

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### 1. Definisi

Anemia didefinisikan sebagai penurunan volume eritrosit atau kadar Hb sampai dibawah rentang nilai. Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya hitung sel darah merah dan kadar hematokrit dibawah normal. Secara fisiologis anemia terjadi apabila kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan (Wijaya & Putri, 2013, p. 127 ).

Anemia adalah kondisi di mana 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 (Nubaya, Yusra, & Handayani, 2019, p. 2).

##### 2. Etiologi

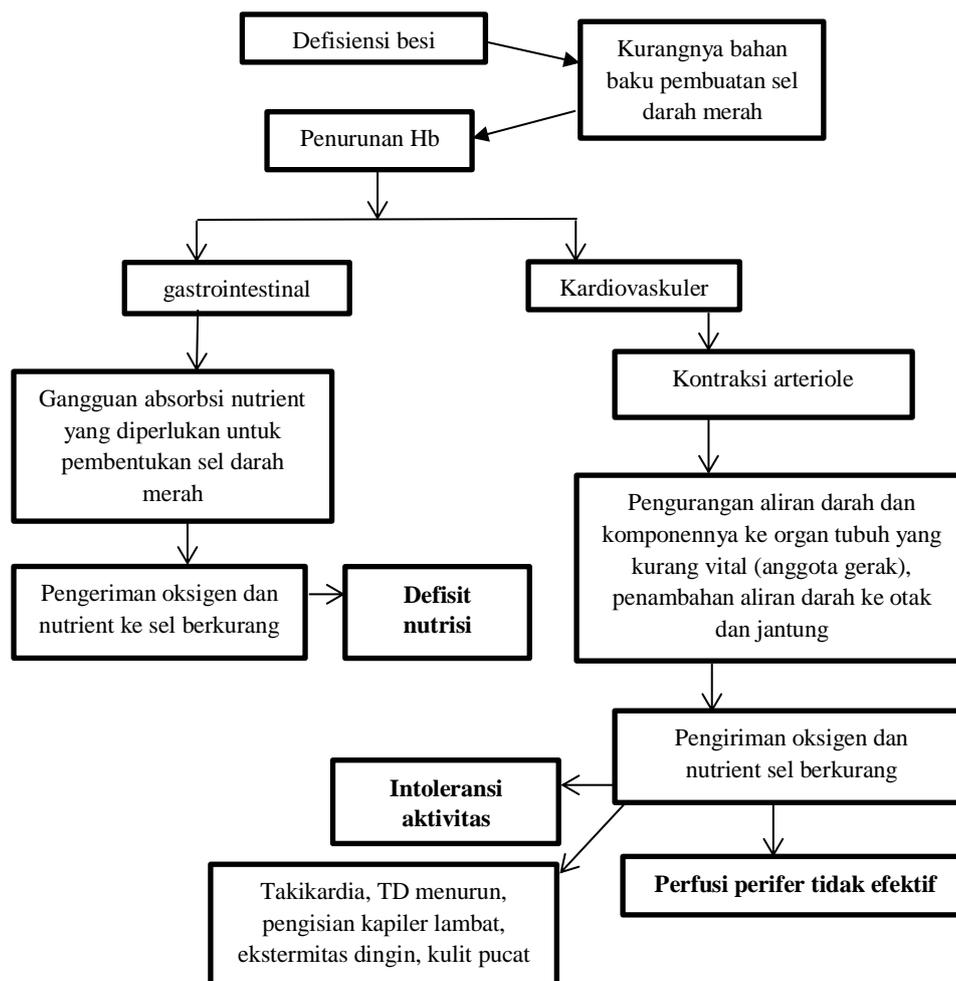
Anemia dapat disebabkan oleh rusaknya sel darah dalam jumlah yang besar, perdarahan distruksi, produksi sel darah merah berkurang, kekurangan bahan baku. Anemia dapat terjadi pula karena kurangnya zat besi dalam tubuh sehingga cadangan zat besi untuk pembentukan sel darah merah berkurang yang menyebabkan kadar Hemoglobin (Hb) kurang dari normal (Nubaya, Yusra, & Handayani, 2019).

