar (RISKESDA) tahun 2018 prevelensi anemia di Indonesia masih cukup tinggi. Hasil prevelensi anemia secara nasional pada semua kelompok usia yaitu remaja, dewasa, dan lansia mencapai 23,7%. Prevelensi anemia diantara umur 5-12 tahun adalah 26,8%, sedangkan umur >75 tahun adalah 4,3%. Prevelensi anemia pada laki-laki lebih rendah disbandinglan perempuan 27,2% (Kemenkes, 2018).

Menurut Kemenkes Republik Indonesia, Tahun 2020, jumlah terbesar yang mengalami kekurangan darah di Provinsi Lampung pada remaja putri 12-18 tahun mencapai 415.92. Sedangkan ibu hamil 9 bulan mencapai 164.526. Data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Provinsi Lampung pada bulan Januari sampai Desember 2018 prevelensi anemia pada ibu hamil cukup tinggi yaitu 100 ibu hamil dari 500 ibu hamil atau setara dengan 33,29%. Sedangkan target capaian anemia pada kehamilan Indonesia adalah 28% (Dinas Kesehatan Provinsi Lampung, 2018).

Berdasarkan laporan register di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung terutama di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius kasus anemia sebanyak 12 orang dari 58 pasien pada tanggal 09-14 Januari 2023.

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan asuhan keperawatan gangguan sirkulasi dengan kasus anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek, tanggal 09-14 Januari 2023 sebagai laporan studi kasus pada ujian tahap akhir program Diploma III Politeknik Kesehatan Tanjungkarang.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah pada tugas akhir ini yaitu, bagaimana penerapan asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan sirkulasi terhadap kedua pasien yaitu Ny.S dan Ny.S dengan masalah kesehatan Anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.

C. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia dengan di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya pengkajian keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- b. Diketuainya diagnosa keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- c. Diketuainya perencanaan asuhan keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- d. Diketuainya tindakan keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.
- e. Diketuainya hasil evaluasi keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

D. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Karya tulis ilmiah ini bermanfaat untuk dijadikan bahan perbandingan dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi. Selain itu, karya tulis ilmiah ini juga dapat digunakan sebagai salah satu bahan bacaan keputakaan dalam memberikan asuhan keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Sebagai pengetahuan dalam mengenai masalah keperawatan serta menerapkan asuhan keperawatan dengan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia.

b. Bagi Program Studi DIII Keperawatan Poltekkes Tanjung Karang

Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi dari institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada pasien anemia.

c. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam meningkatkan pelayanan asuhan keperawatan kasus anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek berdasarkan SDKI,SLKI,SIKI

d. Bagi Pasien

Menambahkan pengetahuan dan membantu pasien yang menderita penyakit dengan masalah gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia.

E. Ruang Lingkup Penulisan

Laporan karya tulis ini hanya berfokus pada pasien dengan gangguan kebutuhan sirkulasi dengan anemia, subjek penelitian ini dilakukan pada dua pasien yang di diagnosa anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Asuhan keperawatan yang diberikan dimulai dari pengkajian, penegakkan diagnosis, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan juga evaluasi yang dilaksanakan pada tanggal 09-14 Januari 2023 di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Proses Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Pertami, 2016).

Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi) (Togatorop, 2021).

Tujuan pengkajian adalah didapatkannya data yang komprehensif yang mencakup data biopsiko spiritual. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, selanjutnya akan berpengaruh terhadap perencanaan keperawatan (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Biasanya data fokus yang didapatkan dari pasien atau keluarga seperti pasien mengatakan lemah, letih dan lesu, pasien mengatakan nafsu makan menurun, mual dan seringhaus. Sementara data objektif akan ditemukan pasien tampak lemah, berat badan menurun, pasien tidak mau makan/tidak dapat menghabiskan porsi makan, pasien tampak mual dan muntah, bibir tampak kering dan pucat, konjungtiva anemis (Togatorop, 2021).

Menurut (Jitowiyono, 2018) pengkajian keperawatan pada pasien anemia meliputi:

a. Identitas Klien Dan Keluarga

Nama, umur, TTL, nama ayah/ibu, pelerjaan ayah/ibu, agama, pendidikan, alamat.

b. Keluhan Utama

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

c. Riwayat Kesehatan Dahulu

- 1) Adanya menderita anemia sebelumnya
- 2) Adanya Riwayat trauma, perdarahan
- 3) Adanya Riwayat demam tinggi
- 4) Adanya Riwayat penyakit ISPA

d. Keadaan Saat Ini

Pasien pucat, kelemahan, sesak napas, adanya gelisah, diaphoresis, takikardi, dan penurunan kesadaran.

e. Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Riwayat anemia dalam keluarga
- 2) Riwayat penyakit seperti, kanker, jantung, hepatitis, DM, asma dan penyakit infeksi saluran pernafasan.

f. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum: Apakah klien tampak lemah
- 2) Kesadaran: Apakah klien mengalami composmentis kooperatif sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran apatis, somnolen, spoor, koma.
- 3) Tanda-tanda vital
- 4) TB dan BB
- 5) Kulit: apakah kulit teraba dingin, keringat yang berlebihan, pucat, terdapat perdarahan dibawah kulit.
- 6) Mata: apakah ada kelainan bentuk mata, konjungtiva anemis, kondisi seklera, terdapat perdarahan subkonjungtiva, keadaan pupil, dan refleks cahaya
- 7) Hidung: apakah ada kelainan bentuk, mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung, atau gangguan fungsi penciuman
- 8) Telinga: apakah ada kelainan bentuk fungsi pendengaran
- 9) Mulut: apakah ada kelainan bentuk, mukosa kering, perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah, atau perdarahan.
- 10) Leher: apakah terdapat pembedahan kelenjar getah bening, tiroid

membesar, dan kondisi distensi vena jugularis.

- 11) Thoraks: periksa pergerakan dada, adakah pernafasan cepat atau irama napas tidak teratur.
- 12) Abdomen: periksa apakah ada pembesaran hati, nyeri, bising usus, dan bias dibawah normal
- 13) Genetelia: pada laki-laki apakah testis sudah turun kedalam skrotum dan pada perempuan apakah labia minora tertutup labia mayora.
- 14) Ekstremitas: apakah klien mengalami nyeri ekstremitas, tonus otot kurang.

g. Pemeriksaan Penunjang

1) Riwayat sosial

Siapa yang mengasuh klien dirumah. Kebersihan didaerah tempat tinggal, orang yang terdekat dengan klien. Keadaan lingkungan, pekarangan, pembuangan sampah.

2) Kebutuhan dasar

Meliputi kebutuhan nutrisi klien sehubungan dengan anoreksia, diet yang harus dijalani, pasang NGT, cairan IVFD yang digunakan jika ada.

3) Pemeriksaan tingkat perkembangan

Bergantung pada usia. Terdiri dari motorik kasar, halus, kognitif, dan bahasa.

4) Data Psikologis

- a) Keseriusan ancaman penyakit terhadap anaknya
- b) Pengalaman sebelumnya terhadap penyakit dan hospitalisasi
- c) Prosedur medis yang akan dilakukan
- d) Adanya system dukungan
- e) Kemampuan coping
- f) Agama, kepercayaan, adat
- g) Pola komunikasi dalam keluarga.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis 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. Diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan masalah gangguan sirkulasi dalam buku SDKI yaitu:

a. Perfusi Perifer Tidak Efektif

1) Definisi

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

2) Penyebab

- a) Hiperglikemia
- b) Penurunan konsentrasi hemoglobin
- c) Peningkatan tekanan darah
- d) Kekurangan volume cairan
- e) Penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f) Kurang terpapar informasi tentang faktor pemberat (misalnya merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)
- g) Kurang terpapar informasi tentang proses penyakit (misalnya diabetes melitus, hiperlipidemia)
- h) Kurang aktivitas fisik

3) Gejala dan tanda mayor (Subjektif)

Tidak tersedia

4) Gejala dan tanda mayor (Objektif)

- a) Pengisian kapiler >3 detik
- b) Nadi perifer menurun atau tidak teraba
- c) Akral teraba dingin
- d) Warna kulit pucat
- e) Turgor kulit menurun

5) Gejala dan tanda minor (Subjektif)

- a) Parastesia
- b) Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten)
- 6) Gejala dan tanda minor (Objektif)
 - a) Edema
 - b) Penyembuhan luka lambat
 - c) Indeks ankle-brachial <0,90
 - d) Bruit femoral
- 7) Kondisi klinis terkait
 - a) Tromboflebitis
 - b) Diabetes melitus
 - c) Anemia
 - d) Gagal jantung kongestif
 - e) Kelainan jantung kongenital
 - f) Trombosisarteri
 - g) Varises
 - h) Trombosis vena dalam
 - i) Sindrom kompartemen
- b. Keletihan
 - 1) Definisi

Penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat.
 - 2) Penyebab
 - a) Gangguan tidur
 - b) Gangguan hidup monoton
 - c) Kondisi fisiologis (mis, penyakit kronis, penyakit terminal, anemia, malnutrisi, kehamilan)
 - 3) Gejala dan tanda mayor (Subjektif)
 - a) Merasa energi tidak pulih walaupun telah tidur
 - b) Merasa kurang tenaga
 - c) Mengeluh lelah
 - 4) Gejala dan tanda mayor (Objektif)
 - a) Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin

- b) Tampak lesu
- 5) Gejala dan tanda minor (Subjektif)
 - a) Merasa bersalah akibat tidak mampu menjalankan tanggung jawab
 - b) Libido menurun
- 6) Gejala dan tanda minor (Objektif)
 - a) Kebutuhan istirahat meningkat
- 7) Kondisi klinis terkait
 - a) Anemia
 - b) Kanker
 - c) Hipotiroidisme/Hipertiroidisme
 - d) AIDS
 - e) Depresi
 - f) Menopause
- c. Gangguan Pola Tidur
 - 1) Definisi

Gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat factor eksternal
 - 2) Penyebab
 - a) Hambatan lingkungan (missal, kelembapan, lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tindakan)
 - b) Kurang kontrol tidur
 - c) Kurang privasi
 - d) *Restrain* fisik
 - e) Ketiadaan teman tidur
 - f) Tidak familiar dengan peralatan tidur
 - 4) Gejala dan Tanda Mayor (Subjektif)
 - a) Mengeluh sulit tidur
 - b) Mengeluh sering terjaga
 - c) Mengeluh tidak puas tidur
 - d) Mengeluh pola tidur berubah

- e) Mengeluh istirahat tidak cukup
- 5) Gejala dan Tanda Mayor (Objektif)
Tidak tersedia
- 6) Gejala dan tanda Minor (Subjektif)
 - a) Mengeluh kemampuan beraktivitas menurun
- 7) Gejala dan Tanda Minor (Objektif)
Tidak tersedia
- 8) Kondisi klinis Terkait
 - a) Nyeri/kronik
 - b) Hipertiroidisme
 - c) Penyakit paru obstruktif kronis
 - d) Kehamilan
 - e) Periode pasca partum
 - f) Kondisi pasca operasi

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. (SIKI, 2018).

Tabel 1
Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatam
Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi perifer meningkat - Warna kulit pucat menurun - Pengisian kapiler membaik - Akral membaik - Turgor kulit membaik 	Intervensi Utama PerawatanSirkulasi (1.02079) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer,edema,pengisian kapiler,warna,suhu,ankle brachial index) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Monitor panas,kemerahan,nyeri,atau bengkak pada eksterimitas Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> - Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi - Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan

		<p>keterbatasan perfusi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera - Lakukan pencegahan infeksi - Lakukan perawatan kuku dan kaki - Lakukan hidrasi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan berhenti merokok - Anjurkan berolahraga rutin - Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar - Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol jika perlu - Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur - Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta - Anjurkan program rehabilitasi vakular - Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Intervensi Pendukung Pemantauan Hasil Laboratorium (I.02057)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan - Monitor hasil laboratorium yang diperlukan - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambil sampel darah/sputum/pus/jaringan atau lainnya sesuai protocol - Interpretasikan hasil pemeriksaan laboratorium <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan dokter jika hasil laboratorium memerlukan intervensi media
Keletihan	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3×24 jam diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi - kepuhian energi meningkat - Tenaga meningkat 	<p>Intervensi Utama Manajemen Energi (I.03139)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan

	<ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat - Verbalisasi lelah menurun - Sakit kepala menurun - Lesu menurun - Selera makan membaik 	<p>ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis, cahaya, suara atau kunjungan) - Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan - Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungkan perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Anjarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>Intervensi Pendukung Manajemen energi (1.05178)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Identifikasi makanan yang disukai - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien - Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan) - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan posisi duduk, jika mampu - Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
Gangguan pola tidur	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil	<p>Dukungan tidur (D.0055)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan psikologis)

	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun - Keluhan istirahat tidak cukup menurun - Kemampuan beraktivitas membaik 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, <i>alcohol</i>, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Tetapkan jadwal tidur rutin - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang, jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan pasien (mis. Pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM - Ajarkan factor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah shift/bekerja) - Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya
--	--	---

Sumber: Tim Prokja SIKI DPP PPNI, 2018

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tahap pelaksanaan merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam asuhan keperawatan. Tindakan keperawatan mencakup tindakan independent (secara mandiri) dan juga kolaborasi antar tim medis (Melliany, 2019). Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan susunan dalam tahap perencanaan, kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan dan respon sklien terhadap tindakan tersebut (Togatorop, 2021).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap pelaksanaan. Perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil pengkajian klien yang tujuannya adalah memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Melliany, 2019).

Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah (Togatorop, 2021).

B. Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Sirkulasi

a. Definisi Sirkulasi

Sistem sirkulasi adalah sistem transportasi yang berfungsi untuk mengangkut berbagai zat di dalam tubuh, pada manusia berupa sistem peredaran darah (Tresnaasih, 2020). Sistem sirkulasi dibangun oleh darah, sebagai medium transportasi tempat bahan-bahan yang akan disalurkan dilarutkan atau diendapkan, pembuluh darah yang berfungsi sebagai saluran untuk mengarahkan dan mendistribusikan darah dari jantung keseluruh tubuh dan mengembalikannya ke jantung, dan jantung yang berfungsi memompa darah agar mengalir keseluruh jaringan (Saadah, 2018).

Sistem sirkulasi berperan dalam homeostatis dengan berfungsi sebagai system transportasi tubuh dengan mengangkut oksigen, karbondioksida, zat-zat sisa, elektrolit, nutrisi dan hormon dari satu bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain (Saadah, 2018).

b. Bagian-Bagian Sistem Sirkulasi

Berikut adalah bagian-bagian dari sistem sirkulasi:

1) Darah

Darah adalah jenis jaringan ikat, terdiri atas sel-sel (eritrosit, leukosit, dan trombosit) yang terendam pada cairan kompleks plasma. Darah membentuk sekitar 8% dari berat total

tubuh. Pergerakan konstan darah sewaktu mengalir dalam pembuluh darah menyebabkan unsur-unsur sel tersebar merata di dalam plasma, darah mengalir keseluruh tubuh melalui sistem peredaran darah. Agar darah dapat mengalir keseluruh tubuh maka perlu didukung oleh alat- alat peredaran darah, yaitu jantung dan pembuluh darah. Darah selalu beredar di dalam pembuluh darah yaitu pembuluh nadi dan pembuluh balik. Darah melakukan banyak fungsi penting untuk kehidupan dan dapat mengungkapkan banyak tentang kesehatan kita. Di bawah ini akan dipaparkan tentang darah meliputi, fungsi darah, komposisi darah (plasma, seldarah), proses pembekuan darah, penggolongan darah. kelainan pada darah (Saadah, 2018)

Darah dalam tubuh terdiri atas plasma darah dan sel-sel darah. Komposisi susunan darah tersebut meliputi 55% plasma darah dan 45% sel-seldarah yang terdiri atas eritrosit, leukosit, dan trombosit. Dalam plasma darah terbagi lagi atas 90% air dan 10% zat terlarut, meliputi protein, garam mineral, bahan organik, sisa metabolik, hormon, dan gas (Tresnaasih, 2020).

a) Fungsi darah

Fungsi darah masuk kedalam tiga kategori, yaitu transportasi, pertahanan, dan regulasi, yang akan dibahas berikut ini.

