

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Penyakit Anemia**

##### **1. Pengertian**

Anemia adalah penurunan kadar hemoglobin (Hb), hematokrit atau hitung eritrosit (red cell count) berakibat pada penurunan kapasitas pengangkutan oksigen oleh darah. Tetapi harus di ingat pada keadaan tertentu dimana ketiga parameter tersebut tidak sejalan dengan massa eritrosit, tertentu dimana ketiga parameter tersebut tidak sejalan dengan massa eritrosit, seperti pada dehidrasi, perdarahan akut, dan kehamilan. Oleh karena itu dalam diagnosis anemia tidak cukup hanya sampai kepada label anemia tetapi harus dapat di tetapkan penyakit dasar yang menyebabkan anemia tersebut(Sudoyo Aru dalam Nurarif & Kusuma, 2015).

Anemia adalah istilah yang menunjukkan rendahnya hitung sel darah merah dan kadar hematokrit 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. (Smeltzer C Suzanne, Buku Ajar Keperawatan medial: bedah Brunner dan Suddarth: 935).

Anemia adalah gejala dari kondisi yang mendasari, seperti kehilangan komponen darah, elemen tak adekuat atau kurang nutrisi yang dibutuhkan untuk pembentukan sel darah, yang mengakibatkan penurunan kapasitas pengangkut oksigen darah ( Doengoes at all, 2000).

## 2. Klasifikasi

Berdasarkan faktor pengaruh perubahan 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 klien yang mengalami kemoterapi kanker karena agen-agen mengganggu sintesis DNA.

1) Anemia yang Megaloblastic berkaitan dengan kekurangan dari Vitamin B12 dan asam folat (atau kedua-duanya) tidak cukup atau penyerapan yang tidak cukup. Kekurangan folat secara normal tidak menghasilkan gejala, selagi B12 cukup. Anemia yang megaloblastic adalah yang paling umum penyebab anemia yang macrocytic.

2) Anemia perniosa 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

3) Methotrexate, zidovudine, dan lain obat yang menghalangi replikasi DNA. Ini adalah etiologi yang paling umum pada klien yang tanpa alkohol.

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 gloid. Derajat anemia menurut WHO (2002) yaitu :

- Anemia Ringan Sekali : Hb 10 g/dl- Batas normal
- Anemia Ringan : Hb 8 g/dl - Hb 9.9 g/dl
- Anemia Sedang : Hb 6 g/dl - Hb 7.9 g/dl, dan
- Anemia Berat : Hb < 6 g/dl. Kadar

1) Anemia kekurangan besi adalah jenis anemia paling umum dari keseluruhan, dan yang paling sering adalah microcytic hypochromic. Anemia kekurangan besi disebabkan karena ketika penyerapan atau masukan dari tidak cukup. Besi adalah suatu bahan penting dari hemoglobin, dan kekekurangan besi mengakibatkan berkurangnya hemoglobin ke dalam sel darah merah. Di Amerika Serikat, 20% dari semua wanita-wanita dari umur yang mampu

melahirkan mempunyai anemia kekurangan besi, dibandingkan dengan hanya 2% dari orang-orang tua. Penyebab dari anemia kekurangan besi pada wanita-wanita premenopausal adalah darah hilang selama haid. Studi sudah menunjukkan bahwa kekurangan besi bisa menyebabkan prestasi sekolah lemah dan menurunkan IQ pada gadis remaja. Pada klien yang lebih tua, anemia kekurangan besi disebabkan karena perdarahan saluran pencernaan; tes darah pada BAB, endoskopi atas dan endoskopi bawah sering dilakukan untuk mengidentifikasi lesi dan perdarahan yang bisa malignan.

2) Hemoglobinopathies lebih jarang (terlepas dari masyarakat dimana kondisi-kondisi ini adalah lazim) , anemia sel sabit, Thalassemia.

(Wijaya&Yessie, 2013).

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 merah (MCV) sisa yang normal. Penyebab meliputi: perdarahan yang akut, Anemia dari penyakit yang kronis, Anemia yang Aplastic (kegagalan sumsum tulang).