### 3. Patofisiologi

Anemia defisiensi zat besi harus tersedia dalam makanan untuk memenuhi kebutuhan zat besi, jika asupan zat besi dari makanan tidak mencukupi maka akan terjadi anemia defisiensi zat besi. Sehingga cadangan zat besi untuk pembentukan sel darah merah berkurang yang menyebabkan kadar Hb kurang dari normal. Kondisi ini dapat mengganggu kesehatan karena hemoglobin tidak dapat membawa oksigen ke jaringan tubuh (Wijaya & Putri, 2013, p. 2).

Gambar 2.1

#### Pohon Masalah Gangguan Oksigenasi



(Wijaya & Putri, 2013)

4. Manifestasi klinis gangguan anemi sebagaimana dijelaskan oleh Baughman & Hackley (2000, p. 23). Semakin cepat berkembangnya anemia, maka akan berat gejala-gejala sebagai berikut:
  - a. Kelemahan, keletihan, malaise umum.
  - b. Pucat pada kulit dan membrane mukosa.
  - c. Sakit kepala, pusing, berkunang-kunang
  - d. Sedikit takikardia pada aktivitas (Hb 9-11 g/dl).
  - e. Dispnea pada aktivitas (Hb 7 g/dl).
  - f. Kelemahan (Hb dibawah 6 g/dl).
5. Pemeriksaan penunjang menurut Azmi (2019, p. 1).
  - a. Jumlah darah lengkap: HB dan HT menurun
  - b. Jumlah trombosit: menurun anemia perdarahan, meningkat defisiensi besi
  - c. Hb elektroforesis: mengidentifikasi tipe struktur hb
  - d. Bilirubin serum (tidak terkonjugasi): meningkat (AP, hemolitik)
  - e. Folat serum dan vit B12: membantu mendiagnosa anemia
  - f. Besi serum: tidak ada (BD), tinggi (hemolitik)
  - g. TIBC serum: menurun
6. Penatalaksanaan medis

Anemia defisiensi besi (DB) respon regular DB terhadap sejumlah besi cukup mempunyai arti diagnostik, pemberian oral garam ferro sederhana (sulfat, glukonat, fumarat) merupakan terapi yang murah dan memuaskan. Preparat besi parenteral (dekstran besi) adalah bentuk yang efektif dan aman digunakan bila perhitungan dosis tepat, sementara itu

keluarga harus diberi edukasi tentang diet penderita dan konsumsi susu harus dibatasi lebih baik 500ml/24 jam. Jumlah makanan ini mempunyai pengaruh ganda yakni jumlah makanan yang kaya besi bertambah dan kehilangan darah karena intoleransi protein susu sapi pencegah (Baughman & Hackley, 2000, p. 27).

#### 7. Komplikasi

Komplikasi anemia dijelaskan oleh Wijaya & Putri (2013, p. 137).

- a. Perkembangan otot buruk
- b. Daya konsentrasi menurun
- c. Hasil uji perkembangan menurun
- d. Kemampuan mengolah informasi yang didengar menurun
- e. Sepsis
- f. Kegagalan cangkok sum-sum

### **B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia**

Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow (2014, p. 127).

Meliputi lima kebutuhan dasar yaitu:

#### 1. Kebutuhan Fisiologis (*physiologic needs*)

Manusia yang memiliki beberapa kebutuhan yang belum terpenuhi atau lebih dulu memiliki kebutuhan fisiologisnya dibandingkan kebutuhan lain. Manusia memiliki delapan ancaman kebutuhan fisiologisnya yaitu kebutuhan oksigenasi, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

Pada kasus anemia kebutuhan dasar yang terganggu adalah kebutuhan fisiologis. Yaitu kebutuhan oksigenasi dan kebutuhan nutrisi. Kebutuhan oksigenasi merupakan hal yang mutlak yang dibutuhkan manusia untuk bertahan hidup. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan atau ke seluruh tubuh, hemoglobin memiliki fungsi sebagai alat pengukur oksigen, sebagai pertahanan tubuh terhadap seragam penyakit dan racun pada tubuh.