- (1) Darah adalah media transportasi utama yang mengangkut gas, nutrisi dan produk limbah. Oksigen dari paru-paru diangkut darah dan didistribusikan kesel-sel. Karbondioksida yang dihasilkan oleh sel-sel diangkut keparu-paru untuk dibuang setiap kali kita menghembuskan nafas. Darah juga mengangkut produk-produk limbah lain, seperti kelebihan nitrogen yang dibawa keginjal untuk dieliminasi. Selain itu, darah mengambil nutrisi dari saluran pencernaan untuk dikirimkan kesel-sel. Selain transportasi nutrisi dan

limbah, darah mengangkut hormon yang disekresikan berbagai organ kedalam pembuluh darah untuk disampaikan ke jaringan. Banyak zat yang diproduksi di salah satu bagian tubuh dan diangkut ke bagian yang lain, untuk dimodifikasi. Sebagai contoh, prekursor vitamin D diproduksi di kulit dan diangkut oleh darah ke hati dan kemudian ke ginjal untuk diproses menjadi vitamin D aktif. Vitamin D aktif diangkut darah ke usus kecil, untuk membantu penyerapan kalsium. Contoh lain adalah asam laktat yang dihasilkan oleh otot rangka selama respirasi anaerob. Darah membawa asam laktat ke hati yang akan diubah menjadi glukosa

- (2) Darah berperan dalam menjaga pertahanan tubuh dari invasi patogen dan menjaga dari kehilangan darah. Sel darah putih tertentu mampu menghancurkan patogen dengan cara fagositosis. Sel darah putih lainnya memproduksi dan mengeluarkan antibodi. Antibodi adalah protein yang akan bergabung dengan patogen tertentu untuk dinonaktifkan. Patogen yang dinonaktifkan kemudian dihancurkan oleh sel-sel darah putih fagosit. Ketika terjadi cedera, terjadi pembekuan darah sehingga menjaga terhadap kehilangan darah. Pembekuan darah melibatkan trombosit dan beberapa protein seperti trombin dan fibrinogen. Tanpa pembekuan darah, kita bisa mati kehabisan darah sekalipun dari luka yang kecil.
- (3) Darah memiliki fungsi regulasi dan memainkan peran penting dalam homeostasis. Darah membantu mengatur suhu tubuh dengan mengambil panas, sebagian besar dari otot yang aktif, dan dibawa seluruh tubuh. Jika tubuh terlalu hangat, darah diangkut ke pembuluh darah yang melebar di kulit. Panas akan menyebar ke lingkungan, dan

tubuh mendingin kembali kesuhu normal. Bagian cair dari darah (plasma), mengandung garam terlarut dan protein. Zat terlarut ini menciptakan tekanan osmotik darah. Dengan cara ini, darah berperan dalam membantu menjaga keseimbangan. Buffer darah (bahan kimia tubuh yang menstabilkan pH darah), mengatur keseimbangan asam basa tubuh dan tetap pada pH yang relative konstan yaitu 7,4 (Saadah, 2018).

2) Komponen darah

a) Plasma darah

Plasma darah mengandung protein yang tersusun atas albumin, globulin, dan fibrinogen. Albumin mempunyai peran untuk menjaga tekanan osmotik darah. Plasma darah memiliki banyak fungsi penting dalam tubuh, di antaranya adalah: mengangkut limbah, menjaga keseimbangan cairan tubuh, membantu proses pembekuan darah, menjaga suhu tubuh, membantu melawan infeksi, menjaga keseimbangan asam dan basa

b) Eritrosit (Sel darah merah)

Eritrosit (sel darah merah) merupakan bagian utama dari sel-sel darah. Pada eritrosit (sel darah merah), terdapat hemoglobin yang berperan dalam member warna merah pada darah eritrosit berupa bikonkaf, melengkung kedalam. Berupa piringan dan pada bagian tengah berupa cekungan

c) Leukosit (sel darah putih)

Fungsi leukosit adalah melacak kemudian melawan mikroorganisme atau molekul asing penyebab penyakit atau infeksi, seperti bakteri, virus, jamur, atau parasit. Sehingga keberadaan leukosit sangat berkaitan erat dengan sistem kekebalan tubuh. Dalam tubuh, sel darah putih mempunyai kemampuan fagositosis dan diapedesis. Fagositosis adalah kemampuan memakan benda asing bagi sel darah putih.

Sedangkan diapedesis adalah kemampuan untuk menembus keluar pori-pori membrane kapiler dan menuju ke jaringan

d) Trombosit (keeping darah)

Trombosit atau yang sering disebut sebagai keeping darah. Komponen darah inilah yang berperan dalam pembekuan darah jika ada bagian tubuh yang mengalami luka. Pada keadaan normal, tubuh mampu menghasilkan benang-benang fibrin yang akan menutup luka pada tubuh jika seseorang mengalami luka (Tresnaasih, 2020).

3) Jantung

Jantung adalah organ sistem peredaran darah yang bertugas memompa darah dan mengalirkan darah dalam pembuluh darah, yang terletak pada rongga dada di antara kedua paru-paru, di atas diafragma dengan posisi condong kekiri. Jantung dilapisi oleh perikardium yang mengandung cairan perikardia. Perikardium berfungsi untuk melindungi jantung agar tidak terluka karena bergesekan ketika berdetak (Tresnaasih, 2020). Jantung terletak di dalam rongga dada di bagian mediastinum, di antara paru- paru dibalik tulang dada (sternum). Posisi jantung berbelok kebawah dan sedikit kearah kiri, jadi sekitar dua pertiga jantung terletak di sebelah kiri. Bagian atas jantung lebih luas dibandingkan dengan bagian dasar. Bagian ujung jantung meruncing (berbentuk kerucut), tepat di atas diafragma (Saadah, 2018). Dinding jantung terdiri dari tiga lapisan, yaitu epikardium, miokardium, dan endocardium. Epikardium (perikardium viseral) adalah membran serosa pada permukaan jantung. epikardium terutama tersusun oleh epitel skuamosa sederhana di bagian atas lapisan tipis jaringan areolar. Di beberapa tempat mengalami penebalan oleh lapisan jaringan adiposa, sedangkan di daerah lain itubebas lemak. Cabang-cabang terbesar dari pembuluh darah koroner melalui epikardium tersebut.

Siklus jantung mencakup fase kontraksi dan relaksasi. Fase kontraksi dikenal sebagai sistol dan relaksasi disebut diastole. Ventrikel mengalami relaksasi ketika atrium berkontrak, dan atrium mengalami relaksasi ketika ventrikel berkontraksi. Ketika kedua atrium dan ventrikel relaksasi di antara denyutan, darah mengalir ke atrium dari vena besar yang mengarah ke jantung dan ke dalam ventrikel. Kemudian, atrium berkontraksi (atrial systole), memaksa lebih banyak darah ke dalam ventrikel sehingga dipenuhi darah (Saadah, 2018).

Cara kerja jantung adalah sebagai berikut:

- a) Darah dari paru-paru yang banyak mengandung oksigen masuk ke dalam serambi kiri. Dari serambi kiri darah diteruskan ke bilik kiri. Selanjutnya darah di bilik kiri dipompa keluar dari jantung menuju keseluruhan tubuh, membawa oksigen.
- b) Setelah oksigen digunakan untuk proses pembakaran di dalam sel-sel tubuh, darah kembali ke jantung dengan membawa karbondioksida dan air.
- c) Darah dari seluruh tubuh masuk ke serambi kanan. Dari serambi kanan darah masuk ke bilik kanan. Selanjutnya dari bilik kanan, darah dipompa keluar dari jantung menuju ke paru-paru untuk melepas karbon keseluruhan bagian tubuh. Jantung memompa darah dengan cara berkontraksi sehingga jantung dapat mengembang dan mengempis. Denyut jantung secara normal berkisar tujuh puluh kali per menit. Denyut jantung pada setiap orang berbeda-beda tergantung pada kondisi setiap orang. Usia, berat badan, jenis kelamin, kesehatan, dan kegiatan berpengaruh terhadap denyut jantung seseorang. Bayi memiliki denyut jantung yang lebih cepat dibanding orang dewasa. Frekuensi denyut nadi dapat diukur untuk mengetahui tingkat kesehatan jantung seseorang. Tekanan darah biasanya menunjukkan tekanan

dalam arteri utama. Tekanan darah pada saat jantung mengembang dan darah mengalir ke dalam jantung disebut diastol.

Sebaliknya, tekanan darah saat otot jantung berkontraksi, sehingga jantung mengempis dan darah dipompa keluar dari jantung disebut sistol. Tekanan darah dapat diukur dengan menggunakan tensimeter atau sfigmomanometer. Tekanan darah pada orang normal antara 120 mm Hg pada sistol dan 80 mmHg pada diastol (120/80 mmHg). Dengan mengetahui tekanan darah seseorang, kita mengetahui kekuatan jantung ketika memompa darah (Saadah, 2018).

C. Konsep Penyakit

1. Pengertian Anemia

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal atau turunnya kadar sel darah merah/hemoglobin dalam darah. *Iron deficiency* anemia yaitu dimana keadaan ini terjadi bila besi menuju eritroid sumsum tulang tidak cukup sehingga menyebabkan penurunan kadar hemoglobin. Bila besi terus berkurang eritropoiesis akan semakin terganggu, sehingga kadar hemoglobin menurun diikuti penurunan jumlah eritrosit (Nurbadriyah, 2019). Kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki-laki dan perempuan. Anemia pada pria biasanya didefinisikan sebagai kadar hemoglobin >13,5 gr/100 ml dan pada wanita sebagai hemoglobin >12,0 gr/100 ml. Anemia merupakan salah satu kelainan darah yang umum terjadi. Ketika kadar sel dalam darah (eritrosit) dalam tubuh menjadi terlalu rendah. Hal ini menyebabkan masalah kesehatan karena sel darah merah mengandung hemoglobin yang membawa oksigen ke jaringan tubuh. Anemia dapat menyebabkan komplikasi, termasuk kelelahan dan stress pada organ tubuh (Masriadi, 2021).

2. Etiologi Anemia

Menurut (Soebroto, 2020) Anemia umumnya disebabkan oleh

perdarahan kronik, gizi yang buruk atau gangguan penyerapan nutrisi oleh usus. Juga dapat menyebabkan seseorang mengalami kekurangan darah.

Tiga kemungkinan dasar penyebab anemia:

a. Penghancuran Sel Darah Merah Yang Berlebihan

Hal ini bisa disebut sebagai anemia hemolitik yang muncul saat sel darah merah dihancurkan lebih cepat dari normal (umur sel darah merah normalnya 120 hari). Sehingga sumsum tulang penghasil sel darah merah tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan sel darah merah

b. Kehilangan Darah

Kehilangan darah dapat menyebabkan anemia disebabkan oleh perdarahan berlebihan, pembedahan atau permasalahan dengan pembekuan darah. Kehilangan darah yang banyak karena menstruasi pada remaja juga dapat menyebabkan anemia. Semua faktor ini akan meningkatkan kebutuhan tubuh akan zat besi, karena zat besi dibutuhkan untuk membuat sel darah merah baru.

c. Produksi Sel Darah Merah yang Tidak Optimal

Hal ini terjadi saat sumsum tulang tidak dapat membentuk sel darah merah dalam jumlah cukup yang dapat diakibatkan infeksi virus, paparan terhadap kimia beracun atau obat-obatan (antibiotik, antikejang atau obat kanker).

3. Klasifikasi Anemia

Menurut (Soebroto, 2020) Anemia dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis yaitu:

a. Anemia Defisiensi Zat Besi

Zat besi merupakan bagian dari molekul hemoglobin. Oleh sebab itu, Ketika tubuh kekurangan zat besi, produksi hemoglobin akan menurun. Meskipun demikian, penurunan hemoglobin sebetulnya barua akan terjadi jika cadangan zat besi (fe) dalam tubuh sudah benar benar habis. Kurangnya zat besi dalam tubuh bisa disebbkkan banyak hal. Kekurangan zat besi pada bayi lahir dari seorang ibu yang menderita kekurangan zat besi. Pada anak-anak,

mungkin disebabkan oleh asupan makanan yang kurang mengandung zat besi.

Sedangkan pada orang dewasa, kekurangan zat besi pada prinsipnya hampir selalu disebabkan oleh perdarahan berulang. Factor resiko terjadinya anemia memang lebih besar dibandingkan pria. Cadangan zat besi dalam tubuh perempuan lebih sedikit dibandingkan pria. Setiap harinya seorang wanita akan kehilangan 1-2 mg zat besi melalui ekskresi. Pada saat menstruasi kehilangan zat besi bisa bertambah hingga 1 mg lagi.

b. Anemia Defisiensi Vitamin C

Anemia karena kekurangan Vitamin C adalah sejenis anemia yang jarang terjadi, yang disebabkan oleh kekurangan Vitamin C yang berat dalam jangka waktu lama. Penyebab kekurangan Vitamin C biasanya adalah kurangnya asupan Vitamin C dalam makanan sehari-hari. Salah satu fungsi Vitamin C membantu penyerapan zat besi, sehingga jika kekurangan Vitamin C, maka jumlah zat besi yang diserap akan berkurang dan bisa terjadi anemia.

c. Anemia Makrositik

Anemia ini disebabkan karena kekurangan Vitamin B12 atau asam folat yang diperlukan dalam proses pembentukan dan pematangan sel darah merah, granulosit dan platelet. Selain mengganggu proses pembentukan sel darah merah, kekurangan Vitamin B12 juga mempengaruhi sistem saraf sehingga penderita anemia akan merasa kesemutan di tangan dan kaki, tingkai, kaki dan tangan seolah mati rasa, serta kaku dalam bergerak. Gejala lain dapat terlihat diantaranya warna kuning dan biru, luka terbuka dilidah atau lidah terasa terbakar, penurunan berat badan, warna kulit menjadi lebih gelap, linglung, depresi, dan penurunan fungsi intelektual.

d. Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik terjadi bila sel darah merah dihancurkan jauh lebih cepat dari normal. Umur sel darah merah normalnya 120 hari. Pada anemia hemolitik, umur sel darah merah lebih pendek sehingga

sumsum tulang penghasil sel darah merah tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan sel darah merah.

e. Anemia Sel Sabit

Anemia sel sabit adalah suatu penyakit keturunan yang ditandai dengan sel darah merah yang berbentuk sabit, kaku dan anemia hemolitik kronik. Pada penyakit sel sabit, sel darah merah memiliki hemoglobin yang bentuknya abnormal, sehingga mengurangi jumlah oksigen di dalam sel dan menyebabkan bentuk sel menjadi seperti sabit. Sel yang berbentuk sabit akan menyumbat dan merusak pembuluh darah terkecil dalam limfa, ginjal, otak, tulang dan organ lainnya serta menyebabkan berkurangnya pasokan oksigen ke organ tersebut. Sel sabit ini rapuh dan akan pecah pada saat melewati pembuluh darah, menyebabkan anemia berat, penyumbatan aliran darah, kerusakan organ, bahkan sampai pada kematian.

f. Anemia Aplastik

Anemia aplastik terjadi penurunan ketiga produk sumsum tulang yaitu kekurangan sel darah merah (anemia), kekurangan sel darah putih (leukopenia) dan kekurangan trombosit (trombositopenia).

