

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit Anemia

1. Pengertian

Anemia adalah kondisi ketika jumlah sel darah merah (yang berfungsi membawa oksigen) mengalami penurunan untuk memenuhi kebutuhan fisiologis tubuh. Kebutuhan fisiologis spesifik bervariasi pada manusia dan bergantung pada usia, jenis kelamin, kebiasaan merokok, dan tahap kehamilan (Nurbadriah, 2019).

Anemia merupakan penurunan kadar hemoglobin, eritrosit, dan hematokrit sehingga jumlah eritrosit atau kadar hemoglobin yang beredar tidak dapat memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi jaringan tubuh. Biasanya anemia ditandai dengan penurunan kadar hemoglobin kurang dari 13,5 g/dl pada pria dewasa dan kurang dari 11,5 g/dl pada wanita dewasa. (Lestari, Lipoeto, & Almurdi, 2017).

Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya hitung sel darah merah dan kadar hematocrit dibawa normal. Anemia bukan merupakan penyakit, melainkan merupakan pencerminan keadaan suatu penyakit (gangguan) fungsi tubuh. Secara fisiologis anemia terjadi apabila terdapat kekurangan jumlah hemoglobin untuk mengangkut oksigen ke jaringan. Anemia tidak merupakan satu kesatuan tetapi merupakan akibat dari berbagai proses patologik yang mendasari. (Wijaya & Putri, 2013)

2. Etiologi

Ada beberapa jenis anemia sesuai dengan penyebabnya:

- a. Anemia pasca perdarahan terjadi sebagai akibat perdarahan yang masih seperti kecelakaan, operasi dan persalinan dengan perdarahan atau yang menahun seperti penyakit cacingan.

- b. Anemia defisiensi terjadi karena kekurangan bahan baku pembuatan sel darah.
- c. Anemia hemolitik terjadi penghancuran (hemolisis) eritrosit yang berlebihan karena:
 - 1) Faktor intrasel misalnya talasemia, hemoglobinopatia (talasemia hbE, sickle Cell Anemia), sferositas, defisiensi enzim eritrosi (G-6pd, piruvatkinase, glutathion reduktase).
 - 2) Faktor ekstrasel karena intoksikasi, infeksi (malaria), imunologis (inkompatibilitas golongan darah, reaksi hemolitik pada tranfusi darah).
 - 3) Anemia aplastik disebabkan terhentinya pembuatan sel darah sumsum tulang (kerusakan sumsum tulang).

3. Klasifikasi Anemia

Berdasarkan faktor morfologik SDM dan indeksnya

a. Anemia Makroskopik / Normositik Makrositik

Memiliki SDM lebih besar dari normal ($MCV > 100$) tetapi normokromik karena konsentrasi hemoglobin normal (MCHC normal). Keadaan ini disebabkan oleh terganggunya atau terhentinya sintesis asam deoksibonukleat (DNA) seperti yang ditemukan pada defisiensi B12, atau asam folat, dan bisa juga terjadi pada pasien yang mengalami kemotradiasi kanker karena agen-agen mengganggu sintesis DNA.

- 1) Anemia yang megaloblastik berkaitan dengan kekurangan dari vitamin B12 dan asam folat tidak cukup atau penyerapan yang tidak cukup. Kekurangan folat secara normal tidak menghasilkan gejala, selagi B12 cukup. Anemia yang megaloblastik adalah paling umum penyebab anemia macrocytic.
- 2) Anemia pernisiiosa adalah suatu kondisi autoimmune yang melawan sel parietal dari perut. Sel parietal menghasilkan faktor intrinsik, yang diperlukan dalam menyerap vitamin B12 dari makanan. Oleh karena itu, penghancuran dari sel parietal menyebabkan suatu ketiadaan faktor intrinsik, mendorong penyerapan yang buruk dari vitamin B12.