Kebutuhan nutrisi pada anemia, defisiensi zat besi harus tersedia dalam makanan untuk memenuhi kebutuhan zat besi, jika asupan zat besi dari makanan tidak mencukupi maka akan terjadi anemia defisiensi zat besi. Sehingga cadangan zat besi untuk pembentukan sel darah merah berkurang yang menyebabkan kadar Hb kurang dari normal. Kondisi ini dapat mengganggu kesehatan karena hemoglobin tidak dapat membawa oksigen ke jaringan tubuh (Wijaya & Putri, 2013, p. 127).

## 2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman (*safety and security*)

Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari berbagai aspek, baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi : kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan, dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

## 3. Kebutuhan rasa cinta (*love and belonging needs*)

Kebutuhan ini meliputi kebutuhan rasa cinta serta rasa memiliki dan dimiliki antara lain memberi dan menerima kasih sayang,

mendapatkan kebahagiaan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok social, dan sebagainya.

4. Kebutuhan harga diri (*self-esteem needs*)

Kebutuhan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

5. Kebutuhan aktualisasi diri (*needs for self actualization*)

Merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain atau lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

### **C. Proses Keperawatan**

1. Pengkajian

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

a. Identitas klien dan keluarga : Nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama wali, alamat wali dan pendidikan wali.

b. Keluhan utama

Biasanya pada pasien anemia klien mengeluh sesak napas, lelah dan pusing

c. Riwayat kesehatan dahulu

Berisi penyakit atau masalah kesehatan apa saja yang pernah pasien alami. Adanya penyakit anemia sebelumnya, adanya riwayat trauma, kecelakaan dan penyakit kronis.

d. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : Keadaan tampak lemah

2) Kesadaran : kompos mentis

3) Tanda-tanda vital

Tekanan darah : Tekanan darah menurun

Nadi : Frekuensi nadi meningkat, kuat sampai lemah

Suhu : Bisa meningkat atau menurun

Pernapasan : Bisa meningkat atau menurun

4) Tinggi badan dan berat badan

5) Kulit

Keadaan kulit tampak pucat, akral dingin, turgor kulit menurun.

6) Mata

Posisi mata simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, sclera jernih, pupil isokor, lapang pandang baik, tidak terdapat tanda-tanda peradangan pada mata,

tidak menggunakan alat bantu, penglihatan klien kabur, mata berkantung, klien tampak lesu, mata klien tampak sayu.

7) Mulut

Keadaan mukosa kering, tidak ada perdarahan gusi, lidah kering, bibir pecah-pecah.

8) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening, tiroid lidah membesar, tidak ada distensi jugularis

9) *Thoraks*

Pergerakan dada, irama, biasanya pernafasan cepat atau lambat, suara nafas bisa vesikuler atau ronchi

10) Abdomen

Cekung, tidak ada nyeri pada abdomen, bising usus normal dan bisa juga dibawah normal dan bisa juga meningkat

11) Ekstermitas

Terjadi kelemahan umum, nyeri akstremitas, tonus otot kurang dan akral dingin

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan bertujuan untuk menilai respon klien keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan

PPNI (2017, p. 1).

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi-perfusi

Menurut PPNI (2017, p. 22). Gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membrane alveolus-kapiler. Tanda mayornya meliputi dyspnea,  $PCO_2$  meningkat atau menurun,  $PO_2$  menurun, takikardia, pH arteri meningkat atau menurun, bunyi napas tambahan.

- b. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Menurut PPNI (2017, p. 37). Perfusi perifer tidak efektif adalah penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Tanda mayornya meliputi pengisian kapiler >3 detik, nadi perifer menurun atau tidak teraba, akral teraba dingin, warna kulit pucat, turgor kulit menurun.

- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Menurut PPNI (2017, p. 128). Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Tanda mayornya meliputi mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat.