4. Tanda dan Gejala Anemia

Tanda dan gejala terjadinya anemia didalam tubuh, diantaranya ialah lesu, lemah, letih, lelah, lunglai, sering mengeluh pusing dan mata berkunang kunang, gejala lebih lanjut adalah kelopak mata, bibir, lidah, kulit dan telapak tangan pucat. Penderita anemia dapat mengalami salah satu tanda atau beberapa tanda anemia tersebut secara sekaligus (Bakta, 2017). Ada juga beberapa gejala yang sering muncul penderita anemia diantaranya ialah lemah, letih, lesu, mudah Lelah, lunglai, wajah tampak pucat, mata berkunang kunang, nafsu makan berkurang, sulit berkonsentrasi. Anemia dapat menimbulkan dampak negatif yang nantinya berpengaruh pada aktivitas sehari hari seperti berkurangnya daya pikir, menurunnya produktivitas kerja, menurunnya kebugaran tubuh. (Soebroto, 2020). Beberapa tanda lain dari anemia yaitu, penderita mudah

tersinggung, gangguan saluran cerna, sesak nafas, nadi lemah, cepat, dan hipotensi ortostatik (Togatorop, 2021).

5. Patofisiologi Anemia

Menurut (Togatorop, 2021) Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum tulang atau kehilangan sel darah merah berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum tulang dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi. Lisis sel darah merah terjadi dalam sel fagositik atau dalam sistem retikulo endothelial, terutama dalam hati dan limpa. Sebagai hasil sampingan dari proses tersebut, bilirubin yang terbentuk dalam fagositik akan memasuki aliran darah. Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, maka hemoglobin akan muncul dalam plasma. Apabila konsentrasi plasmanya melebihi kapasitas hemoglobin plasma, maka hemoglobin akan berdifusi dalam glomerulus ginjal dan ke dalam urin. Pada dasarnya gejala anemia timbul karena dua hal, yaitu anoksia organ target karena berkurangnya jumlah oksigen yang dapat dibawa oleh darah ke jaringan dan mekanisme kompensasi tubuh terhadap anemia. Kombinasi kedua penyebab ini akan menimbulkan gejala yang disebut sindrom anemia. Berdasarkan proses patofisiologi terjadi anemia dapat digolongkan pada 3 kelompok:

a. Anemia Akibat Produksi Sel Darah Merah yang Menurun atau Gagal.

Pada anemia tipe ini, tubuh memproduksi sel darah yang terlalu sedikit. Atau sel darah merah yang diproduksi tidak berfungsi dengan baik. Hal ini terjadi akibat adanya abnormalitas sel darah merah atau kekurangan mineral dan vitamin yang dibutuhkan agar produksi dan kerja dari eritrosit berjalan normal. Kondisi kondisi yang mengakibatkan anemia ini antara lain gangguan sumsum tulang, anemia defisiensi zat besi, serta gangguan kesehatan lain yang mengakibatkan penurunan hormon yang diperlukan untuk proses eritropoesis.

b. Anemia Akibat Penghancuran Sel Darah Merah.

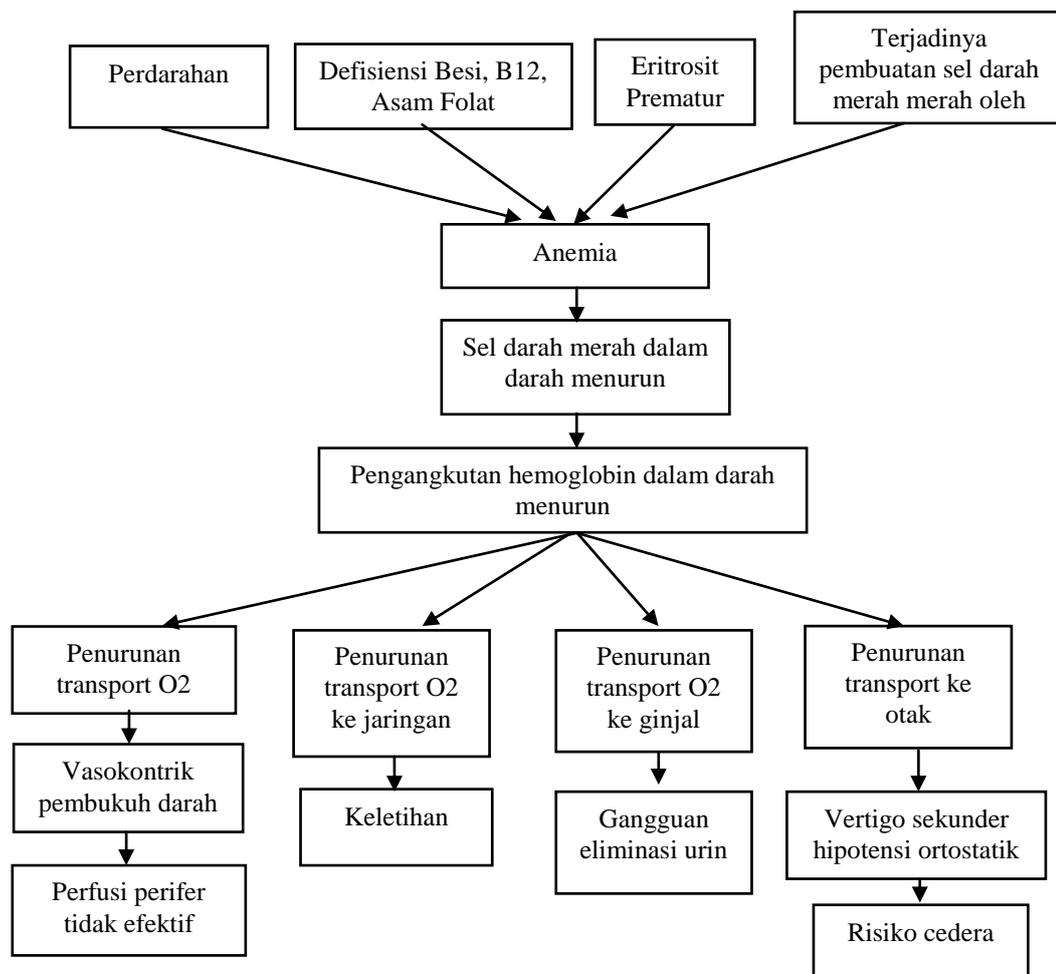
Bila sel darah merah yang beredar terlalu rapuh dan tidak mampu bertahan terhadap tekanan sirkulasi maka sel darah merah

akan hancur lebih cepat sehingga menimbulkan anemia hemolitik. Penyebab anemia hemolitik yang diketahui antara lain: keturunan, adanya stressor seperti infeksi obat-obatan, bisa hewan dan beberapa jenis makanan. Toksin dari penyakit liver dan ginjal kronis.

c. Anemia Akibat Kehilangan Darah.

Anemia ini dapat terjadi pada perdarahan akut yang hebat ataupun pada perdarahan yang berlangsung perlahan namun kronis. Perdarahan kronis umumnya muncul akibat gangguan gastrointestinal (misal ulkus, hemoroid, gastritis, atau kanker saluran pencernaan), penggunaan obat-obatan yang mengakibatkan ulkus atau gastritis, menstruasi dan proses melahirkan.

6. Pathway



Sumber: Wijaya & Putri, 2013

Gambar 1
Pathway Anemia

7. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Bakta, (2017) pemeriksaan laboratorium merupakan penunjang diagnostik pokok dalam diagnosis anemia. Pemeriksaan ini terdiri dari:

a. Pemeriksaan Penyaring (Sceening Test)

Pemeriksaan penyaring untuk kasus anemia terdiri dari pengukuran kadar hemoglobin, indeks eritrosit dan hapusan darah tepi.

b. Pemeriksaan Darah Seri Anemia

Pemeriksaan darah seri anemia meliputi hitung leukosit, trombosit, hitung retikulosit dan laju endap darah.

c. Pemeriksaan Sumsum Tulang

Pemeriksaan sumsum tulang memberikan informasi yang sangat berharga mengenai keadaan sistem hematopoiesis. Pemeriksaan ini dibutuhkan untuk diagnosis definitif pada beberapa jenis anemia. Pemeriksaan sumsum tulang mutlak diperlukan untuk diagnosis anemia aplastik, anemia megaloblastik, serta pada kelainan hematologik yang dapat mensupresi sistem eritroid

d. Pemeriksaan Khusus

Pemeriksaan ini hanya dikerjakan atas indikasi khusus, misalnya pada:

- 1) Anemia defisiensi besi: serum iron, TIBC (total iron binding capacity), saturasi transferin, protoporfirin eritrosit, feritin serum, reseptor transferin dan pengecatan besi pada sumsum tulang (*Perl's stain*).
- 2) Anemia megaloblastik: folat serum, vitamin B12 serum, tes supresi deoksiuridin dan tes Schiling.
- 3) Anemia hemolitik: bilirubin serum, tes Coomb, elektroforesis hemoglobin dan lain-lain.
- 4) Anemia aplastik: biopsi sumsum tulang

Selain itu, pemeriksaan penunjang menurut (Togatorop, 2021) yaitu:

- (a) Jumlah pemeriksaan darah lengkap dibawah normal (hemoglobin <12 g/dl, Hematokrit <33%, dan sel darah merah)
- (b) Tes comb direk positif menandakan anemia hemolitik autoimun
- (c) Tes *schilling* digunakan untuk mendiagnosa defisiensi vitamin B12

8. Komplikasi Anemia

Penderita anemia yang tidak mendapat perawatan yang baik bisa saja mengalami beberapa komplikasi seperti kesulitan melakukan aktivitas akibat mudah lelah. Masalah pada jantung, seperti aritmia dan gagal jantung. Gangguan pada paru misalnya hipertensi pulmonal. Selain itu anemia juga dapat memicu terjadinya komplikasi kehamilan, seperti melahirkan premature, atau bayi terlahir dengan berat badan rendah serta resiko kematian akibat perdarahan saat melahirkan. Penderita anemia juga rentan mengalami infeksi dan akan terjadi gangguan tumbuh kembang apabila terjadi pada anak-anak atau bayi (Josephine D. 2020).

Selain itu, diabetes melitus juga dapat mengakibatkan anemia karena penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang disebabkan kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya. Salah satu organ yang menjadi target kerusakan utama adalah ginjal. Kejadian anemia meningkat seiring dengan meningkatnya stadium ND dan penyakit ginjal kronis (Ariza et al., 2022).

D. Publikasi Terkait Asuhan Keperawatan

1. Asuhan Keperawatan pada Klien Ny.N dengan Kasus Anemia di ruang Melati RSD Balung Jember.

Pengkajian adalah tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga dan kelompok yang meliputi identitas, didapatkan data dari hasil pengkajian pasien tampak lemah, tampak kulit pucat, tampak penurunan Hb 6,9 g/dL, CRT>3 detik, pasien mengeluh mual dan muntah, pasien mengeluh pusing berkunang kunang dan cepat lelah, mobilitas dibantu sebagian seperti makan, kamar mandi, pasien mengeluh nafus makan menurun. Dalam pemeriksaan tanda-tanda vital pasien mengalami rentan normal tidak ada tanda penurunan tanda-tanda

vital. Pada pemeriksaan keadaan umum, pemeriksaan fisik dan didapatkan data bahwa Ny.N kesadaran composmentis, GCS: E4V5M6, TTV (TD: 130/80 mmHg, N: 90x/mnt, S: 36°C, RR: 20x/mnt), wajah pucat. Pada kasus Ny.N dengan anemia hanya ditemukan 2 diagnosa yang ditegakkan adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin dan defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.

Intervensi keperawatan yang ditetapkan berdasarkan teori pada diagnosis perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin yaitu, tujuannya: peningkatan perfusi perifer. Intervensi yang dilakukan: monitor turgor kulit, lakukan prinsip benar, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi klien, jelaskan prosedur pemantauan, pemberian tranfusi darah (golongan O). Pada diagnosis defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologi yaitu, tujuannya: kebutuhan nutrisi terpenuhi. Intervensi yang dilakukan: identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, identifikasi status nutrisi, berikan makanan tinggi protein, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

Implementasi adalah suatu rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu monitor turgor kulit, melakukan prinsip benar, atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien, menjelaskan prosedur pemantauan, memberikan tranfusi darah. Sedangkan implementasi yang dilakukan pada diagnose defisit nutrisi yaitu mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi, mengidentifikasi makanan tinggi protein, mengidentifikasi status nutrisi, mengkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jumlah nutrisi yang dibutuhkan.

Pada tahap evaluasi, kegiatan yang dilakukan yaitu mengevaluasi selama proses berlangsung dengan metode SOAP. Evaluasi dari hasil tindakan keperawatan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu

setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam masalah teratasi sebagian dan didapatkan data subjektif klien mengatakan pusing berkurang dan lemas. Didapatkan data objektif CRT<3 dtk, membran mukosa membaik, wajah tidak pucat, turgor kulit membaik. Pada diagnosis defisit nutrisi yaitu belum teratasi karena waktu 2 hari tidak cukup untuk melihat perkembangan nutrisi dan nafu makan klien sudah mulai ada (Penelitian, Fitriah, 2019).

2. Pemberian Transfusi Darah Sebagai Upaya Peningkatan Perfusi Jaringan pada Pasien Anemia.

Hasil pengkajian didapatkan data, pasien berinisial Tn H yang berusia 28 tahun dan beragama Islam. Memiliki pendidikan terakhir SMK dan bekerja sebagai pegawai swasta, suku Jawa. Tn H terdiagnosis memiliki anemia. Keluhan yang dirasakan berupa lemas, merasa lelah, mual dan pusing. Pusing dirasakan saat berdiri dan bangun dari tempat tidur. Nafas terasa agak sedikit sesak, nyeri di bagian perut. dan sebelumnya pasien mengalami demam naik turun. Tn. H pernah dilakukan perawatan karena diagnosis medis yang sama dan mendapatkan transfusi pada tahun 2015. Pemeriksaan fisik ditemukan adanya penurunan nadi perifer, pucat pada bagian konjungtiva, kulit dan bibir, turgor kulit turun dan mukosa bibir terlihat kering. Tekanan darah menunjukkan angka 100/77 mmHg, nadi 109 kali per menit, respiratory rate 28 kali per menit dan suhu tubuh 37,6°C. Hasil dari pemeriksaan laboratorium darah lengkap diketahui nilai Hb 6 g/dl. (normal 10,7 sampai 17.7 g/dL), hematokrit 24 % (normal 42 sampai 52%).

Berdasarkan data hasil pengkajian didapatkan diagnosa keperawatan yang sesuai yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan, Intervensi dan implementasi yang sesuai dengan diagnosa keperawatan tersebut adalah dengan perawatan sirkulasi. Tindakan ini bertujuan agar terjadi peningkatan denyut nadi perifer, warna kulit kembali segar tidak pucat, nyeri ekstremitas menurun, turgor kulit membaik, serta perbaikan tekanan darah sistolik dan diastolik. Perawatan sirkulasi dilakukan dengan tiga tindakan utama yaitu observasi, terapeutik dan edukasi. Tindakan

observasi dilakukan dengan melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer termasuk di dalamnya nadi, warna, suhu, turgor kulit), melakukan identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi serta monitor adanya nyeri atau bengkak, kemerahan dan panas. Tindakan terapeutik dilakukan dengan menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi, menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi, menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera, serta melakukan perawatan kaki dan kuku. Tindakan edukasi dilakukan dengan menganjurkan olahraga rutin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, anti koagulan, anjurkan program diet perbaikan sirkulasi, serta informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan seperti adanya luka yang sukar sembuh, hilang rasa, sakit yang tidak hilang saat beristirahat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017)

Hasil evaluasi keperawatan setelah tiga hari dilakukan intervensi keperawatan menunjukkan bahwa masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin teratasi sebagian Hal ini ditandai dengan perubahan kadar hemoglobin yang menunjukkan adanya peningkatan menjadi 9,5 g/dL.yang sebelumnya 6 g/dl. Tekanan darah juga menunjukkan adanya peningkatan menjadi 114/78 mmHg, nadi 93 kali per menit, suhu 37°C, RR 25 kali per menit. Berdasarkan hal tersebut, maka perawat perlu melanjutkan intervensi perawatan sirkulasi sehingga kadar Hb Tn H mencapai angka normal (Penelitian, Zulqifni & Suandika, 2022).

3. Asuhan Keperawatan pada Tn. S Dengan Gangguan Sistem Hematologi Akibat Anemia di Ruang Cendana 2 Rsud Kardina Kota Tegal.