b. Anemia Mikrositik

Anemia hipokromik mikrositik, Mikrositik : sel kecil, hipokromik : pewarna yang berkurang, karena darah berasal dari Hb, sel-sel ini mengandung hemoglobin dalam jumlah yang kurang dari jumlah normal. Keadaan ini umumnya mencerminkan isufisiensi sintesis heme / kekurangan zat besi, seperti anemia pada defisiensi besi, keadaan sideroblastik dan kehilangan darah kronis, dan gangguan sintesis globin.

c. Anemia Normositik

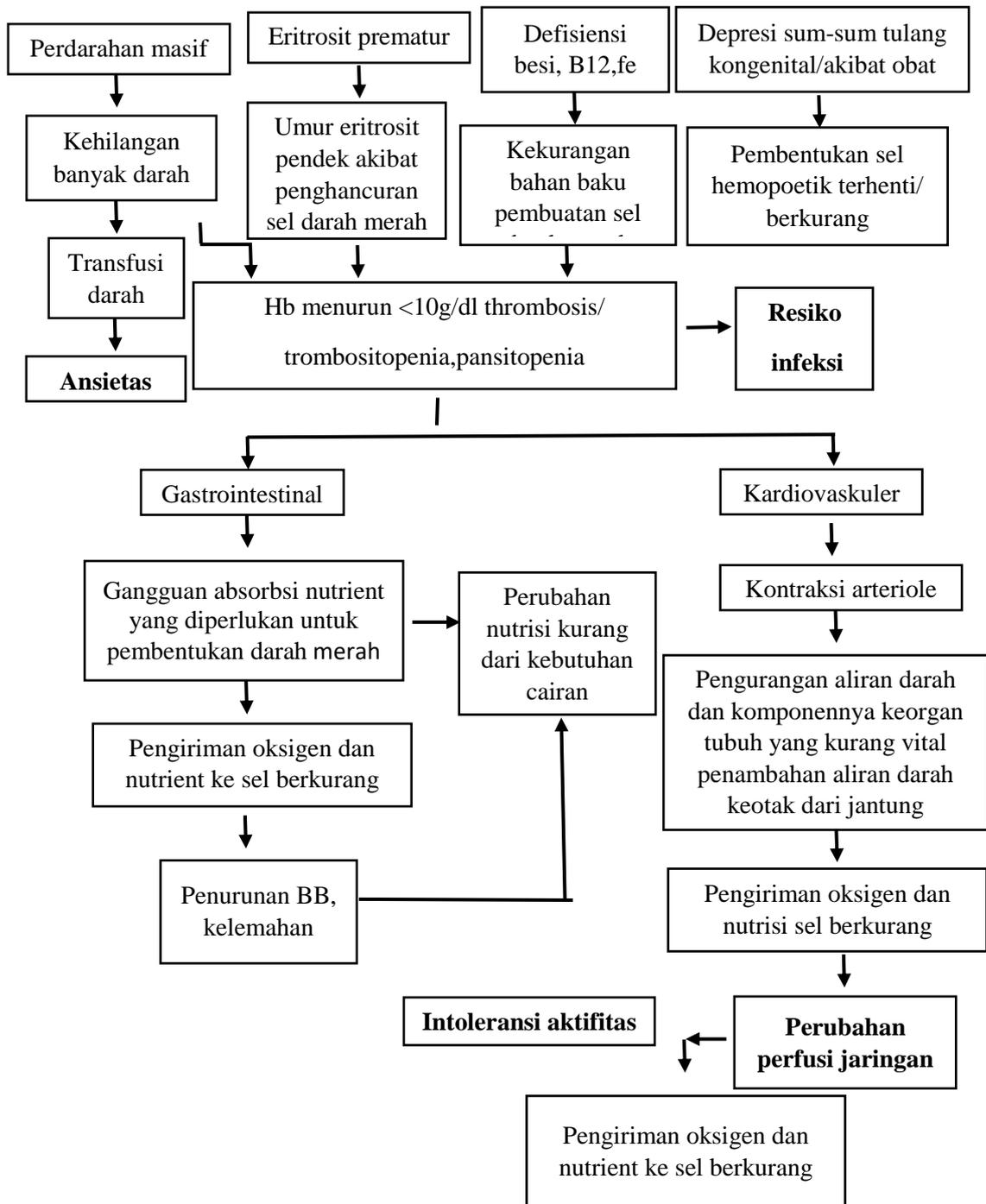
SDM memiliki ukuran dan bentuk normal serta mengandung jumlah hemoglobin normal. Kekurangan darah merah yang normocytic adalah ketika cadangan Hb dikurangi, tetapi ukuran sel darah yang merah (MCV) sisa yang normal. Penyebab meliputi: perdarahan yang akut. Anemia dari penyakit yang kronis. Anemia yang aplastic (kegagalan sumsum tulang).