(Wijaya & Putri, 2013)

### 3. 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).

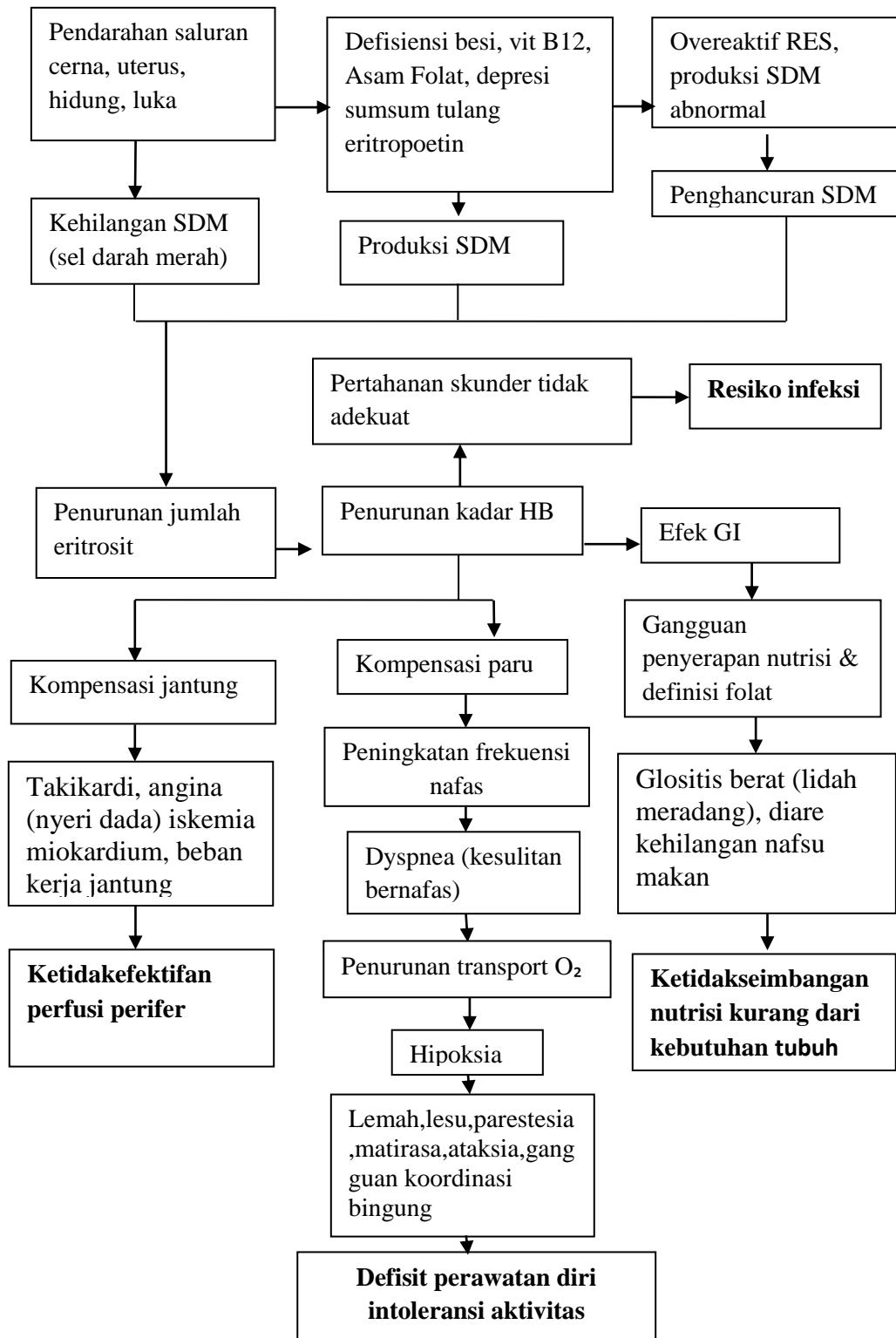
3) Anemia aplastik

Disebabkan terhentinya pembuatan sel darah sumsum tulang (kerusakan sumsum tulang)