Berdasarkan pengkajian di dapatkan data pusing dibagian kepala depan atas, lemas, tampak pucat, konjungtiva anemis, TD:100/80 mmhg, RR: 24x/menit, N: 80x/menit, Hb: 7,1 g/dl, CRT >2 detik, mual, tidak nafsu makan, BB selama sakit: 55kg, TB: 168 cm, porsi makan ¼, lelah, lemah, lesu, aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat. Di

dapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, intoleransi aktivitas. Setelah dilakukan perawatan selama 3 hari didapatkan hasil diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan perifer yaitu pusing berkurang, lemas berkurang, konjungtiva anemis, TD: 110/80mmhg, RR: 24x/menit, N: 80x/menit. Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu pasien mengatakan nafsu makan meningkat, pasien mengatakan sudah tidak lemas, pasien mengatakan sudah tidak mual, diagnosa intoleransi aktivitas yaitu pasien mengatakan sudah tidak terasa lelah jika beraktivitas, pasien terlihat bugar, pasien sudah tidak meringis menahan sakit kepala, aktivitas ADL pasien mandiri (Rahayu, 2022).

BAB III

METODE

A. Pendekatan Asuhan Keperawatan

Pada Karya Tulis Ilmiah ini penulis menggunakan pendekatan asuhan keperawatan yang berfokus pada asuhan keperawatan, yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan sirkulasi ada pasien Anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek. Konsep asuhan keperawatan individu pada pasien dewasa.

B. Subyek Asuhan Keperawatan

Subyek asuhan keperawatan pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah dua pasien dengan Anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek yang mengalami gangguan kebutuhan Sirkulasi dengan kriteria :

1. Pasien didiagnosis anemia yang mengalami gangguan kebutuhan sirkulasi di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek.
2. Kedua pasien berjenis kelamin perempuan
3. Pasien berusia 55 tahun dan 35 tahun
4. Pasien memahami bahasa Indonesia dan memiliki fungsi pendengaran dan penglihatan yang baik.
5. Pasien yang memiliki keluhan gangguan kebutuhan sirkulasi
6. Pasien bersedia menjadi responden
7. Bersedia mengikuti secara sukarela dengan menandatangani lembar persetujuan informed consent.

C. Fokus Studi

Penulis melakukan focus studi asuhan dengan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penegakan diagnose, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang bertujuan untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dialami, khususnya gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Konsep asuhan keperawatan yang digunakan penulis adalah asuhan keperawatan individu.

D. Lokasi dan Waktu

1. Lokasi Asuhan Keperawatan

Lokasi pada asuhan keperawatan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia dilaksanakan di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

2. Waktu Asuhan Keperawatan

Waktu Asuhan di lakukan pada tanggal 09-14 Januari 2023, waktu tersebut digunakan untuk melakukan asuhan keperawatan untuk dua orang pasien.

E. Definisi Operasional

1. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan adalah faktor penting dalam kelangsungan hidup pasien dan aspek-aspek pemeliharaan, rehabilitatif, dan preventif perawatan kesehatannya (Astar et al., 2018).

2. Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan (Hidayat & Uliyah, 2020).

3. Anemia

Anemia adalah suatu kondisi medis dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin kurang dari normal atau turunnya kadar sel darah merah/hemoglobin dalam darah (Masriadi, 2021).

F. Instrumen Asuhan Keperawatan

Alat yang digunakan untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah ini adalah lembar format asuhan keperawatan medikal bedah, yang meliputi proses pengkajian, diagnose keperawatan, rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan. Pada saat pengkajian (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi) dibutuhkan alat sebagai berikut:

1. Inspeksi

Pada inspeksi dibutuhkan alat: *penlight, handscoon, metline*, jam tangan

2. Palpasi

Pada palpasi dibutuhkan alat: *handscoon*, *thermometer*, *sphygmomanometer*, *stetoskop*, dan *jam tangan*

3. Perkusi

Pada perkusi dibutuhkan alat: *handscoon*, dan *reflek hammer*

4. Auskultasi

Pada auskultasi dibutuhkan alat: *handscoon* dan *stetoskop*

G. Metode Pengumpulan Data

Menurut (Budiono & Pertami, 2016) terdapat beberapa metode yang digunakan dalam pengumpulan data tahap pengkajian yaitu:

1. Anamnesis

Anamnesis merupakan suatu proses tanya jawab atau komunikasi untuk mengajak pasien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan, mencakup keterampilan secara verbal dan nonverbal, empati dan rasa kepedulian yang tinggi. Teknik verbal meliputi: pertanyaan terbuka/tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon klien. Sementara itu, teknik nonverbal, meliputi: mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan dan kontak mata.

2. Observasi

Observasi adalah pengamatan perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Kegiatan observasi meliputi 2S HFT: *Sight*, seperti kelainan fisik, perdarahan, terbakar dan menangis. *Smell*, seperti alkohol, darah, feses, obat obatan dan urine. *Hearing*, seperti tekanan darah, batuk, menangis, ekspresi nyeri, heart rate dan ritme. *Feeling*, seperti daya rasa. *Tase*, seperti cita rasa.

3. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan dengan menggunakan metode atau teknik PE (*physical examination*) yang terdiri atas:

a. Inspeksi

Inspeksi merupakan proser observasi yang dilakukan secara sistematis. Inspeksi dilakukan dengan menggunakan indra penglihatan pendengaran dan penciuman sebagai alat untuk mengumpulkan data.

Fokus inspeksi pada setiap bagian tubuh meliputi ukuran tubuh, warna kulit, bentuk tubuh, serta posisi dan kesimetrisan tubuh.

b. Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari adalah instrumen yang sensitif dan dapat digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi dan ukuran.

c. Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetuk jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh pasien yang akan dikaji untuk membandingkan bagian yang kiri dan kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk dan konsistensi jaringan.

d. Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh.

H. Analisis data dan Penyajian Data

1. Analisis Data

Data yang di peroleh sesuai dengan jenis data antara lain:

a. Data Primer

Pada pengumpulan data Karya Tulis Ilmiah ini dilakukan pengambilan data melalui pasien itu sendiri dengan mengamati tanda gejala secara objektif, dan memperoleh data subjektif melalui anamnesis keluarganya.

b. Data Sekunder

Data yang diperoleh dari petugas di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung, sumber data meliputi:

- 1) Catatan medis pasien
- 2) Riwayat penyakit
- 3) Konsultasi
- 4) Hasil pemeriksaan diagnostik

5) Perawat ruangan

2. Penyajian Data

Penulis menyajikan data pada karya tulis ilmiah ini dengan cara textular, yaitu penyajian data hasil asuhan dalam bentuk narasi dan juga berbentuk tabel.

a. Narasi

Narasi merupakan suatu bentuk penyajian yang digunakan dalam bentuk kalimat untuk memberikan informasi melalui kalimat yang mudah untuk di pahami pembaca. Misalnya, menjelaskan hasil pengkajian lansia sebelum diberikan asuhan keperawatan dalam bentuk kalimat atau teks.

b. Tabel

Tabel merupakan suatu bentuk data yang berupa kolom atau baris tertentu untuk menjelaskan hasil pengkajian ataupun suatu implementasi yang sudah digunakan yang sesuai sehingga mudah untuk dipahami. Contohnya seperti tabel catatan perkembangan pasien saat diberikan asuhan keperawatan yang meliputi daftar implementasi dan evaluasi yang sudah dilakukan perawat.

I. Prinsip Etik

Prinsip etik yang digunakan penulis dalam membuat asuhan keperawatan fokus tindakan keperawatan ini adalah prinsip etik keperawatan dalam memberikan layanan keperawatan kepada individu, kelompok atau keluarga dan masyarakat. Menurut (Gegen & Prio Agus, 2019) prinsip etik yang digunakan antara lain:

1. *Autonomy*

Autonomy atau otonomi prinsip ini berdasarkan pada keyakinan bahwa individu mampu berfikir logis dan mampu mengambil keputusan sendiri. Dalam hal ini perawat harus memberikan kebebasan/hak individu untuk mengambil keputusan sesuai dengan alasan/tujuan dan kewenangan sesuai dengan kemampuannya. Perawat hanya memberikan beberapa alternatif dalam mengambil keputusan sedangkan pasien memiliki hak

untuk membuat dan menentukan keputusan yang dirasa paling baik dan mampu dilakukan oleh pasien dan keluarganya.

2. *Beneficence*

Azas *beneficence* mencakup aspek yang berguna atau bermanfaat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan pasien. Merupakan tugas perawat untuk mengambil tindakan/keputusan yang paling berguna bagi klien. Perawat akan menganggap bahwa setiap tindakan yang dilakukan tidak merugikan dan harus mendapat persetujuan/izin pasien, yang menguntungkan atau meningkatkan kesejahteraan pasien. Perawat menganggap manfaatnya lebih besar dari pada risikonya.

3. *Non-maleficence*

Tindakan/perilaku yang tidak menyebabkan kecelakaan atau membahayakan orang lain. Perawat harus memahami dan membedakan sikap dan tindakan yang bersifat *non-maleficence* atau yang menyebabkan cedera atau kerugian pada pasien, sehingga dapat diterapkan dengan baik dalam praktik klinis di kenyataan di lapangan. Kewajiban perawat untuk tidak melakukan kesalahan dan tindakan yang membahayakan atau mencederai pasien.

4. *Justice*

Kewajiban perawat untuk berbuat adil dalam melayani pasien. Adil bukan berarti harus sama durasi waktunya saat menemui pasien, tetapi adil dalam bidang pelayanan keperawatan adalah memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi ketergantungan pasien, tidak membedakan suku, agama, ras, dan faktor demografi pasien lainnya. Keadilan bermakna memberikan kontribusi pelayanan keperawatan yang berarti bagi pasien dalam mengatasi kesehatannya.

5. *Fidelity*

Fidelity atau taat pada janji, berarti perawat akan taat atau menepati janji bila melakukan kontrak kerja dengan pasien. Perawat yang profesional akan membuat rencana asuhan keperawatan yang lengkap dan sistematis. Rencana asuhan keperawatan akan didiskusikan dengan pasien dan keluarganya. Inilah yang disebut kontrak perawat dengan pasien.

Fidelity akan selalu diingat oleh pasien, sehingga setiap perubahan ada modifikasi tindakan asuhan keperawatan harus didiskusikan dengan pasien dan keluarganya.

6. **Accountability**

Akuntabilitas yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Untuk mempertanggung jawabkan hasil pekerjaan, dimana tindakan yang dilakukan merupakan satu aturan profesional. Oleh karena itu pertanggung jawaban atas hasil asuhan keperawatan mengarah langsung kepada praktisi itu sendiri.

7. **Confidentiality**

Pemahaman seorang perawat yang memiliki kewajiban untuk menjaga dan menjamin semua data/informasi yang berhubungan dengan status atau penyakit pasien harus dirahasiakan. Kesalahan melindungi informasi pasien merupakan *privasi* yang akan merugikan nama baik pasien dan keluarganya.

8. **Veracity (Kejujuran)**

Veracity atau kejujuran adalah prinsip moral dilema etik yang mengharuskan perawat berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Kadang-kadang perawat takut berkata jujur atas apa yang dialami oleh pasien. Kadang-kadang perawat takut berkata jujur karena pasien masih ada perhubungan persaudaraan, ada hubungan atasan-bawahan, atau karena faktor kedekatan lainnya.

9. **Freedom (Kebebasan)**

Perilaku tanpa tekanan dari luar, memutuskan sesuatu tanpa tekanan atau paksaan pihak lain. siapapun bebas menentukan pilihan yang menurut pandangannya adalah pilihan terbaik. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, sebelumnya penulis mendatangi pasien untuk meminta kesediaan menjadi subjek asuhan. Penulis juga harus melalui beberapa tahap pengurusan perizinan dan setelah mendapat persetujuan barulah di laksanakan asuhan keperawatan dengan memperhatikan etika-etika penelitian yaitu:

a. *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembaran persetujuan *informed consent* tersebut di berikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia, maka mereka harus mendatangi lembar persetujuan. Jika reponden tidak bersedia maka peneliti harus menghormati hak pasien.

b. *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan pasien dengan cara tidak mencantumkan nama pasien pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan inisial pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian.

c. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan etika dengan memberikan jaminan hasil penelitian, baik informasi manapun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset

BAB IV

HASIL ASUHAN DAN PEMBAHASAN

Penulis pada BAB ini akan menguraikan tentang hasil pengumpulan data asuhan keperawatan pasien dengan gangguan kebutuhan sirkulasi pada masalah kesehatan Anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 09-14 Januari 2023 didapatkan 2 pasien asuhan keperawatan pada pasien anemia dengan gangguan kebutuhan dasar sirkulasi. Asuhan keperawatan ini dilakukan selama 3 hari berturut-turut yang dimulai dari proses keperawatan pengkajian awal sampai dengan evaluasi. Secara lengkap asuhan keperawatan tersebut sebagai berikut:

A. Hasil Asuhan

1. Pengkajian

Berdasarkan data yang diperoleh pada tanggal 10 Januari 2023 didapatkan dua pasien anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi. Hasil pengkajian pada kedua pasien anemia adalah sebagai berikut:

Tabel 2
Data Pengkajian Keperawatan pada Pasien

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Identitas Pasien	<ul style="list-style-type: none"> - Nama: Ny. S - Jenis kelamin: Perempuan - Umur: 52 tahun - Agama: Islam - Pendidikan: SMP - Pekerjaan: Ibu Rumah Tangga - Alamat: Tanggamus - Tgl Masuk: 09 Januari 2023 - Tgl Pengkajian: 09 Januari 2023 - Dx Medis: Anemia - No. RM: 00686167 	<ul style="list-style-type: none"> - Nama: Ny. S - Jenis kelamin: Perempuan - Umur: 35 tahun - Agama: Islam - Pendidikan: SD - Pekerjaan: Ibu Rumah Tangga - Alamat: Mesuji - Tgl Masuk: 09 Januari 2023 - Tgl Pengkajian: 09 Januari 2023 - Dx Medis: Anemia - No. RM: 00699667
Riwayat Kesehatan	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan utama: - Lemas - Riwayat penyakit sekarang: - Pasien datang ke IGD diantar oleh keluarganya dengan menggunakan kursi roda, pada tanggal 09 Januari 2023 pukul 01.50 WIB dengan keluhan lemas sejak 3 hari yang lalu. - Pasien mengatakan sesak, mudah merasa lelah, 	<ul style="list-style-type: none"> - Keluhan utama: - Lemas - Riwayat penyakit sekarang: - Pasien datang ke IGD diantar keluarganya dengan menggunakan kursi roda pada tanggal 09 Januari 2023 pukul 07.25 WIB dengan keluhan lemas. - Keluarga pasien mengatakan pasien tidak

	<p>merasa tidak punya tenaga walaupun sudah makan, lemas, pusing, mata berkunang-kunang pada saat mencoba untuk bangun dari tempat tidur sehingga sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pada saat dikaji tanggal 10 Januari 2023 pasien tampak lesu, bibir tampak pucat, konjungtiva tampak anemis, akral teraba dingin. - Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 90/75 mmHg, nadi: 54x/menit, RR: 33x/menit, T: 36,0°C 	<p>sadarkan diri setelah pulang dari kebun.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sesak, mudah merasa lelah, lemas, merasa tidak punya tenaga walaupun sudah makan, pusing, mata berkunang-kunang saat akan bangun dari tempat tidur sehingga sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari. - Pasien juga mengatakan kakinya sering kesemutan sejak - Pada saat dikaji pada tanggal 10 Januari 2023 pasien tampak lesu, bibir tampak pucat, konjungtiva tampak anemis, akral teraba dingin. - Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: Tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 56x/menit, RR: 30x/menit, T: 36,2°C
	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat alergi (obat, makanan, dll): - Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat alergi (obat, makanan, dll): - Pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat maupun makanan
	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat penyakit keluarga: - Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat anemia atau penyakit keturunan lainnya seperti hipertensi atau diabetes melitus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ibunya memiliki riwayat penyakit hipertensi
Anamnesis Pengkajian		
Pola Manajemen Kesehatan Persepsi Kesehatan	<p>Kondisi Kesehatan umum pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sakit sedang 	<p>Kondisi Kesehatan umum pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sakit sedang
	<p>Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama ini jarang berolahraga - Sehari-hari pasien minum sekitar 5-6 gelas dalam 24 jam, teh sekitar 2 kali dalam sehari, setiap pagi dan malam hari - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol - Pasien mengatakan jika mengalami masalah atau tekanan, cara melampiaskan stresnya dengan bercerita dan meminta solusi kepada keluarganya. 	<p>Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama ini jarang berolahraga - Sehari-hari pasien minum sekitar 5-6 gelas dalam 24 jam, teh sekitar 1 kali dalam sehari yaitu setiap pagi - Pasien mengatakan tidak mengonsumsi alkohol - Pasien mengatakan jika mengalami masalah atau tekanan, cara melampiaskan stresnya dengan bercerita dan meminta solusi kepada keluarganya.