4. Patofisiologi

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, pajanan toksik, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemplisis (destruksi), hal ini dapat akibat defek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah.

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam system retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal < 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera). Apabila sel darah merah mengalami penghancuran dalam sirkulasi, maka hemoglobin akan muncul dalam plasma.

Gambar 2.1
Pathway Anemia



sumber : (Wijaya & Putri , 2013)

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut untuk anemia secara umum gejala anemia adalah sebagai berikut:

Keadaan umum lemah, letih, lesu dan lelah, sering mengeluh pusing dan mata berkunang-kunang, sensitive terhadap dingin, BB turun, vertigo.

- a. Penurunan hb < 10 g/dl
- b. Penurunan bb, kelemahan
- c. Takikardi, td menurun, perlambatan pengisian kapiler, anggota gerak dingin, palpitasi, kulit pucat
- d. Mudah lelah (sering istirahat, nafas pendek, buruknya proses menghisap pada bayi)
- e. Sakit kepala, pusing, kunang- kunang dan peka rangsang

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut untuk anemia adalah sebagai berikut:

- a. Jumlah darah lengkap : HB dan HT menurun
- b. Jumlah trombosit : menurun anemia perdarahan, meningkat defisiensi besi, normal/tinggi(hemolitik)
- 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
- h. Masa perdarahan : memanjang (aplastik)
- i. LDH serum : mungkin meningkat
- j. Tes schilling : penurunan ekskresi vit B12 urin
- k. Guaiac : mungkin positif untuk darah pada urine, feses, dan isi gaster, menunjukkan perdarahan akut/kronis
- l. Analisa gaster : penurunan sekresi dengan peningkatan PH dan tak adanya asam hidroklorik bebas

- m. Aspirasi sum-sum tulang/pemeriksaan biopsy : sel mungkin tampak berubah dalam jumlah, ukuran, bentuk, membedakan tipe anemia.
- n. Pemeriksaan endoskopoi dan radiografik : memeriksa sisi perdarahan, gastrointestinal (GI).

7. Penatalaksanaan Anemia

Penatalaksanaan anemia menurut yang dapat dilakukan pada pasien anemia sebagai berikut:

a. Anemia karena perdarahan

Pengobatan terbaik adalah transfuse darah. Pada perdarahan kronik diberikan transfuse pack red cell untuk mengatasi renjatan dan penyebab perdarahan. Dalam keadaan darurat pemberian cairan intravena dengan cairan infus apa saja yang tersedia.

b. Anemia defisiensi besi (DB)

Respon regular DB terhadap sejumlah besi cukup mempunyai arti diagnostic, 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.

c. Anemia defisiensi asam folat

Meliputi pengobatan terhadap penyebabnya dan dapat dilakukan pula dengan pemberian/suplementasi asam folat oral 1mg/hari

d. Anemia hemolitik

1) Anemia hemolitik autoimun

Terapi inisial dengan menggunakan prednisone 1-2 bmg/kg BB/hari

2) Anemia hemolitik akibat enzim

Pencegahan hemolysis adalah cara terapi yang paling penting transfusi tukar mungkin terindikasi untuk hiperbilirubinemia pada neonates. Transfusi eritrosit terpapar diperlukan untuk anemia berat atau krisis aplastik. Jika anemia terus menerus berat atau jika diperlukan transfusi yang sering, splenektomi harus dikerjakan setelah umur 5-6 tahu.