(Wijaya &Putri,2013)

## 4. Pathway

Tabel 2.1 Pathway Anemia



(Nurarif &amp; Kusuma, 2015)

## 5. Patofisiologi

Penurunan jumlah sel darah merah (SDM) dalam sirkulasi, penurunan jumlah hemoglobin (Hb) di dalam SDM, atau kombinasi keduanya, mengakibatkan berkurangnya kapasitas pembawa oksigen dalam darah

- a. Anemia defisiensi besi: cadangan zat besi yang adekuat, yang menyebabkan insufisiensi Hb (molekul utama dalam SDM), mengakibatkan sel tampak tidak normal, berukuran lebih kecil dari normal (mikrositik), dan pucat (hipokromik).
- b. Anemia akibat penyakit kronis (anemia of chronic disease, ACD): menyertai gangguan inflamasi, infeksius, atau neoplastik yang kronis. Penelitian menunjukkan bahwa anemia memiliki prevalensi 30-90% pada individu yang menderita kanker
- c. Anemia pernisius (PA): kurangnya faktor intrinsik di dalam perut menyebabkan ketidakmampuan untuk mengabsorpsi vitamin B12 yang menyebabkan pembentukan SDM abnormal.
- d. Anemia aplastik: kegagalan sumsum tulang untuk memproduksi sel, termasuk SDM dan sel darah putih (SDP) serta trombosit.
- e. Anemia hemolitik: penghancuran prematur SDM  
(Dongoes et al, 2019)

## 6. Manifestasi klinis

Karena sistem organ dapat terkena, maka pada anemia dapat menimbulkan manifestasi klinis yang luas tergantung pada kecepatan timbulnya anemia, usia, mekanisme kompensasi, tingkat aktivitasnya,

keadaan penyakit yang mendasarinya dan beratnya anemia. Secara umum gejala anemia adalah;

- a. HB menurun (  $<10\text{g/dl}$  ), trombositosis / trombositopenia, pansitopenia
- b. Penurunan BB, kelemahan
- c. Takikardia, TD menurun, pengisian kapiler lambat, ekstremitas dingin, palpitasi, kulit pucat
- d. Mudah lelah: sering istirahat, nafas pendek, proses penghisap yang buruk (bayi)
- e. Sakit kepala, pusing, kunang-kunang, pekarang.

Manifestasi klinis berdasarkan jenis anemia:

- a. Anemia karna perdarahan

Perdarahan akut; akibat kehilangan darah yang cepat, terjadi reflex kardiovaskuler yang fisiologis berupa kontraksi arteriola, pengurangan aliran darah atau komponennya ke organ tubuh yang kurang vital (anggota gerak, ginjal). Gejala yang timbul tergantung dari cepat dan banyaknya darah yang hilang dan apakah tubuh masih dapat mengadakan kompensasi. Kehilangan darah sebanyak 12-15% akan memperlihatkan gejala pucat, transpirasi, takikardia, TD rendah atau normal. Kehilangan darah sebanyak 15-20% akan mengakibatkan TD menurun dan dapat terjadi renjatan (shock) yang masih reversible.



b. Anemia defisiensi

1) *Anemia defisiensi besi(DB)*

Pucat merupakan tanda yang paling asering, pagofagia (keinginan untuk makan bahan yang tidak biasa seperti es atau tanah), bila HB menurun sampai 5g / dl iritabilitas dan anorexia. Takikardi dan bising sistolik. Pada kasus berat akan mengakibatkan perubahan kulit dan mukosa yang progresif seperti lidah yang halus, keilosis, terdapat tanda-tanda malnutrisi. Monoamine oksidase suatu enzim tergantung besi memainkan peran penting dalam reaksi neurologis dan intelektual. Temuan laboratorium Hb 6-10 g/dl, trombositosis (600.000-1.000.000).