	<p>Upaya perlindungan Kesehatan yang dilakukan pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama ini sering mengunjungi fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas - Pasien mengatakan memiliki jaminan Kesehatan 	<p>Upaya perlindungan Kesehatan yang dilakukan pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan selama ini sering mengunjungi fasilitas kesehatan terdekat seperti puskesmas - Pasien mengatakan memiliki jaminan Kesehata
Kategori Fisiologis	<p>Respirasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien memiliki masalah dalam respirasi yaitu sesak nafas 	<p>Respirasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien memiliki masalah dalam respirasi yaitu sesak nafas
	<p>Sirkulasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sering kesemutan 	<p>Sirkulasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sering kesemutan
	<p>Nutrisi dan cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan nasi putih, lauk dan sedikit sayuran dengan jumlah yang cukup sekitar satu piring. Selain itu, pasien juga sering makan-makanan cemilan seperti keripik, roti, gorengan dan jarang memakan buah-buahan selama dirumah. - Di rumah: sakit pasien mengataka ada penurunan nafsu makan dikarenakan pasien mengalami penurunan penyerapan asupan makanan yang diakibatkan penurunan hemoglobin atau sel darah merah. - Pasien mengatakan makan 3-4 sendok makan dalam sehari 3 kali dengan porsi yang diberikan rumah sakit dan tidak memakan buah yang diperikan. Pasien minum sekitar 2-5 gelas perhari 	<p>Nutrisi dan cairan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit makan 3 kali sehari dengan nasi putih, lauk dan sedikit sayuran dengan jumlah yang cukup sekitar satu piring. Selain itu, pasien juga sering makan-makanan cemilan seperti keripik, roti, gorengan dan jarang memakan buah-buahan selama dirumah. - Di rumah sakit: pasien mengataka ada penurunan nafsu makan dikarenakan pasien mengalami penurunan penyerapan asupan makanan yang diakibatkan penurunan hemoglobin atau sel darah merah. - Pasien mengatakan makan 4-5 sendok makan dalam sehari 3 kali dengan porsi yang diberikan rumah sakit dan pasien tidak memakan setengah buah pisang. Pasien minum sekitar 3-5gelas perhari
	<p>Eliminasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit dalam sehari BAK sebanyak 5-6 kali. Pasien mengatakan urine berwarna jernih kekuningan dan bau has urine, tidak terdapat keluhan saat BAK. Sedangkan untuk frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan bau has fases - Di rumah sakit pasien BAK 	<p>Eliminasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit dalam sehari BAK sebanyak 5-6 kali. Pasien mengatakan urine berwarna jernih kekuningan dan bau has urine, tidak terdapat keluhan saat BAK. Sedangkan untuk frekuensi BAB 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan bau has fases

	<p>sebanyak 4-5 kali dengan urin berwarna jernih kekuningan dan berbau khas urine, tidak terdapat keluhan BAK. sedangkan frekuensi BAB sebanyak 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan bau has fases</p>	<p>- Di rumah sakit pasien BAK sebanyak 4-6 kali dengan urin berwarna jernih kekuningan dan berbau khas urine, tidak terdapat keluhan BAK. Sedangkan frekuensi BAB sebanyak 1 kali dalam sehari dengan konsistensi lunak, berwarna kuning dan bau has fases</p>
	<p>Aktivitas dan istirahat:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 6-8 jam dalam sehari. - Saat di rumah sakit, pasien mengatakan sulit tidur karena lingkungan yang berisik sehingga sering kali terbangun dan ketika sudah bangun pasien sulit untuk tidur kembali. - Pasien juga mengatakan ketika bangun tidur di pagi hari tidak merasa segar. Jumlah waktu tidur pasien saat ini kurang dari 6 jam yaitu 3 jam. 	<p>Aktivitas dan istirahat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sebelum sakit tidurnya 6-8 jam dalam sehari. - Saat di rumah sakit, pasien mengatakan sulit tidur karena pencahayaan yang terlalu terang dan bednya berada tepat pada lampu sehingga sulit untuk tidur dan jika tertidur sering kali terbangun dan ketika sudah bangun pasien sulit untuk tidur kembali. - Pasien juga mengatakan ketika bangun tidur di pagi hari tidak merasa segar. Jumlah waktu tidur pasien saat ini kurang dari 6 jam yaitu 4 jam.
	<p>Neurosensori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya mengeluh pusing. Pasien tidak terdapat keluhan lain 	<p>Neurosensori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya mengeluh pusing. Pasien tidak terdapat keluhan lain
	<p>Reproduksi dan seksualitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi dan fungsi seksual 	<p>Reproduksi dan seksualitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak mengalami masalah terkait dengan fungsi reproduksi dan fungsi seksual
Fisiologis	<p>Nyeri dan kenyamanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing, mengeluh sulit tidur 	<p>Nyeri dan kenyamanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tidak nyaman karena pusing, mengeluh sulit tidur
Pemeriksaan Fisik	<p>Keadaan umum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sakit sedang 	<p>Keadaan umum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sakit sedang
	<p>Kesadaran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5) 	<p>Kesadaran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Composmentis dengan GCS 15 (E4M6V5)
	<p>Tanda-tanda vital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah: 90/75 mmHg - Nadi: 57x/menit - RR: 33x/menit - T: 36,0°C 	<p>Tanda-tanda vital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah: 100/70 mmHg - Nadi: 58x/menit - RR: 30x/menit - T: 36,2°C
	<ul style="list-style-type: none"> - Kepala - Kulit kepala bersih, telinga kanan dan kiri simetris, kedua 	<ul style="list-style-type: none"> - Kepala - Kulit kepala bersih, telinga kanan dan kiri simetris,

	mata simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, sklera anemis, bibir tampak pucat	kedua mata simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, sklera anemis, bibir tampak pucat
	Leher - Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan	Leher - Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
	Thorax(Jantung dan paru) - Inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada - Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi dada simetris antara kanan dan kiri - Perkusi: pada lapang paru terdengar suara sonor dan tidak ada suara tambahan - Auskultasi: suara nafas paru vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan. Pada jantung terdengar suara lup-dup	Thorax(Jantung dan paru) - Inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak ada benjolan, tidak ada lesi, tidak ada retraksi dinding dada - Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, ekspansi dada simetris antara kanan dan kiri - Perkusi: pada lapang paru terdengar suara sonor dan tidak ada suara tambahan - Auskultasi: suara nafas paru vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan. Pada jantung terdengar suara lup-dup
	Abdomen - Inspeksi: tidak ada lesi, tidak ada benjolan, dan bentuk simetris - Auskultasi: bising usus 14x/menit - Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen - Perkusi: Tympani kuadran 1,2,3,4	Abdomen - Inspeksi: tidak ada lesi, tidak ada benjolan, dan bentuk simetris - Auskultasi: bising usus 14x/menit - Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada abdomen - Perkusi: Tympani kuadran 1,2,3,4
	Punggung dan tulang belakang - Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, dan tidak ada lesi	Punggung dan tulang belakang - Tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, dan tidak ada lesi
	Genetelia dan rectum - Pasien mengatakan genetelia dan rectum bersih, tidak ada kelainan, dan tidak terpasang kateter	Genetelia dan rectum - Pasien mengatakan genetelia dan rectum bersih, tidak ada kelainan, dan tidak terpasang kateter
	Ekstremitas - Pada ekstremitas atas sebelah kanan terpasang infus sehingga pergerakannya terbatas, tidak ada benjolan, tidak terdapat luka, tidak ada nyeri tekan	Ekstremitas - Pada ekstremitas atas sebelah kanan terpasang infus sehingga pergerakannya terbatas, tidak ada benjolan, tidak terdapat luka, tidak ada nyeri tekan

Pemeriksaan Diagnostik	Pasien 1		
	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
	Leukosit	3200	3.600-11.000/ μ
	Hemoglobin	4,2	11,7-15,5 g/Dl
	Hematokrit	13	35-47%
	Trombosit	3.000	150.000-440.000/ μ L
	Eritrosit	13	3,8-5,2 juta/ μ L
	MCV	88	80-100 fL
	MCH	29	26-34 pg
	MCHC	33	32-36 g/dL
	Basofil	0	0-1%
	Eosinofil	0	2-4%
	Neutrofil batang	0	3-5%
	Neutrofil segmen	37	50-70%
	Limfosit	51	25-40%
	Monosit	12	2-8%
	Gula darah sewaktu	184	<140 mg/dL
	Ureum	25	15-40 mg/dL
	Creatinine	0,51	0,90 mg/dL
	Pasien 2		
	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan
	Leukosit	9.200	3.600-11.000/ μ
	Hemoglobin	3,4	11,7-15,5 g/dL
	Hematokrit	10	35-47%
	Trombosit	397.000	150.000-440.000/ μ L
	Eritrosit	0,8	3,8-5,2 juta/ μ L
	MCV	117	80-100 fL
	MCH	41	26-34 pg
MCHC	35	32-36 g/dL	
Basofil	0	0-1%	
Eosinofil	0	2-4%	
Neutrofil batang	0	3-5%	
Neutrofil segmen	61	50-70%	
Limfosit	28	25-40%	
Monosit	11	2-8%	
Terapi Obat	Pasien 1		
	No	Nama Obat	Dosis
	1.	IVFD RI	20tpm/8 jam (iv)
	2.	Asam Folat	3 \times 1 (iv)
	3.	Dexamethasone	2 \times 1 (iv)
	4.	Vitamin K	2mg/8 jam (iv)
	5.	Omeprazole	500 mg/ hari (iv)
	6.	Transfusi Darah	220ml \times 3
	Pasien 2		
	No	Nama Obat	Dosis
	1.	IVFD RI	20tpm/8 jam (iv)
	2.	Omeprazole	40mg/12 jam (iv)
	3.	Asam Folat	3 \times 1/ 1ml (iv)
	4.	Paracetamol	3 \times 500 mg (iv)
5.	Methylprenisolone	125gr/ hari (iv)	
6.	Transfusi Darah	220ml \times 2	

2. Analisa Data

Tabel 3
Analisa Data Pasien 1

No	Tanggal	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	09 Januari 2023	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang - Pasien mengatakan kakinya kadang-kadang kesemutan Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat - Bibir tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT 4 detik - Konjungtiva anemis - Hemoglobin: 6,4gr/dl - Tekanan darah: 90/75 mmHg - Nadi: 54x/menit, RR: 33 x/menit, T: 36,0°C 	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2.	09 Januari 2023	Data Subjektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengeluh mudah lelah - Pasien mengeluh tidak bertenaga walaupun sudah makan - Pasien mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas - Pasien merasa energi tidak pulih walaupun sudah tidur Data Objektif: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak lesu - Pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Pasien tampak berbaring ditempat tidur 	Keletihan	Kondisi fisiologis (anemia)
3.	09 Januari 2023	Data Subjektif <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tidur karena berisik - Pasien mengeluh tidak puas tidur karena sering mendengar suara dari keluarga pasien lain - Pasien mengeluh sering terjaga - Pasien mengeluh pola tidur berubah - Pasien mengeluh istirahat tidak cukup Data Objektif <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Tampak lingkaran hitam disekitar mata - Mata tampak sayu 	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan (kebisingan)

Tabel 4
Analisa Data Pasien 2

No	Tanggal	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	09 Januari 2023	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengeluh kakinya sering kesemutan - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat - Bibir tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT 4 detik - Konjungtiva anemis - Hemoglobin: 7,0 gr/dl - Tekanan darah: 100/70 mmHg - Nadi: 56x/menit - RR: 30x/menit - T: 36,2 °C 	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan konsentrasi hemoglobin
2.	09 Januari 2023	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengeluh mudah lelah - Pasien mengeluh tidak bertenaga walaupun sudah makan - Pasien mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas - Pasien merasa energi tidak pulih walaupun sudah tidur <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak lesu - Pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin 	Keletihan	Kondisi fisiologis (anemia)
3.	09 Januari 2023	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh tidak puas tidur karena lampu yang berada tepat di atas wajah. - Pasien mengeluh sering berubah - Pasien mengeluh sering terjaga istirahat tidak cukup <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Mata tampak sayu - Tampak lingkaran hitam disekitar mata 	Gangguan pola tidur	Hambatan lingkungan (pencahayaan)

3. Diagnosa Keperawatan

Data dari hasil pengkajian yang telah dilakukan kepada kedua pasien yaitu Ny. S dan Ny. S dapat dirumuskan masalah keperawatan sebagai berikut:

Pasien 1

- a. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin
- b. Keletihan b.d kondisi fisiologis (anemia)
- c. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan (kebisingan)

Pasien 2

- a. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin
- b. Keletihan b.d kondisi fisiologis(anemia)
- c. Gangguan pola tidur b.d hambatan lingkungan(Pencahayaan)

4. Intervensi Keperawatan

Setelah melakukan pengumpulan data dan didapat diagnosa keperawatan pada pasien, maka penulis membuat rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kedua subyek asuhan yaitu: perfusi perifer tidak efektif, keletihan, dan gangguan pola tidur. Rencana tindakan keperawatan sebagai berikut:

Tabel 5
Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 1

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> - Akral me mbaik - Denyut nadi perifer meningkat - Warna kulit pucat menurun - Parastesia menurun - Pengisian kapiler 	Intervensi utama: Perawatan sirkulasi Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi prifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hidrasi Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan Intervensi Pendukung <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan Hasil Laboratorium

		membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolic membaik	Observasi: - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien Terapeutik: - Ambil sampel darah/sputum/pus/jaringan atau lainnya sesuai protoco
2.	Keletihan b.d kondisi fisiologis (anemia)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil: - Kemampuan melakukan aktifitas meningkat - Tenaga meningkat - Verbalisasi kepulihan energi meningkat - Verbalisasi lelah menurun - Lesu menurun - Pusing menurun - Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat	Intervensi utama Manajemen energi Obsevasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Intervensi pendukung Manajemen energi Observasi: - Identifikasi status nutrisi Edukasi: - Anjurkan posisi duduk Kolaborasi: - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
3.	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan(kebisingan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun	Intervensi utama Dukungan tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor penganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik - Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)

		- Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
--	--	---	--

Tabel 6
Rencana Tindakan Keperawatan Pasien 2

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi haemoglobin	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: - Akral me mbaik - Denyut nadi perifer meningkat - Warna kulit pucat menurun - Parastesia menurun - Pengisian kapiler membaik - Tekanan darah sistolik membaik - Tekanan darah diastolic membaik	Intervensi utama: Perawatan sirkulasi Observasi - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi prifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Terapeutik - Lakukan hidrasi Edukasi - Anjurkan olahraga rutin - Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan Intervensi Pendukung Pemantauan Hasil Laboratorium Observasi: - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien Terapeutik: - Ambil sampel darah/sputum/pus/jaringan atau lainnya sesuai protocol
2.	Keletihan b.d kondisi fisiologis (anemia)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan tingkat keletihan membaik dengan kriteria hasil: - Kemampuan melakukan aktifitas meningkat - Tenaga meningkat - Verbalisasi	Intervensi utama Manajemen energi Obsevasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

		kepulihan energi meningkat - Verbalisasi lelah menurun - Lesu menurun - Pusing menurun - Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat	- Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang Intervensi pendukung Manajemen energi Observasi: - Identifikasi status nutrisi Edukasi: - Anjurkan posisi duduk Kolaborasi: - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan
3.	Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan (kebisingan)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil: - Keluhan sulit tidur menurun - Keluhan sering terjaga menurun - Keluhan tidak puas tidur menurun - Keluhan pola tidur berubah menurun Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Intervensi utama Dukungan tidur Observasi - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) Terapeutik - Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misal, pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi - Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