3) Anemia aplastik

Dua metode penanganan yang saat ini sering dilakukan

- a) Transplantasi sum-sum tulang
- b) Terapi immunosupresif dengan ATG (globulin antitimosif)

8. Komplikasi

Komplikasi menurut terdiri dari, perkembangan otot buruk, daya konsentrasi menurun, hasil uji perkembangan menurun, kemampuan mengolah informasi yang didengar menurun, sepsis sentitasi terhadap antigen donor yang bereaksi silang menyebabkan perdarahan yang tidak terkendali, cangkukan vs penyakit hospes (timbul setelahh pencangkokan sum-sum tulang), kegagalan cangkok sum-sum dan leukemia mielogen akut berhubungan dengan anemia fanconi.

B. Konsep 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. Kebutuhan dasar manusia menurut Abraham maslow dalam teori hierarki kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta kasih, harga diri dan aktualisasi diri. (Uliyah & Hidayat, 2021)

Teori hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan oleh Abraham maslow dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

Bagan 2.1
Hierarki maslow



Sumber: Abraham maslow dalam (buku keperawatan dasar 1 untuk pendididkakan dasar)

1. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan yang paling dasar yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan makanan, kebutuhan eliminasi urin, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktifitas, kebutuhan kesehatan temperature tubuh dan kebutuhan seksual.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologi
 - a. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup. Ancaman tersebut berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya
 - b. Perlindungan psikologis yaitu perlindungan atas ancaman terhadap pengalaman baru dan asing. Misalnya kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain
3. Kebutuhan rasa cinta dan rasa memiliki dan dimiliki antara lain menerima dan memberi rasa kasih sayang mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterim oleh kelompok social.

4. Kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai orang lain. Kebutuhan ini berkaitan dengan keinginan untuk kekuatan untuk meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu perlu mendapatkan pengakuan dari orang lain.
5. Kebutuhan aktualisasi diri merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain / lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Konsep hierarki diatas menjelaskan bahwa manusia senaantiasa berubah, dan kebutuhannya pun harus berkembang. Jika seseorang merasakan kepuasan, ia akan menikmati kesejahteraan dan bebas untuk berkembang menuju potensi yang lebih besar. Sebaliknya, jika proses pemenuhan kebutuhan itu terganggu, akan timbul suatu kondisi patologis. dalam konteks homeostasis, suatu persoalan atau masalah dapat dirumuskan sebagai hal yang menghalangi terpenuhnya kebutuhan, dan kondisi tersebut lebih lanjut dapat mengancam homeostasis fisiologi maupun psikologis seorang karenanya, dengan memahami konsep kebutuhan dasar maslow akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ketingkat kebutuhan yang lebih tinggi, kebutuhan dasar dibawahnya harus terpenuhi terlebih dahulu.

Pada kasus anemia dengan gangguan sirkulasi kebutuhan dasar yang terganggu yaitu kebutuhan fisiologis. Kebutuhan sirkulasi adalah suatu system organ yang berfungsi memindahkan zat ke dan dari sel. Fungsi sirkulasi adalah untuk memenuhi kebutuhan jaringan tubuh, menstransfer produk-produk yang tidak berguna, menghantarkan hormon dari suatu bagian tubuh ke bagian tubuh yang lain. Pada konsep darah dijelaskan bahwa darah adalah salah satu jaringan tubuh yang terdapat dalam pembuluh darah yang berwarna merah. Warna merah itu keadaannya tidak tetap tergantung pada banyaknya oksigen dan karbondioksida didalamnya. Darah memiliki fungsi seperti sebagai alat pengukur sebagai pertahanan tubuh terhadap serangan penyakit dan racun pada tubuh dan sebagai regulasi untuk mempertahankan pH dan konsentrasi elektrolit, dalam pembentukan darah memerlukan bahan-bahan seperti vitamin B12, asam folat, zat besi, cobalt, magnesium, tembaga(Cu), senk(Zn), asam amino, vitamin C dan B

kompleks. Kekurangan salah satu unsur bahan pembentuk sel darah merah mengakibatkan penurunan produksi atau anemia. (Wijaya & Putri, 2013)

