

## **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 pendarahan dibawah kulit.
- 6) Mata: apakah ada kelainan bentuk mata, konjungtiva anemis, kondisi seklera, terdapat pendarahan 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, pendarahan 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 Keperawatan
Perfusi perifer tidak efektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3×24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Denyut nadi perifer meningkat</li> <li>- Warna kulit pucat menurun</li> <li>- Pengisian kapiler membaik</li> <li>- Akral membaik</li> <li>- Turgor kulit membaik</li> </ul>	Intervensi Utama Perawatan Sirkulasi (1.02079) Observasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle brachial index)</li> <li>- Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</li> <li>- Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstermitas</li> </ul> Terapeutik: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</li> <li>- Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan</li> </ul>

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



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

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

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-unsure 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 kejinjal 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 ke kiri. 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 ke arah 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 ke seluruh 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.

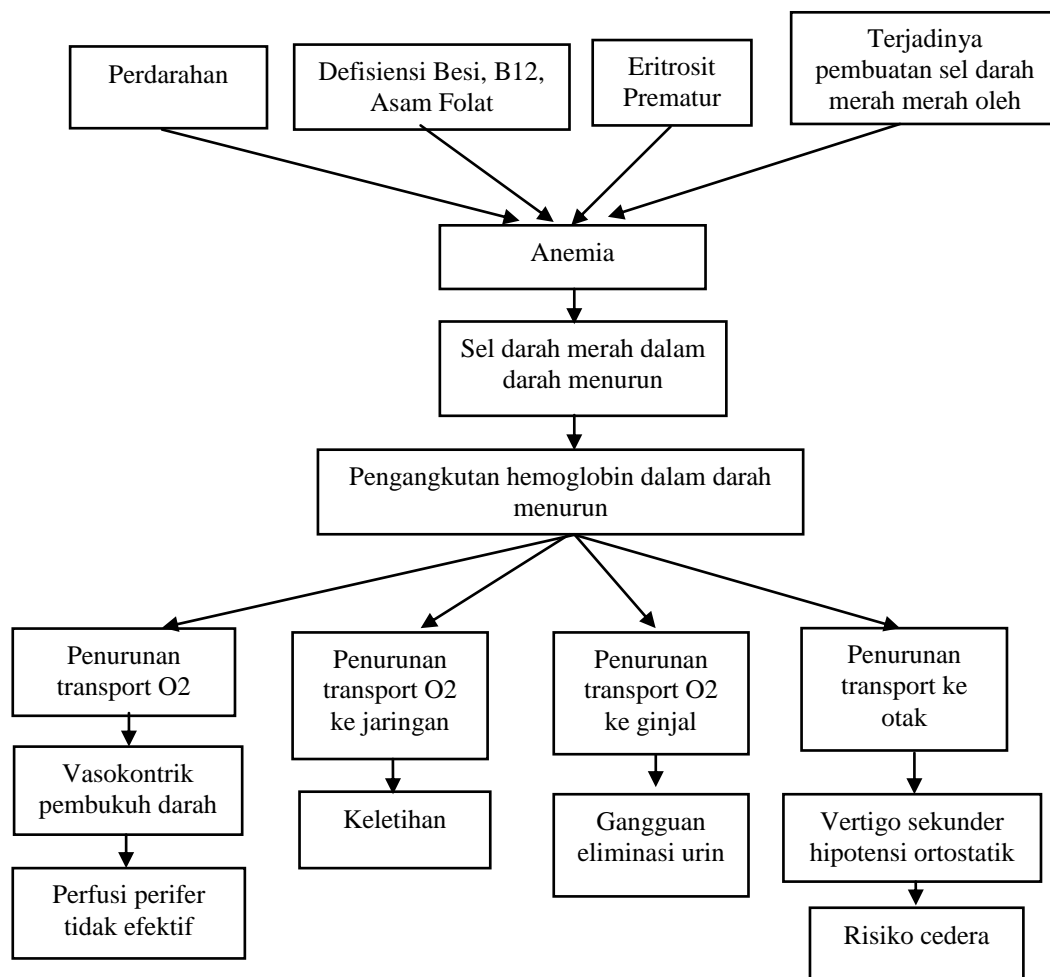
Bila sel darah merah yang beredar terlalu rapuh dan tidak mampu bertahan terhadap tekanan sirkulasi maka sel darah merah

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).