5. Implementasi dan Evaluasi

Setelah membuat intervensi keperawatan yang akan diberikan pada pasien 1 dan pasien 2, penulis melanjutkan dengan melakukan tindakan implementasi disertai dengan evaluasi hasil dari intervensi keperawatan. Adapun Implementasi dan evaluasi yang dilakukan oleh penulis diantaranya sebagai berikut:

Tabel 7
Implementasi dan Evaluasi Pasien 1

No	Hari Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Hari Tanggal Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Senin 09-01-23 09.00 WIB 09.10 WIB 09.15 WIB 09.20 WIB 09.25 WIB 09.30 WIB 09.35 WIB	Pefusi perifer tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Melakukan hidrasi - Melakukan penambahan produk darah - Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal, sakit yang tidak kunjung hilang) - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Mengambil sampel darah - Memberikan obat sesuai anjuran dokter 	Senin 09-01-23 09.40 WIB s/d 10.15 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang - Pasien mengatakan kakinya kadang-kadang kesemutan - Pasien mengatakan kukunya tipis dan mudah patah - Pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit tampak pucat - Bibir tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT 4 detik - Konjungtiva anemis - Hemoglobin: 6,4gr/dl - Tekanan darah: 90/75 mmHg - Nadi: 54x/menit - RR: 33x/menit - T: 36,0^oC - Kuku tipis dan mudah patah - Terpasang 1 kolfdarah 220cc dengan golongan darah A+ di tangan sebelah kanan - Pasien terpasang 	

					<p>oksigen nasal kanul 3 liter</p> <p>A: Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Lakukan penambahan produk darah - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Berikan obat sesuai anjuran dokter 	
2.	<p>Senin 09-01-23/ 11.15 WIB</p> <p>11.20 WIB</p> <p>11.25 WIB</p> <p>11.30 WIB</p>	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Anjurkan posisi duduk - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang 	<p>Senin 09-01-23 11.35 WIB s/d 12.00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengeluh mudah lelah - Pasien mengeluh tidak bertenaga walaupun sudah makan - Pasien mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas - Pasien merasa energi tidak pulih walaupun sudah tidur - Pasien mengatakan akan melakukan tirah baring - Pasien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap - Pasien mengatakan akan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	

			dibutuhkan		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan akan makan dan minum dalam posisi duduk <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak lesu - Pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Pasien tampak berbaring ditempat tidur <p>A: Keletihan</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	
3.	<p>Senin 09-01-23 13.00 WIB</p> <p>13.05 WIB</p> <p>13.10 WIB</p> <p>13.20 WIB</p> <p>13.25 WIB</p>	Gangguan pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Memodifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) - Menjelaskan pentingnya tidur 	<p>Senin 09-01-23 13.30 WIB s/d 13.25 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tidur karena berisik - Pasien mengatakan tidur hanya 3 jam - Pasien mengeluh tidak puas tidur karena sering mendengar suara dari keluarga pasien lain - Pasien mengeluh pola tidur berubah - Pasien mengeluh istirahat tidak cukup 	

			<p>cukup selama sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur 		<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum melakukan pijat - Pasien mengatakan sudah memahami pentingnya tidur cukup selama sakit - Pasien mengatakan belum menepati kebiasaan waktu tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mata tampak sayu - Pasien tampak lemas - Tampak lingkaran hitam disekitar mata - Pasien tampak memahami tentang pentingnya tidur cukup selama sakit <p>A: Gangguan pola tidur</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan pijat) - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 	
4.	Selasa 10-01-23 08.00 WIB	Perfusi perifer tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) 	Selasa 10-01-23 08.35 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing berkurang 	

	<p>08.05 WIB</p> <p>08.15 WIB</p> <p>08.25 WIB</p> <p>08.30 WIB</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penambahan produk darah - Memonitor hasil laboratorium yang diperlukan - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Memberikan obat sesuai anjuran dokter 	<p>s/d 09.00 WIB</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang berkurang - Pasien mengatakan kakinya masih sesekali kesemutan - Pasien mengatakan ingin memotong kukunya karena panjang dan rapuh <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik - Hemoglobin: 7,6gr/dl - Tekanan darah: 100/75 mmHg - Nadi: 60x/menit - RR: 21x/menit - T: 36,6□ - Kulit pucat sudah tampak berkurang - Bibir pucat sudah tampak berkurang - Akral masi teraba dingin - Terpasang 1 kolfdarah 220cc dengan golongan darah A+ di tangan sebelah kanan - Terpasang oksigen nasal kanul 3L <p>A: Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisn kapiler, warna, suhu) - Lakukan penambahan produk darah - Periksa kesesuaian hasil 	
--	---	--	---	------------------------------	---	--

					laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Berikan obat sesuai anjuran dokter	
5.	Selasa 10-01-23 10.05 WIB 10.10 WIB 10.15 WIB 10.17 WIB 10.20 WIB	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	Selasa 10-01-23 10.25 WIB s/d 10.50 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang - Pasien mengatakan mudah lelah berkurang - Pasien mengatakan sudah merasa sedikit bertenaga - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti berjalan ke kamar mandi - Pasien mengatakan sudah memiliki sedikit energi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak lemah - Pasien masih tampak lesu - Pasien sudah sedikit mampu mempertahankan aktivitas rutin seperti makan dan minum - Pasien tampak duduk ditempat tidur <p>A: Keletihan</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara 	

					bertahap	
6.	Selasa 10-01-23 11.45 WIB 11.50 WIB 11.55 WIB 11.05 WIB	Gangguan pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Memodifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) - Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 	Selasa 10-01-23 11.10 WIB s/d 11.30 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur walaupun belum sesuai waktu normal tidur orang dewasa - Pasien mengatakan tidur sehari 5 jam - Pasien mengatakan masih sesekali terjaga - Pasien mengatakan pola tidur masih berubah - Pasien mengatakan istirahat masih tidak cukup - Pasien mengatakan setelah melakukan pijat bubuhnya menjadi lebih rileks dan tenang - Pasien mengatakan mulai menepati kebiasaan waktu tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien sudah sedikit lebih segar - Mata masih sedikit sayu - Lingkaran hitam disekitar mata sudah sedikit berkurang - Pasien sudah mulai menerapkan menepati kebiasaan waktu tidur <p>A: Gangguan pola tidur</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>	

					<ul style="list-style-type: none"> - Iidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) 	
7.	<p>Rabu 12-01-23 08.00 WIB</p> <p>08.10 WIB</p> <p>08.20 WIB</p> <p>08.25 WIB</p> <p>08.30 WIB</p>	Perfusi perifer tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisn kapiler, warna, suhu) - Lakukan perawatan kaki dan kuku - Melakukan penambahan produk darah - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Memberikan obat sesuai anjuran dokter 	<p>Rabu 12-01-23 08.35 WIB s/d 09.00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan pusing - Pasien mengatakan pandangannya sudah tidak berkunang-kunang - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak merasakan kesemutan - Pasien mengatakan kukunya tidak patah lagi setelah dipotong <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 1 detik - Hemoglobin: 8,8gr/dl - Tekanan darah: 120/80 mmHg - Nadi: 78x/menit - RR: 20x/menit - T: 37,2□ - Telapak tangan dan telapak kaki pasien sudah tidak pucat - Bibir pasien sudah tidak nampak pucat - Akral sudah 	

					<p>tidak teraba dingin</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kuku masih tipis dan mudah patah - Terpasang 1 kolfdarah 220cc dengan golongan darah A+ di tangan sebelah kanan <p>A: Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. nadi prifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Lakukan penambahan produk darah - Monitor hasil laboratorium yang diperlukan - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien 	
8.	<p>Rabu 12-01-23 10.05 WIB</p> <p>10.10 WIB</p> <p>10.15 WIB</p> <p>10.20 WIB</p>	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	<p>Rabu 12-01-23 10.25 WIB s/d 10.50 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak lemas - Pasien mengatakan sudah tidur nyenyak tadi malam - Pasien mengatakan sudah merasa bertenaga - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti jalan-jalan disekitar koridor <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak jalan-jalan 	<i>Jhea</i>

					<p>dikoridor rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak bugar - Pasien sudah mampu mempertahankan aktivitas rutin seperti jalan kekamar mandi sendiri tanpa bantuan keluarganya dan pasien mandi sendiri <p>A: Masalah keletihan teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
9.	<p>Rabu 12-01-23 11.45 WIB 11.50 WIB</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pijat) 	<p>Rabu 12-01-23 11.55 WIB s/d 11.15 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidur sehari 7jam - Pasien mengatakan sudah tidak terjaga pada malam hari - Pasien mengatakan istirahatnya sudah cukup - Pasien mengatakan masih melakukan pijat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih segar - Mata pasien sudah tidak sayu - Lingkaran hitam disekitar mata sudah tidak terlihat - Pasien tampak sedang dipijit oleh keluarganya <p>A: Masalah gangguan pola tidur teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

Tabel 8
Implementasi dan Evaluasi Pasien 2

No	Hari Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Hari Tanggal Jam	Evaluasi	Paraf
1	Senin 09-01-23 10.15 WIB 10.20 WIB 10.25 WIB 10.30 WIB 10.35 WIB 10.40 WIB	Perfusi perifer tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi - Melakukan hidrasi - Melakukan penambahan produk darah - Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal, sakit yang tidak kunjung hilang) - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Mengambil sampel darah - Memberikan obat sesuai anjuran dokter 	Senin 09-01-23 10.45 WIB s/d 11.10 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh pusing - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang - Pasien mengatakan kakinya kadang-kadang kesemutan - Pasien mengatakan sudah mengetahui tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit pucat - Bibir tampak pucat - Akral teraba dingin - CRT 4 detik - Konjungtiva anemis - Hemoglobin: 7,0 gr/dl - Tekanan darah: 100/70 mmHg - Nadi: 56x/menit - RR: 30x/menit - T: 36,2°C - Terpasang 1 kolfdarah 220cc dengan golongan darah O+ di tangan sebelah kanan - Pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter <p>A: Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu) - Lakukan penambahan produk darah - Periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan 	

					penampilan klinis pasien - Berikan obat sesuai dengan anjuran dokter	
2	Senin 09-01-23 12.05 WIB 12.10 WIB 12.15 WIB 12.20 WIB	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (misal cahaya, suara, kunjungan) - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Anjurkan posisi duduk - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan 	Senin 09-01-23 12.25 WIB s/d 12.50 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh lemas - Pasien mengeluh mudah lelah - Pasien mengeluh tidak bertenaga walaupun sudah makan - Pasien mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas - Pasien merasa energi tidak pulih walaupun sudah tidur - Pasien mengatakan akan melakukan tirah baring - Pasien mengatakan akan melakukan aktivitas secara bertahap - Pasien mengatakan akan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Pasien mengatakan akan makan dan minum dalam posisi duduk <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah - Pasien tampak lesu - Pasien tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin - Pasien tampak berbaring ditempat tidur <p>A: Keletihan P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Anjurkan tirah baring 	

					<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	
3	<p>Senin 09-01-23 13.30 WIB</p> <p>13.35 WIB</p> <p>13.40 WIB</p> <p>13.50 WIB 13.55 WIB</p>	Gangguan pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) - Memodifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) - Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit - Mengajarkan menepati kebiasaan waktu tidur 	<p>Senin 09-01-23 13.45 WIB s/d 14.15 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit tidur karena bed tidurnya tepat dibawah lampu - Pasien mengatakan tidur hanya 4 jam - Pasien mengeluh tidak puas tidur karena cahaya lampu tepat didepan muka - Pasien mengeluh sering terjaga - Pasien mengeluh pola tidur berubah - Pasien mengeluh istirahat tidak cukup - Pasien mengatakan belum melakukan pengaturan posisi - Pasien mengatakan sudah memahami pentingnya tidur cukup selama sakit - Pasien mengatakan belum menepati kebiasaan waktu tidur <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas - Mata tampak sayu - Tampak lingkaran hitam disekitar mata - Pasien tampak memahami tentang pentingnya tidur cukup selama sakit <p>A: Gangguan pola tidur</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur 	

					<ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur) - Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan pijat) - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 	
4	<p>Selasa 10-01-23 09.05 WIB</p> <p>09.10 WIB</p> <p>09.20 WIB</p> <p>09.30 WIB</p>	Perfusi perifer tidak efektif	<ul style="list-style-type: none"> - Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisn kapiler, warna, suhu) - Melakukan penambahan produk darah - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Memberikan obat sesuai anjuran dokter 	<p>Selasa 10-01-23 09.35 WIB s/d 10.00 WIB</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing berkurang - Pasien mengatakan mata berkunang-kunang berkurang - Pasien mengatakan kakinya masih sesekali kesemutan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 3 detik - Hemoglobin: 8,5 gr/dl - Tekanan darah: 110/80 mmHg - Nadi: 64x/menit - RR: 20x/menit - T: 36,8□ - Kulit pucat sudah tampak berkurang - Bibir pucat sudah tampak berkurang - Akral masi teraba dingin - Terpasang 1 kolfdarah 220cc dengan golongan darah O+ di tangan sebelah kanan <p>A: Perfusi perifer tidak efektif</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisn kapiler, warna, suhu) - Lakukan penambahan produk darah - Periksa kesesuaian 	

					hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Berikan obat sesuai anjuran dokter	
5	Selasa 10-01-23 10.55 WIB 11.00 WIB 11.05 WIB 11.07 WIB 11.10 WIB	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Menganjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 	Selasa 10-01-23 11.15 WIB s/d 11.40 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan lemas berkurang - Pasien mengatakan mudah lelah berkurang - Pasien mengatakan sudah merasa sedikit bertenaga - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti berjalan ke kamar mandi - Pasien mengatakan sudah memiliki sedikit energi <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien masih tampak lemah - Pasien masih tampak lesu - Pasien sudah sedikit mampu mempertahankan aktivitas rutin seperti makan dan minum - Pasien tampak duduk ditempat tidur <p>A: Keletihan</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	
6	Selasa 10-01-23 11.35 WIB	Gangguan pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Memodifikasi 	Selasa 10-01-23 12.00 WIB s/d	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah mulai bisa tidur walaupun belum sesuai 	

	11.40 WIB		lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)	12.25 WIB	waktu normal tidur orang dewasa	
	11.45 WIB		- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan		- Pasien mengatakan tidur sehari 5 jam	
	11.55 WIB		- Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur		- Pasien mengatakan masih sesekali terjaga	
					- Pasien mengatakan pola tidur masih berubah	
					- Pasien mengatakan istirahat masih tidak cukup	
					- Pasien mengatakan setelah melakukan pengaturan posisi tidurnya lebih nyenyak	
					- Pasien mengatakan mulai menepati kebiasaan waktu tidur	
					O:	
					- Pasien sudah sedikit lebih segar	
					- Mata masih sedikit sayu	
					- Lingkaran hitam disekitar mata sudah sedikit berkurang	
					- Pasien sudah mulai menerapkan menepati kebiasaan waktu tidur	
					A: Gangguan pola tidur	
					P: Intervensi dilanjutkan	
					- Iidentifikasi pola aktivitas dan tidur	
					- Modifikasi lingkungan (misal, Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras dan tempat tidur)	
					- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)	
7	Rabu 12-01-23 09.05 WIB	Perfusi perifer tidak efektif	- Memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisian kapiler, warna, suhu)	Rabu 12-01-23 09.35 WIB s/d	S: - Pasien mengatakan sudah tidak merasakan pusing - Pasien mengatakan	