Menurut (Dananjaya & Kurniyanta, 2017) Pasien anemia akan terjadi gangguan kebutuhan cairan dan gangguan sirkulasi. Menurut jenis cairan yang terdapat dalam tubuh manusia ada 2, yaitu :

1. Cairan intraseluler

Cairan mengandung sejumlah besar ion kalium dan fosfat ditambah ion magnesium dan sulfat dalam jumlah sedang, yang mana semua ion ini memiliki konsentrasi yang rendah di cairan ekstraseluler. Sel ini juga mengandung sejumlah besar protein, hampir empat kali jumlah protein dalam plasma.

2. Cairan ekstraseluler

Komponen cairan ekstraseluler terdiri dari ion natrium, klorida dan bikarbonat yang jumlahnya banyak serta ditambah berbagai zat gizi untuk sel, seperti oksigen, glukosa, asam lemak, dan asam amino. Komponen penting dari cairan ekstraseluler adalah cairan interstisial, yang jumlahnya mencapai tiga perempat dari keseluruhan cairan ekstraseluler, dan seperempat lainnya merupakan plasma.

Hemoglobin merupakan komponen dalam sel darah merah yang berperan penting untuk mengikat oksigen dalam darah. Ketika tubuh kekurangan hemoglobin, maka akan terjadi anemia yang dapat menimbulkan sejumlah keluhan dan gangguan kesehatan. Anemia disebabkan karena gangguan homeostasis zat besi dalam tubuh. Homeostasis zat besi dalam tubuh diatur oleh penyerapan besi yang dipengaruhi asupan besi dan hilangnya zat besi. Kurangnya asupan zat besi, penurunan penyerapan, dan peningkatan hilangnya zat besi dapat menyebabkan ketidakseimbangan zat besi dalam tubuh sehingga menimbulkan anemia karena defisiensi besi. Zat besi yang diserap di bagian proksimal usus halus dan dapat dialirkan dalam darah bersama hemoglobin, masuk ke dalam enterosit, atau disimpan dalam bentuk ferritin dan transferin (Anitasari, universitas muhammadiyah diponorogo, 2021)

Imobilitas Pada pasien anemia dapat menyebabkan terjadinya perubahan system pernapasan. Akibat imobilitas, kadar hemoglobin menurun, ekspansi paru

menurun, dan terjadinya lemah otot yang yang dapat menyebabkan proses metabolisme terganggu. Terjadinya penurunan kadar hemoglobin dapat menyebabkan penurunan aliran oksigen dari alveoli ke jaringan, sehingga menyebabkan anemia. Penurunan ekspansi paru dapat terjadi karena tekanan yang meningkat oleh permukaan paru.

Imobilitas juga dapat menyebabkan gangguan fungsi gastrointestinal. Hal ini disebabkan karena imobilitas dapat menurunkan hasil makanan yang dicerna, sehingga penurunan jumlah masukan yang cukup dapat menyebabkan keluhan seperti perut kembung, mual, dan nyeri lambung yang menyebabkan gangguan proses eliminasi. (Hidayat, 2021)

Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilitas

1. Gaya hidup

Perubahan gaya hidup dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas seseorang karena gaya hidup berdampak pada perilaku atau kebiasaan sehari-hari.

2. Proses penyakit/cedera

Proses penyakit dapat mempengaruhi kemampuan mobilitas karena dapat mempengaruhi fungsi sistem tubuh. Sebagai contoh, orang yang menderita anemia akan mengalami keterbatasan pergerakan pada tubuhnya.