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Menurut PPNI (2017, p. 56). Defisit nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Tanda mayornya meliputi berat badan menurun.

- e. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur

Menurut PPNI (2017, p. 126). Gangguan pola tidur adalah gangguan kualitas dan kuantitas waktu tidur akibat faktor eksternal. Tanda mayornya meliputi mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga,

mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

### 3. Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017, p. 19).

Tabel 2.1  
Rencana Tindakan Keperawatan pada Kasus Anemia dengan Gangguan Oksigenasi

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
1.	<p>Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan ventilasi pzerfusi:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea</li> <li>2. Pusing</li> <li>3. Penglihatan kabur</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PO2 menurun</li> <li>2. Takikardia</li> <li>3. Gelisah</li> <li>4. Pola napas lambat</li> <li>5. Warna kulit pucat</li> </ol>	<p>Pertukaran gas (L.01003)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Pusing menurun</li> <li>3. Penglihatan kabur menurun</li> <li>4. PO2 membaik</li> <li>5. Takikardia menurun</li> <li>6. Gelisah menurun</li> <li>7. Pola napas membaik</li> <li>8. Warna kulit membaik</li> </ol>	<p>Pemantauan respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa frekuensi, irama dan kedalaman napas</li> <li>2. Memeriksa pola napas</li> <li>3. Memeriksa saturasi oksigen</li> </ol> <p>Terapi oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. Memeriksa posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. Memeriksa aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> </ol>
2.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin:</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh lemas</li> </ol>	<p>Perfusi perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Pengisian kapiler membaik</li> <li>3. Akral tidak dingin</li> </ol>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, pengisian kapiler, warna)</li> <li>2. Identifikasi faktor resiko gangguan sirkulasi</li> </ol>

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
	DO: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Akral teraba dingin 3. Warna kulit pucat 4. Turgor kulit menurun	membaik 4. Warna kulit pucat menurun 5. Turgor kulit membaik	3. Pantau TTV (nadi, pernapasan, suhu, saturasi oksigen)  Manajemen cairan (I.03098)  Observasi: 1. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin) Terapeutik: 1. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 2. Berikan cairan intravena  Transfusi darah (I.02089) Obsevasi : 1. Identifikasi rencana transfusi 2. Monitor tanda-tanda vital sebelum, selama dan setelah transfusi Terapeutik : 3. Lakukan pengecekan ganda (double check) pada label darah 4. Berikan NaCl 0,9% 200ml 20 tpm sebelum transfusi dilakukan 5. Atur kecepatan aliran transfusi sesuai produk darah 10-15 ml/kgBB dalam 2-4 jam Dokumentasi tanggal, waktu, jumlah darah, durasi dan respon transfusi
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan: DS:	Toleransi aktivitas (L.05047) 1. Keluhan lelah menurun 2. Dispnea saat/setelah	Manajemen energi (I.05178)  Observasi:

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan/ SLKI	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
	1. Mengeluh lelah 2. Dispnea saat/setelah aktivitas 3. Merasa tidak nyaman setelah aktivitas 4. Merasa lemah  DO: 1. Frekuensi jantung meningkat 2. Tekanan darah berubah	aktivitas menurun 3. Perasaan tidak lemah menurun	1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Mengatur pola dan jam tidur Terapeutik: 1. Lakukan latihan rentang gerak 2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi: 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Kolaborasi pemberian obat dexamethasone 2mg 1x1 iv

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Suarni & Apriyani, 2017, p. 67).

Pada penderita anemia dengan diagnosa keperawatan perfusi jaringan tidak efektif maka implementasi yang biasa dilakukan yaitu cek tanda-tanda vital, kaji pengisian kapiler, awasi upaya pernapasan, pemberian transfusi, pemeriksaan Hb (Wijaya & Putri, 2013, p. 141).

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017, p. 72).

Mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan cara menggunakan metode membandingkan SOAP pada bagian penilaian, dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, kemudian tarik kesimpulan apakah masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi (Suadnyani, 2019, p. 7).