	09.15 WIB 09.25 WIB 09.30 WIB		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penambahan produk darah - Memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien - Memberikan obat sesuai dengan anjuran dokter 	10.00 WIB	<p>pandangannya sudah tidak berkunang-kunang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kakinya sudah tidak merasakan kesemutan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CRT 1 detik - Hemoglobin: 10 gr/dl - Tekanan darah: 125/80 mmHg - Nadi: 82x/menit - RR: 19x/menit - T: 37,6□ - Telapak tangan dan telapak kaki pasien sudah tidak pucat - Bibir pasien sudah tidak nampak pucat - Akral sudah tidak teraba dingin <p>A: Masalah perfusi perifer tidak efektif teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	
8	Rabu 12-01-23 10.55 WIB 11.00 WIB 11.05 WIB 11.10 WIB	Keletihan	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kelelahan fisik dan emosional - Memonitor pola dan jam tidur - Menganjurkan tirah baring - Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 	Rabu 12-01-23 11.15 WIB s/d 11.40 WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak lemas - Pasien mengatakan sudah tidur nyenyak tadi malam - Pasien mengatakan sudah merasa bertenaga - Pasien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas ringan seperti jalan-jalan disekitar koridor <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak jalan-jalan dikoridor rumah sakit - Pasien tampak bugar - Pasien sudah mampu mempertahankan aktivitas rutin 	<i>Jhe</i>

					seperti jalan ke kamar mandi sendiri tanpa bantuan keluarganya dan pasien mandi sendiri A: Masalah keletihan teratasi P: Intervensi dihentikan	
9	Rabu 12-01-23 11.20 WIB 11.30 WIB	Gangguan pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur - Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi) 	Rabu 12-01-23 11.35 WIB s/d 14.50 WIB	S: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidur sehari 7jam - Pasien mengatakan sudah tidak terjaga pada malam hari - Pasien mengatakan istirahatnya sudah cukup - Pasien mengatakan masih melakukan pengaturan posisi O: <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lebih segar - Mata pasien sudah tidak sayu - Lingkaran hitam disekitar mata sudah tidak terlihat A: Masalah gangguan pola tidur teratasi P: Intervensi dihentikan	

B. Pembahasan

Penulis akan menguraikan pembahasan asuhan keperawatan yang diberikan sejak tanggal 09-14 Januari 2023 mengenai kasus pada pasien Penyakit Anemia dengan perfusi perifer tidak efektif di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksi Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2023. Pembahasan ini difokuskan pada kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan dasar sirkulasi mulai dari tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi

yang ada pada pasien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosis keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respons individu (Budiono & Pertami, 2016). Pengkajian keperawatan dilakukan dengan cara pengumpulan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien/keluarga) melalui metode anamnesa dan data objektif (data hasil pengukuran atau observasi) (Togatorop, 2021).

Berdasarkan data yang diperoleh melalui pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan 2 pasien asuhan keperawatan dengan diagnosa medis anemia. Berdasarkan pengkajian pada pasien anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi ini dilakukan pada tanggal 09-14 Januari 2023, dengan pasien 1 berusia 52 tahun dan pasien 2 berusia 35 tahun, jenis kelamin pada pasien ini memiliki jenis kelamin yang sama yaitu perempuan. Keluhan utama pada kedua pasien yaitu lemas, keluhan ini sesuai dengan teori (Sutjahjo, 2016) bahwa anemia yang berkurangnya volume intraseluler dan ekstraseluler dapat menyebabkan lemas atau mudah lelah.

Ditemukan pada pasien 1 data subjektif yang didapatkan pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang, pasien mengatakan kukunya tipis dan mudah patah. Kemudian pada pasien 2 pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang. Tanda objektif pada pasien 1 meliputi kulit pucat, bibir tampak pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, konjungtiva anemis, hemoglobin: 6,4gr/dl, tekanan darah: 90/75 mmHg, nadi: 54x/menit, RR: 33x/menit. Tanda objektif pada pasien 2 meliputi kulit pucat, bibir tampak pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, konjungtiva anemis, hemoglobin: 6,4gr/dl, tekanan darah: 90/75 mmHg, nadi: 56x/menit, RR: 30x/menit.

Kedua pasien ditandai dengan penurunan hemoglobin. Tanda penurunan hemoglobin sesuai teori (Nurbadriyah, 2019) bahwa istilah *iron deficiency* anemia yaitu dimana keadaan ini terjadi bila besi menuju eritroid sumsum tulang tidak cukup sehingga menyebabkan penurunan

kadar hemoglobin. Bila besi terus berkurang eritropoiesis akan semakin terganggu, sehingga kadar hemoglobin menurun diikuti penurunan jumlah eritrosit. Pada Pasien 1 hemoglobin 6,4gr/dl dan pada pasien 2 hemoglobin 7,0 gr/dl menurut (Masriadi, 2021) kadar hemoglobin normal umumnya berbeda pada laki-laki dan perempuan. Anemia pada pria biasanya didefinisikan sebagai kadar hemoglobin $>13,5$ gr/100 ml dan pada wanita sebagai hemoglobin $>12,0$ gr/100 ml.

Kedua pasien juga mengalami sesak nafas dan merasa terengah-engah ketika melakukan aktivitas. Hal ini terjadi Ketika kurangnya oksigen didalam tubuh akibat kurangnya sel darah merah atau hemoglobin. Hal ini menyebabkan masalah kesehatan karena sel darah merah mengandung hemoglobin yang membawa oksigen ke jaringan tubuh. Anemia dapat menyebabkan komplikasi, termasuk kelelahan dan stress pada organ tubuh (Masriadi, 2021).

Namun, pada pasien 1 terdapat tanda dan gejala lain yaitu, kuku tipis serta mudah patah sesuai dengan teori (Masriadi, 2018) bahwa orang yang mengalami anemia akan merasa cepat lelah, lemas, pucat, gelisah, terkadang sesak, nafas pendek, jantung berdebar, sakit kepala, perasaan 'mau mati karena kelelahan', kuku tipis dan mudah patah.

Terdapat kesamaan antara kedua pasien dengan penelitian oleh (Fitriah, 2019) dengan judul asuhan keperawatan pada klien Ny.N dengan kasus anemia di Ruang Melati RSD Balung Jember yaitu pasien tampak lemah, tampak kulit pucat, tampak penurunan Hb, CRT >3 derik, pasien mengeluh pusing, berkunang kunang dan cepat lelah.

2. **Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon pasien 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 (SDKI, 2018).

Diagnosis keperawatan yang muncul sesuai dengan teori yang mengacu pada buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia yang mana didalamnya terdapat diagnosis keperawatan pada gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia adalah perfusi perifer tidak efektif. Perfusi perifer tidak efektif merupakan diagnosis yang bersifat aktual. Menurut SDKI perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Diagnosa tersebut ditgakkan jika terdapat data mayor yang mendukung, yaitu pada data subjektif: tidak tersedia, pada data objektif: pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun. Sedangkan pada data minor untuk subjektif: parastesia, nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten). Pada data objektif: edema, penyembuhan luka lambat, indeks ankle-brachial <0,90, bruit femoral.

Penyebab turunnya hemoglobin atau sel darah merah pada kedua pasien berbeda. Perbedaan yang paling mendasar dari kedua pasien tersebut adalah pasien 1 disebabkan karena diabetes melitus yang terjadi karena diabetes melitus. Diabetes melitu merupakan penyakit metabolik dengan karakteristik hiperglikemia yang disebabkan kelainan sekresi insulin, kerja insulin atau kedua-duanya (Ariza et al., 2022). Pada pasien 2 disebabkan karena pasien menderita anemia hemolitik yang terjadi karena sel darah merah dihancurkan jauh lebih cepat dari normal. Umur sel darah merah normalnya 120 hari, pada anemia hemolitik, umur sel darah merah lebih pendek sehingga sumsum tulang penghasil sel darah merah tidak dapat memenuhi kebutuhan tubuh akan sel darah merah. Bila sel darah merah yang beredar terlalu rapuh dan tidak mampu bertahan terhadap tekanan sirkulasi maka sel darah merah akan hancur lebih cepat sehingga menimbulkan anemia hemolitik (Soebroto, 2020).

Sedangkan pada publikasi terkait asuhan keperawatan, hasil dari data pengkajian dan observasi yang diperoleh maka penulis didapatkan diagnosa keperawatan yang ditegakkan adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan kadar hemoglobin (Fitriah, 2019).

Diagnosa yang ditemukan sama dengan diagnosa yang ditemukan pada kedua pasien anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Kedua pasien mengalami gangguan sirkulasi sehingga terjadi masalah pada perfusi perifer.

Alasan diagnosa perfusi perifer tidak efektif diangkat karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif yaitu pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang. Sedangkan data objektif yang didapatkan yaitu CRT >3 detik, akral teraba dingin, Hb pasien turun, kulit pucat, konjungtiva anemis.

3. **Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan rencana keperawatan yang diberikan pada pasien asuhan sesuai dengan masalah keperawatan yang muncul, meliputi perfusi perifer tidak efektif, keletihan, ganggua rasa nyaman. Namun pada pembahasan penulis hanya fokus pada masalah perfusi perifer tidak efektif. Rencana keperawatan yang dilakukan kepada kedua pasien asuhan mengacu pada teori Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dengan harapan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil: akral membaik, urgor kulit membaik, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, parastesia menurun, pengisian kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekan darah diastolik membaik.

Adapun rencana utama keperawatan yang diberikan pada diagnosa keperawatan perfusi perifer tidak efektif di kedua pasien asuhan yaitu, periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi prifer, pengisisn kapiler, warna, suhu), identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, lakukan hidrasi, anjurkan olahraga rutin, informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan. Rencana pendukung yang diberikan pada kedua pasien asuhan yaitu identifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, periksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, ambil sampel darah/sputum/pus/jaringan atau lainnya sesuai protocol, berikan obat sesuai anjuran dokter.

4. Implementasi Keperawatan

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata. Implementasi keperawatan yang penulis lakukan kepada kedua pasien mengacu pada teori yang ada pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia. Implementasi dilakukan pada tanggal 09-14 Januari 2023.

Menurut penelitian (Zulqifni & Suandika, 2022) dengan judul pemberian transfusi darah sebagai upaya peningkatan perfusi perifer jaringan pada pasien anemia. Implementasi yang dilakukan pada diagnosa perfusi perifer tidak efektif yaitu tindakan observasi dilakukan dengan melakukan pemeriksaan sirkulasi perifer termasuk di dalamnya (nadi, warna, suhu, turgor kulit), melakukan identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi serta monitor adanya nyeri atau bengkak, kemerahan dan panas. Tindakan terapeutik dilakukan dengan menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di daerah keterbatasan perfusi. Tindakan edukasi dilakukan dengan menganjurkan olahraga rutin, menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah, anti koagulan, anjurkan program diet perbaikan sirkulasi, serta informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan seperti adanya luka yang sukar sembuh, hilang rasa, sakit yang tidak hilang saat beristirahat. Tindakan beberapa tindakan sama yang dilakukan pada kedua pasien anemia di RSUD Abdul Moeloek Provinsi Lampung.

Implementasi yang dilakukan pada pasien 1 dan pasien 2 yaitu, memeriksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu), mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi, melakukan hidrasi, melakukan produk darah, menganjurkan olahraga rutin, menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misal, sakit yang tidak kunjung hilang), mengidentifikasi pemeriksaan laboratorium yang diperlukan, memeriksa kesesuaian hasil laboratorium dengan penampilan klinis pasien, mengambil sampel darah/sputum/pus/jaringan atau lainnya sesuai protocol dan memberikan obat sesuai anjuran dokter.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap pelaksanaan. Perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil pengkajian pasien yang tujuannya adalah memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan (Melliany, 2019). Evaluasi merupakan aspek penting dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah (Togatorop, 2021).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama tiga hari berturut-turut pada kedua pasien asuhan. Penulis mengevaluasi keadaan dari kedua pasien asuhan setiap hari pada setiap tindakan. Diperoleh hasil pada pasien 1 dihari pertama tanggal 09 Januari 2023 evaluasi didapatkan hasil keadaan pasien belum membaik, pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang, pasien mengatakan kukunya tipis dan mudah patah. Telapak tangan dan telapak kaki tampak pucat, bibir tampak pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, konjungtiva anemis, hemoglobin: 6,4gr/dl, tekanan darah: 90/75 mmHg, nadi: 54x/menit, RR: 33x/menit, T: 36,0^oC, kuku tipis dan mudah patah, terpasang 1 kolf darah 220 cc dengan golongan darah O+ di tangan sebelah kanan, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Pada hari kedua tanggal 10 Januari 2023 evaluasi pasien didapatkan belum membaik, pasien mengatakan pusing berkurang, pasien mengatakan mata berkunang-kunang berkurang, pasien mengatakan kakinya masih sesekali kesemutan, pasien mengatakan ingin memotong kukunya karena panjang dan rapuh, CRT 3 detik, hemoglobin: 7,6 gr/dl, tekanan darah: 100/75 mmHg, nadi: 60x/menit, RR: 21x/menit, T: 36,6^oC, pucat pada telapak tangan dan telapak kaki sudah tampak berkurang, kuku tampak panjang, bibir pucat sudah tampak berkurang, akral masi teraba dingin, terpasang 1 kolf darah 220 cc dengan golongan darah A+ di tangan sebelah kanan. Pada hari ketiga evaluasi pasien

tanggal 11 Januari 2023 didapatkan kondisi pasien membaik, pasien mengatakan sudah tidak merasakan pusing, pasien mengatakan pandangannya sudah tidak berkunang-kunang, pasien mengatakan kakinya sudah tidak merasakan kesemutan, pasien mengatakan kukunya tidak patah lagi setelah dipotong, CRT 1 detik, hemoglobin: 8,8gr/dl, tekanan darah: 120/80 mmHg, nadi: 78x/menit, RR: 20x/menit, T: 37,2 $^{\circ}$ C, telapak tangan dan telapak kaki pasien sudah tidak pucat, bibir pasien sudah tidak nampak pucat, akral sudah tidak teraba dingin, kuku masih tipis dan mudah patah, terpasang 1 kolf darah 220cc dengan golongan darah A+ di tangan sebelah kanan.

Sedangkan evaluasi pada pasien 2 didapatkan hasil pada hari pertama pada tanggal 09 Januari 2023 keadaan pasien belum membaik, pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang, telapak tangan dan telapak kaki tampak pucat, bibir tampak pucat, akral teraba dingin, CRT 4 detik, konjungtiva anemis, hemoglobin: 7,0 gr/dl, tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 56x/menit, RR: 30x/menit, T: 36,2 $^{\circ}$ C, terpasang 1 kolf darah 220 cc dengan golongan darah O+ di tangan sebelah kanan, pasien terpasang oksigen nasal kanul 3 liter. Pada hari kedua tanggal 10 Januari 2023 evaluasi pasien didapatkan belum membaik, pasien mengatakan pusing berkurang, pasien mengatakan mata berkunang-kunang berkurang, pasien mengatakan kakinya masih sesekali kesemutan, CRT 3 detik, hemoglobin: 8,5 gr/dl, tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 64x/menit, RR: 20x/menit, T: 36,8 $^{\circ}$ C, pucat pada telapak tangan dan telapak kaki sudah tampak berkurang, bibir pucat sudah tampak berkurang, akral masih teraba dingin, terpasang 1 kolf darah 220 cc dengan golongan darah O+ di tangan sebelah kanan. Pada hari ketiga evaluasi pasien tanggal 11 Januari 2023 didapatkan kondisi pasien membaik, pasien mengatakan sudah tidak merasakan pusing, pasien mengatakan pandangannya sudah tidak berkunang-kunang, CRT 1 detik, hemoglobin: 10 gr/dl, tekanan darah: 125/80 mmHg, nadi: 82x/menit, RR: 20x/menit, T: 37,6 $^{\circ}$ C, telapak tangan dan telapak kaki pasien sudah

tidak pucat, bibir pasien sudah tidak nampak pucat, akral sudah tidak teraba dingin.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh penulis selama tiga hari berturut-turut pada kedua pasien menunjukkan kriteria hasil yang tercapai yaitu, akral membaik, urgor kulit membaik, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, parastesia menurun, pengisian kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekan darah diastolik membaik. Namun, pada pasien 1 pasien masih menjalani 1 kali transfusi lagi dikarenakan hb pasien belum memenuhi.

C. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian berdasarkan pada pengalaman langsung peneliti dalam proses penelitian ini, ada beberapa keterbatasan yang dialami dan dapat menjadi beberapa faktor keterbatasan diman di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius Kelas 3D yang sempit dan dihuni oleh 8 orang pasien sehingga terkesan penuh dan ketika melakukan intervensi dalam satu ruangan biasanya terlalu ramai oleh keluarga atau pengunjung pasien lainnya. Pada pasien pertama di hari pertama sedikit terkendala dikarenakan suara pasien yang sangat rendah dikarenakan pasien lemas. Namun pada hari kedua dan ketiga tidak ada hambatan. Pada pasien kedua tidak ada hambatan yang berarti, akan tetapi pada pasien kedua banyak keluarga yang menunggu sehingga tidak fokus pengkajian dan intervensi pada hari pertama. Namun pada hari selanjutnya intervensi tidak mengalami kendala.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan kepada pasien yang mengalami anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka dapat disimpulkan:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada pasien dengan gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Berdasarkan data fisik kedua pasien mengalami tanda dan gejala yang sama yaitu pasien mengeluh pusing, pasien mengeluh kakinya sering kesemutan, pasien mengatakan mata berkunang-kunang, warna kulit pucat, bibir tampak pucat, akral terasa dingin, CRT >3 detik, konjungtiva anemis, dan penurunan hemoglobin. Namun pada pasien 1 pasien mengatakan kukunya tipis dan mudah patah, pada pasien 1 tekanan darah: 90/75 mmHg, nadi: 54x/menit, RR: 33x/menit, T: 36,0°. Pada pasien 2 tekanan darah: 100/70 mmHg, nadi: 56x/menit, RR: 30x/menit, T: 36,2° .

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan yang didapat pada kedua pasien sesuai dengan teori yang mengacu pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia dengan diagnosis keperawatan pada gangguan kebutuhan sirkulasi pada pasien anemia adalah perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan. Penurunan hemoglobin pada kedua pasien ini terjadi akibat karena penyakit. Pada pasien 1 disebabkan karena menderita diabetes melitus sedangkan pada pasien 2 disebabkan karena pasien menderita anemia hemolitik.

3. Intervensi keperawatan

Rencana keperawatan yang penulis susun berdasarkan buku SIKI dan diberikan rencana keperawatan yang komprehensif dengan memberikan asuhan keperawatan kepada ke dua pasien.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi yang diterapkan sesuai dengan rencana atau intervensi yang disusun dan diberikan sama kepada kedua pasien selama tiga hari

berturut-turut. Penulis melakukan tindakan yang telah direncanakan kepada pasien.

5. Evaluasi keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama tiga hari kepada kedua pasien anemia dengan masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi, didapatkan bahwa kriteria hasil tercapai yaitu akral membaik, urgor kulit membaik, denyut nadi perifer meningkat, warna kulit pucat menurun, parastesia menurun, pengisian kapiler membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekan darah diastolik membaik. Namun, pada pasien 1 masih melakukan satu kali transfusi dikarenakan Hb pasien belum memenuhi.

B. Saran

1. Bagi Perawat

Diharapkan dengan adanya karya tulis ilmiah ini perawat dapat meningkatkan pemberian asuhan khususnya pada pasien anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi dan melakukan pencatatan sesuai standar operasional prosedur.

2. Bagi Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius RSUD Dr. H Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Diharapkan RSUD Dr. H Abdul Moeloek khususnya Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius mampu mempertahankan pemberian asuhan keperawatan yang baik khususnya pada pasien anemia, dan tetap mengikuti perkembangan ilmu keperawatan yang lebih baik lagi.

3. Bagi Prodi D3 Keperawatan Poltekkes Tanjungkarang

Diharapkan institusi dapat menyediakan informasi dan referensi yang lengkap dan terbaru di perpustakaan khususnya anemia dengan gangguan sirkulasi.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan lebih mendalami lagi tentang asuhan keperawatan pada penyakit anemia dengan gangguan kebutuhan sirkulasi dengan melaksanakan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Astar, F., Tamsah, H., & Kadir, I. (2018). *Pengaruh Pelayanan Asuhan Keperawatan terhadap Kepuasan Pasien di Puskesmas Takalala Kabupaten Soppeng*. *YUME: Journal of Management*, 1(2).
- Bakta, I. M. (2017). *Pendekatan Diagnosis dan Terapi terhadap Penderita Anemia*. *Bali Health Journal*, 1(1).
- Budiono, & Pertami, S. B. (2016). *Konsep Dasar Keperawatan*. Bumi Medika.
- Chairunnisa, O., Nuryanto, N., & Probosari, E. (2019). *Perbedaan Kadar Hemoglobin pada Santriwati dengan Puasa Daud, Ngrowot dan Tidak Berpuasa di Pondok Pesantren Temanggung Jawa Tengah*. *Journal of Nutrition College*, 8(2).
- Dr. Vladimir, V. F. (2022). *Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan Gangguan Sistem Hematologi Akibat Anemia Diruangan Cenanada 2 RSUD Kardinah Kota Tegal*. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local.*, 1(69).
- Gegen, G., & Agus, A. P. (2019). *Etika Profesi Keperawatan dan Hukum Kesehatan*. CV. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. A., & Uliyah, M. (2020). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia*. Edisi 2-Buku 1. Salemba Medika.
- Jitowiyono, S. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Gangguan Sistem Hematologi*. Pustaka Baru Press.
- Masriadi. (2021). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular* (T. Ismail (ed.)). CV Trans Info Media.
- Melliany, O. (2019). *Konsep Dasar Proses Keperawatan dalam Memberikan Asuhan Keperawatan (Askep) Pendahuluan*. In *Askep*.
- Nurbaya, S. (2018). *Cerita Anemia*. UI Publishing.
- Nidianti, E., Nugraha, G., Aulia, I. A. N., Syadzila, S. K., Suciati, S. S., & Utami, N. D. (2019). *Pemeriksaan Kadar Hemoglobin dengan Metode POCT (Point of Care Testing) sebagai Deteksi Dini Penyakit Anemia Bagi Masyarakat Desa Sumbersono, Mojokerto*. *Jurnal Surya Masyarakat*, 2(1).
- Riskesdas. (2018). *Laporan Nasional RISKESDAS 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan 2019
- Risnah. (2020). *Konsep Medis dan Keperawatan pada Gangguan Sistem Onkologi*. Jariah Publishing Intermedia.
- Saadah, S. (2018). *Sistem Peredaran Darah Manusia*. 8 Februari.
- Soebroto, I. (2020). *Cerita Mudah Mengatasi Problem Anemia*. Desa Pustaka Indonesia.
- Suandika, M., & Zulqifni, F. (2022). *Pemberian Transfusi Darah Sebagai Upaya Peningkatan Perfusi Jaringan pada Pasien Anemia*. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 3(5).
- Tarwoto, & Wartonah. L. (2021). *Keperawatan Sistem Imun dan Hematologi*.

Yayasan Kita Menulis.

- Tim Pokja DPP PPNI. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medik.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. Edisi 1 (Cetakan II). Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1 (Cetakan II). Dewan Pengurus Pusat PPNI. (2021). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Selemba Medika.
- Togatorop, B. L. et al. (2021). *Keperawatan Sistem Imun dan Hematologi*. Yayasan Kita Menulis.
- Resnaasih, I. (2020). *Sistem Sirkulasi pada Manusia Biologi Kelas 11*. Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Direktorat Jenderal Pendidikan Anak Usia Dini, Jakarta.
- Wijaya, A., & Putri, Y. (2013). *KMB 2*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Zulqifni. (2022). *Pemberian Transfusi Darah Sebagai Upaya Peningkatan Perfusi Jaringan pada Pasien Anemia*. Jurnal Inovasi Penelitian, 3(5).

LAMPIRAN

Lampiran 1

	POLTEKES TANJUNGPURBAN KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

PERSETUJUAN JUDUL KARYA TULIS ILMIAH/TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Dhea Rosalinda

Nim : 2014401010

Judul yang diajukan dan disetujui:

1. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Pasien Anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

Bandar Lampung, 16 Januari 2023

Pembimbing Utama



Al Murhan, SKM, M.Kes.
NIP: 196601011989031006

Pembimbing Pendamping



Ns. Yunani, S.S.iT., M.Kes.
NIP: 197701192002122002

Lampiran 2

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING UTAMA**

Nama Mahasiswa : Dhea Rivalinda
 NIM : 201901010
 Pembimbing Utama : Al. Murhan, SKM., M. Kes
 Judul Tugas Akhir : Analisis Keperawatan Gangguan Kelelahan Sirkulasi
 pada Pasien Anemia di Ruang Penyakit Dalam Nonintensiif
 RSUD. Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Rabu 26/01/23	Pengumpulan hasil data	Jhea	U.
2	Jumat 27/01/23	Konsultasi hasil arkep, Acc judul	Jhea	U.
3	Jumat 10/02/23	Perbaikan arkep, konsultasi BAB 1,2,3	Jhea	U.
4	Senin 06/03/23	Perbaikan BAB 1,2,3 (latar belakang, pathway, subjek asuhan)	Jhea	U.
5	Selasa 21/03/23	Acc BAB 1,2,3 Konsultasi BAB 4 dan 5	Jhea	U.
6	Senin 03/04/23	Perbaikan BAB 4 dan 5 (Pembahasan)	Jhea	U.
7	Senin 10/04/23	Perbaikan dan lengkapi kembali BAB 4 dan 5, abstrak	Jhea	U.
8	Rabu 12/04/2023	Acc BAB 4,5	Jhea	U.
9	3/5 2023	Acc Side	Jhea	U.
10	11/5 2023	Revisi hasil Side	Jhea	U.
11	17/5 2023	Revisi hasil Side	Jhea	U.
12	22/5 2023	Acc Cetak	Jhea	U.

Bandar Lampung, 22 Mei 2023
 Pembimbing Utama

U.
 Al. Murhan, SKM., M. Kes
 Np. 196601011909031006

Lampiran 3

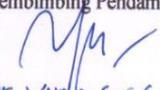
	POLTEKES TANJUNGPINANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

**LEMBAR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH/ LAPORAN TUGAS AKHIR
PEMBIMBING PENDAMPING**

Nama Mahasiswa : Dhea Roralinda
 NIM : 2014201010
 Pembimbing Pendamping : Ns. Yuni, S.S.IT., M.Kes
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Keutuhan
 Sirkulasi pada Pasien Anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius
 RSUD. Dr. H. Abdul Moelek Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Hari/ Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf Mhs	Paraf Pembimbing
1	Senin 30/01/23	Pengajuan judul	Jhea	Jhea
2	Rabu 02/02/23	Acc judul, perbaikan teknik penulisan bagi penyajian data	Jhea	Jhea
3	Senin 13/02/23	Perbaikan penulisan sumber data	Jhea	Jhea
4	Rabu 22/02/23	Perbaikan teknik penulisan tabel dan sumber	Jhea	Jhea
5	Selasa 07/03/23	Perbaikan metode dan teknik penulisan huruf besar, spasi, dan paragraf	Jhea	Jhea
6	Rabu 22/03/23	Perbaikan penulisan Bab 1, 2, dan 3	Jhea	Jhea
7	Rabu 05/04/23	Perbaikan metode penulisan sumber referensi penulisan tanda baca, simpul tabel	Jhea	Jhea
8	Selasa 11/04/23	lihat kembali secara keseluruhan teknik dan metode penulisan Bab 1, 2, 3, 4, 5	Jhea	Jhea
9	Kamis 21/04/2023	Acc kidang	Jhea	Jhea
10	Kamis 25/04/2023	Abstrak, penyusunan daftar isi pembatasan	Jhea	Jhea
11	25/04/2023	CPPT & pembatasan	Jhea	Jhea
12	30/04/2023	Acc cetak	Jhea	Jhea

Bandar Lampung, 30 Mei 2023
 Pembimbing Pendamping


 Ns. Yuni, S.S.IT., M.Kes
 NIP. 19770119200122002

Lampiran 4

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
	PRODI D III KEPERAWATAN TANJUNGGARANG	Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Lembar Masukan dan Perbaikan Seminar LTA	Halaman	

LEMBAR KENDALI MASUKAN DAN PERBAIKAN SEMINAR HASIL

Nama Mahasiswa : Dhea Rosalinda
 NIM : 2014401010
 Tanggal : 11 Mei 2023
 Judul Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Sirkulasi Pada Pasien Anemia di Ruang Penyakit Dalam Noninfeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung Tahun 2023

No	Catatan Masukan Yang diberikan	Sudah Diperbaiki	Belum
1.	Abstrak, → 1 komponen yg ada pd. LTA. Data → teori th'	✓	✓
2.	Bab 1 Data Anemia	✓	
3.	Nama Pasien tulis Imbil		
4.	penyakit anemia	✓	
5.	Dns W. → pengkaji - tengkay: - Interview - Implementasi - pembahasan	✓ ✓ ✓	
6.	Abstrak - pengkaji - Interview - Implementasi - pembahasan	✓ ✓ ✓ ✓	✓

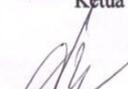
Bandar Lampung,

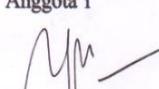
TIM PENGUJI

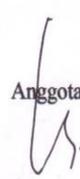
Ketua

Anggota 1

Anggota 2


 Kodri, S.Kp., M.Kes
 NIP. 196212191984021001


 Ns. Yunani, S.S.iT., M.Kes.
 NIP. 197701192002122002


 Al Murhan, S.K.M., M.Kes.
 NIP. 196601011989031006

Lampiran 5

	POLTEKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Siti Umiyati
Umur : 52 tahun
Jenis Kelamin : perempuan

Dengan ini menyatakan bahwa:

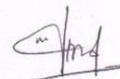
1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

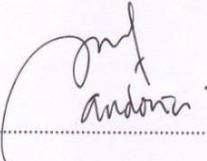
Mahasiswa/Praktikan


.....
Dhea Rosalinda

Pasien


.....
Siti Umiyati

Mengetahui
(Perseptor /CI)


.....
Andara

Lampiran 6

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir	Revisi	
	Praktik Klinik Peminatan	Halaman	

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *Suratmi*
Umur : 35 tahun
Jenis Kelamin : *perempuan*

Dengan ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan kegiatan dari Praktikan
2. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar permohonan persetujuan ini
3. Secara sukarela saya bersedia untuk ikut serta sebagai salah satu subjek asuhan dalam asuhan keperawatan yang dilaksanakan

Bandar Lampung, Januari 2023

Mahasiswa/Praktikan

Thea
.....
Thea Roralinda

Pasien

Suratmi
.....
SURATMI

Mengetahui
(Perseptor /CI)

Andria
.....

Lampiran 7

	POLTEKKES TANJUNGGARANG KEMENKES RI	Kode	
		Tanggal	
	Formulir Praktik Klinik Peminatan	Revisi	
		Halaman	

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN ASUHAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan bahwa:

Nama Mahasiswa : Dhea Paralinda
NIM : 2019401010

Telah melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka penyusunan laporan tugas akhir karya tulis ilmiah terhitung mulai tanggal 09 s/d 19 bulan Januari tahun 2023 di Ruang Pertakit Dalam Meninfeksius RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk keperluan bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

Bandar Lampung, Januari 2023

Yang Menerangkan
(Perseptor /CI)