3. Budaya

Kemampuan melakukan mobilitas dapat juga dipengaruhi kebudayaan. Sebagai contoh, orang yang memiliki budaya sering berjalan jauh memiliki kemampuan mobilitas yang kuat, sebaliknya ada orang yang mengalami gangguan mobilitas (sakit) karena adat dan budaya tertentu dilarang untuk beraktifitas .

4. Tingkat energy

Energy adalah sumber untuk melakukan mobilitas. Agar seseorang dapat melakukan mobilitas dengan baik, dibutuhkan energy yang cukup.

5. Usia dan status perkembangan

Terdapat perbedaan kemampuan mobilitas pada tingkat usia yang berbeda. Hal ini dikarenakan kemampuan atau kematangan fungsi alat gerak sejalan dengan perkembangan usia.

C. Konsep Teori Asuhan Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang membutuhkan perawatan tidak terlepas dari pendekatan dengan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis untuk mengenal masalah masalah pasien dan mencari alternatif pemecahan masalah dalam memenuhi kebutuhan kebutuhan pasien. Proses pemecahan masalah yang dinamis dalam memperbaiki dan meningkatkan kesehatan pasien sampai ketahap maksimum dan merupakan pendekatan ilmiah. Proses keperawatan terdiri dari 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Atau adapula yang menerjemahkan 5 tahap yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. (Suarni & Apriyani, 2017)

Menurut (Wijaya & Putri , 2013) berikut teori tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien anemia:

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah untuk mendapatkan data pada klien. Pada klien dengan anemia, data yang perlu dikaji meliputi :

a. Identitas klien dan keluarga

Nama, Umur, TTL, nama ayah/ibu, pekerjaan 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 menderit penyakit anemia sebelumnya,
- 2) riwayat imunisasi Adanya riwayat trauma, perdarahan
- 3) Adanya riwayat demam tinggi
- 4) Adanya riwayat TB abses paru
- 5) Adanya riwayat pielonefritis, gagal ginjal

d. Riwayat Kesehatan Saat Ini

Klien pucat, kelemahan, sesak nafas, sampai adanya gejala gelisah, diaforesis takikardi, dan penurunan kesadaran.

e. Riwayat Keluarga

Riwayat anemia dalam keluarga seperti: kanker, jantung, hepatitis, DM, asma, penyakit-penyakit infeksi saluran pernafasan

f. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum : Keadaan tampak lemah sampai sakit berat

2) Kesadaran : Composmentis kooperatif sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran apatis, samnolen, sopor, coma

3) Tanda-tanda vital

TD : Tekanan darah menurun

Nadi : Frekuensi nadi meningkat, kuat sampai lemah

Suhu : Bisa meningkat atau menurun

Pernafasan : Meningkat

g. Kulit

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

h. Kepala

Biasanya bentuk dalam batas normal

i. Mata

Kelainan bentuk tidak ada, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, terdapat perdarahan sub konjungtiva, keadaan pupil, palpebra, reflex cahaya biasanya tidak ada kelainan.

j. Hidung

Keadaan/bentuk, mukosa hidung, cairan yang keluar dari hidung, fungsi penciuman biasanya tidak ada kelainan

k. Telinga

Bentuk, fungsi pendengaran tidak ada kelainan

l. Mulut

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

m. Leher

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

n. Thoraks

Pergerakan dada, biasanya pernafasan cepat irama tidak teratur. Fremitus yang meninggi, perkusisonor, suara nafas bisa vesikuler atau ronchi, wheezing.

o. Abdomen

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

p. Genitalia

Laki-laki : testis sudah turun ke dalam skrotum

Perempuan : labia minora tertutup labia mayora

q. Ekstremitas

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

r. Anus

Keadaan anus, posisinya anus(+)

s. Neurologis

Refleksi fisiologis (+) seperti Reflek patella, reflex patologi (-) seperti Babinski, tanda kerniq (-) dan Brunsinski I-II.

2) Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada anemia.

Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah masalah kesehatan / proses kehidupan yang actual atau potensial (Suarni & Apriani, 2017)

Berikut teori mengenai diagnosa keperawatan pada anemia menurut (Wijaya & Putri , 2013)

a. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

Definisi menurut SDKI : Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Batasan karakteristik :

- 1) Pengisian kapiler > 3 detik
- 2) Konjungtiva pucat
- 3) Turgor kulit menurun
- 4) Kulit tampak pucat ujung jari
- 5) Warna kulit pucat

b. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

Definisi menurut SDKI : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh

Batasan karakteristik :

- 1) Berat badan menurun 10 % dibawah rentang ideal
- 2) Bising usus hiperaktif
- 3) Cepat kenyang setelah makan
- 4) Nyeri abdomen
- 5) Nafsu makan menurun

c. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan

Definisi menurut SDKI : Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktifitas sehari hari

Batasan karakteristik:

- 1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat
- 2) Merasa lemah
- 3) Merasa tidak nyaman setelah beraktifitas
- 4) Mengeluh lelah

d. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Definisi menurut SDKI : Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibatantisipasi bahaya yang memungkinkan Individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Batasan karakteristik :

- 1) Tampak gelisah
- 2) Merasa bingung
- 3) Sulit tidur
- 4) Mengeluh pusing

5) Muka tampak pucat

6) Tampak tegang

- e. Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

Definisi menurut SDKI : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor resiko :

1) Penyakit kronis

2) Malnutrisi

3) Efek prosedur invasive

4) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)

3) Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 2.1

Rencana tindakan keperawatan pada kasus anemia dengan gangguan sirkulasi

No.	Diagnosis Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan konsentrasi hemoglobin (D.009)</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.pengisian kapiler >3 detik 2.nadi perifer menurun atau tidak teraba 3.warna kulit pucat 4.turgor kulit menurun <p>Tanda dan gejala minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.nyeri perut 2.penyembuhan luka lambat 	<p>Perfusi perifer (L.02011)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kekuatan nadi meningkat 2.Warna kulit meningkat 3.Pengisian kapiler membaik 4.Turgor kulit membaik <p>Status sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Kekuatan nadi membaik 2.Tekanan sistolik membaik 3.Tekanan darah sistolik membaik 4.Pengisian kapiler membaik 	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Obsevasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Periksa sirkulasi perifer (misalnya nadi perifer, edeme, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi factor resiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas ,kemerahan nyeri, atau bengkak pada ekstremitas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah diarea keterbatasan perfusi 2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi 3. Hindari penekanan dan pemasangan

			<p>torniket pada area yang cedera</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan pencegahan infeksi 5. Lakukan perawatan kaki dan kuku 6. Lakukan hidrasi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan berhenti merokok 2. Anjurkan olahraga rutin 3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar 4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan dan penurun kolestrol jika perlu 5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur 6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta 7. Anjurkan perawatan kulit yang tepat 8. Anjurkan program rehabilitasi vaskuler 9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan <p>Manajemen syok (I.02048)</p> <p>Observasi</p>
--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status kardiopulmonal 2. Monitor status oksigenasi 3. Monitor status cairan 4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5. Periksa seluruh permukaan tubuh terhadap adanya DOTS <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan jalan napas paten 2. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen 3. Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis 4. Berikan posisi syok 5. Pasang jalur IV 6. Pasang kateter untuk menilai produksi urine 7. Pasang selang nasogastric untuk dekompresi lambung <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian infus cairan kristalois 1-2 L pada dewasa 2. Kolaborasi pemberian infus cairan kristalois 20mL/kg BB pada anak 3. Kolaborasi pemberian tranfusi darah
--	--	--	--

2.	<p>Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan (D.0019)</p> <p>Tanda dan gejala mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penurunan berat badan minimal 10% dibawah rentang ideal 2. Berat badan menurun ketika sakit <p>Tanda dan gejala minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan menurun 2. Membran mukosa pucat 3. Otot menelan lemah 4. Otot pengunyah lemah 	<p>Status meningkat nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan 2. Pengetahuan tentang pilihan makan yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun 5. Frekuensi makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu sesuai 4. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori protein 6. Berikan suplemen makanan 7. Hentikan pemberian makanan melalui
----	---	--	--