2) *Anemia defisiensi asam folat*

Gejala dan tanda pada anemia defisiensi asam folat sama dengan anemia defisiensi vitamin B<sub>12</sub>, yaitu anemimegaloblastik dan perubahan megaloblastik pada mukosa, hilangnya daya ingat. Gambaran darah seperti anemia pernisiiosa tetapi kadar vitamin dapat memastikan diagnosis adalah kadar folat serum rendah, biasanya kurang dari 3ng/ml. Yang dapat memastikan adalah kadar folat sel darah merah kurang dari 150 ng/ml (Mansjoer 2003 dalam Wijaya & Putri, 2013).

c. Anemia hemolitik

1) *Anemia hemolitik auto imun*

Anemia ini bervariasi dari yang ringan sampai yang berat (mengancam jiwa). Terdapat keluhan fatigue dapat terlihat bersama gagal jantung kongestif dan angina. Biasanya ditemukan ikterus dan splenomegali. Apabila klien mempunyai penyakit dasar seperti LES atau Leukimia Limfositik Kronik, gambaran klinis penyakit tersebut dapat terlihat. Pemeriksaan laboratorium ditemukan kadar HB yang bervariasi dari ringan sampai berat ( $HT < 10\%$ ) Retikulositosis biasanya dapat terlihat pada apusan darah tepi. Pada kasus Hemolisis berat, penekanan pada sumsum tulang dapat mengakibatkan SDM yang terpecah-pecah (Mansjoer, 2003 dalam Wijaya & Putri, 2013).

2) *Anemia hemolitik karena kekurangan enzim*

Manifestasi klinik beragam mulai dari anemia hemolitik neonatus berat sampai ringan, hemolisis yang terkompensasi dengan baik dan tampak pertama pada dewasa. Polikromatofilia dan mikrositosis ringan menggambarkan angka kenaikan retikulosit. Manifestasi klinis sangat beragam tergantung dari jenis kekurangan enzim, defisiensi enzim glutathion reduktase kadang disertai trombopenia dan leukopenia dan sering disertai kelainan neurologis.

### 3) *Sferositosis herediter*

Sferositosis herediter mungkin menyebabkan penyakit hemolitik pada bayi baru lahir dan tampak dengan anemia dan hiperbilirubinemia yang cukup berat keparahan penyakit pada bayi dan anak bervariasi. Beberapa penderita tetap tidak bergejala sampai dewasa, sedangkan lainnya mungkin mengalami anemia berat yang pucat, ikterus, lesu dan intoleransi aktivitas. Bukti hemolisis meliputi retikulositosis meningkat sampai 6-10g/dl. Angka retikulositosis sering meningkat sampai 6-20% dengan nilai rata-rata 10%. Eritrosit pada apus darah tepi berukuran macam-macam dan terdiri dari retikulosit polikromatofilik dan sferosis.

### 4) *Thalasemia*

Anemia berat tipe mikrositik dengan limpa dan hepar yang membesar. Pada anak yang besar biasanya disertai dengan keadaan gizi yang jelek dan mukanya memperlihatkan fasies mongoloid. Jumlah retikulosid dalam darah meningkat. Temuan laboratorium pada thalasemia HbF > 90% tidak ada Hb A. Pada thalasemia anemianya biasanya tidak sampai memerlukan transfusi darah, mudah terjadi hemolisis akut pada serangan infeksi berat, kadar HB 7-10g/dl, sediaan hapus darah tepi memperlihatkan tanda-tanda hipokromia yang nyata dengan anisositosis dan poikilositosis.

*d. Anemia aplastik*

Awitan anemia aplastik biasanya khas dan bertahap ditandai oleh kelemahan, pucat, sesak nafas pada saat latihan. Temuan laboratorium biasanya ditemukan pansitopenia, sel darah merah normositik dan normo kromik artinya ukuran dan warnanya normal, perdarahan abnormal akibat trombositopenia.

(Suzanne, 2005 dalam Wijaya & Putri, 2013).