			<p>selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan posisi duduk 2. Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
3.	<p>Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)</p> <p>Tanda dan gejala mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengeluh lelah 2. Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat <p>Tanda dan gejala minor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Merasa lemah 2. Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 	<p>Toleransi aktifitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan lelah menurun 2. Perasaan lemah menurun 3. Frekuensi nadi membaik 4. Warna kulit membaik 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi napas membaik 	<p>Manajemen energy (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktifitas <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif atau aktif 3. Berikan aktifitas distraksi yang

			<p>menenangkan</p> <p>4. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
4.	Risiko infeksi ditandai dengan ketidakadekuatan pertahankan	<p>Tingkat infeksi (L.14137)</p> <p>1.Kemerahan menurun</p>	<p>Pencegahan infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p>

	tubuh sekunder (D.0142) 1. Penurunan hemoglobin 2. Imununosupresi 3. Leukopenis 4. Supresi respon inflsmasi 5. Vaksinasi tidak adekuat	2.Nyeri menurun 3.Sel darah membaik 4.Kultur area kulit membaik 5.Nafsu makan membaik	1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Teraupetik 1. Batasi jumlah pengunjung 2. Berikan perawatan kulit pada area edema 3. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan pasien 4. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi 1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 2. Ajarkan cara cuci tangan yang benar 3. Ajarkan etika batuk 4. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 6. Anjurkan meningkatkan asupan cair Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian imunisasi
5.	Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (D.0080)	Tingkat ansietas (L.09093) 1. Prilaku gelisah menurun 2. Konsentrasi membaik 3. Pola tidur membaik	Reduksi ansietas (L.09134) Observasi 1. Identifikasi saat tingkat ansietas berubah

	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sulit berkonsentrasi 2. Tampak gelisah 3. Sulit tidur <p>Gejala dan tanda mayor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. merasa tidak berdaya 2. Frekuensi napas meningkat 3. Frekuensi nadi meningkat 4. Muka tampak pucat 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Frekuensi pernapasan membaik 5. Frekuensi nadi membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi kemampuan mengambil keputusan 3. Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal) <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan 2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan 3. Pahami situasi yang membuat ansietas 4. Dengarkan dengan penuh perhatian 5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan 6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan 7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan 8. Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan prosedur termasuk sensasi yang mungkin dialami 2. Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis 3. Anjurkan keluarga untuk tetap
--	---	--	---

			<p>bersama pasien</p> <ol style="list-style-type: none">4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat8. Latih teknik relaksasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas
--	--	--	--

4. Implementasi keperawatan

Menurut (Suarni & Apriyani, 2017) implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data yang berkelanjutan mengobservasi respon klien sebelum dan sesudah pelaksanaan tindakan menilai data baru

a. Tahap pelaksanaan

- 1) Berfokus pada klien
- 2) Berorientasi pada tujuan
- 3) Memperhatikan keamanan fisik dan fisiologis klien
- 4) Kompeten

b. Pengisian format pelaksanaan tindakan keperawatan

- 1) Nomor diagnose keperawatan / masalah keperawatan
- 2) Tanggal jam
- 3) Tindakan

5. Evaluasi

Menurut (Suarni & Apriyani, 2017) evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan klien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibutuhkan pada tahap perencanaan untuk mempermudah perawat mengidentifikasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP

S : Data subjektif, didapatkan dari klien langsung

O : Data objektif, didapatkan dari hasil observasi perawat secara langsung

A : Analisa merupakan diagnose keperawatan yang masih terjadi atau juga dituliskan masalah baru akibat perubahan status kesehatan lainnya

P : Planning, perencanaan tindakan keperawatan yang akan di lanjutkan selanjutnya