## **7. Pemeriksaan penunjang**

Menurut Nurarif (2015), pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada klien penyakit anemia adalah :

a. Pemeriksaan laboratorium

- 1) Tes penyaring, tes ini dikerjakan pada tahap awal pada setiap kasus anemia. Dengan pemeriksian in, dapat dipastikan adanya anemia dan bentuk morfologi anemia tersebut. Pemeriksaan ini meliputi :kadar hemoglobin, indeks eritrosit, apusan darah tepi.
- 2) Pemeriksaan darah seri anemia :hitung leukosit, trombosit, laju endap darah (LED), dan hitung retikulosit.
- 3) Pemeriksaan sumsum tulang : pemeriksaan ini memberikan gambaran informasi mengenai keadaan system hematopoesis.

b. Pemeriksaan laboratorium nonhematologis : faal ginjal, faal endokrin, asam urat, faal hati, biakan kuman.

c. Radiologi : thorak, bone survey, USG, atau linfangiografi.

- d. Pemeriksaan sitogenetik
  - e. Pemeriksaan biologi molekuler
- (Nurarif & Kusuma, 2015)

## 8. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medis

#### 1) Penatalaksanaan Anemia karena perdarahan

Pengobatan terbaik adalah transfusi darah. Pada perdarahan kronik diberikan transfusi packed cell. Mengatasi renjatan dan penyebab perdarahan. Dalam keadaan darurat pemberian cairan intravena dengan cairan infuse apa saja yang tersedia.

#### 2) Anemia Defisiensi Besi(DB)

Respon reguler DB terhadap sejumlah besi cukup mempunyai arti diagnostik, pemberian oral garam ferro sederhana (sulfat, glukonat, fumarat) merupakan terapi yang murah dan memuaskan . preparat besiparenteral (dekstran besi) adalah bentuk yang efektif dan aman digunakan bila perhitungan dosis tepat, sementara itu keluarga harusdiberi edukasi tentang diet penderita, dan konsumsi susu harus dibatasi lebih baik 500 ml/ 24jam. Jumlah makanan ini mempunyai pengaruh ganda yakni jumlah makanan yang kaya akan besi bertambah dan kehilangan darah karena intoleransi protein susu sapi tercegah.

#### 3) Anemia defisiensi asamfolat

Meliputi pengobatan terhadap penyebabnya dan dapat dilakukan pula dengan pemberian / suplementasi asamfolatoral 1mg perhari.

#### 4) Anemia hemolitik

##### a) Anemia hemolitik autoimun

Terapi inisial dengan menggunakan prednison 1-2 mg/kg BB/hari. Jika anemia mengancam hidup, transfusi harus diberikan dengan hati-hati. Apabila prednison tidak efektif dalam menanggulangi kelainan ini, atau penyakit mengalami kekambuhan dalam periode tapering off dari prednison maka dianjurkan untuk dilakukan splenektomi. Apabila keduanya tidak menolong, maka dilakukan terapi dengan menggunakan berbagai jenis obat immunosupresif. Immunglobulin dosis tinggi intravena (500 mg/kg BB/hari selama 1-4) mempunyai efektifitas tinggi dalam mengontrol hemolisis. Namun efek pengobatan ini hanya sebentar (1-3 minggu) dan sangat mahal harganya. Dengan demikian pengobatan ini hanya digunakan dalam situasi gawat darurat dan bila pengobatan dengan prednison merupakan kontraindikasi.

(Wijaya&Putri, 2013, Nurarif, 2015)

## 9. Komplikasi

- a. Perkembangan daya otot buruk
- b. Daya konsentrasi menurun
- c. Hasil uji perkembangan menurun
- d. Kemampuan mengolah informasi yang didengar menurun
- e. Sepsis
- f. Sensitisasi terhadap anti endonor yang bereaksi silang menyebabkan

- perdarahan yang tidak terkontrol
- g. Cangkakanvs penyakit hospes (timbul setelah pencangkakan sum-sum tulang)
  - h. Kegagalan cangkok sum-sum
  - i. Leukimia mielogen akut berhubungan dengan anemia fanconi
- (Wijaya & Putri, 2013).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan 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 menderita penyakit anemia sebelumnya, riwayat imunisasi
  - 2) Adanya riwayat trauma, perdarahan
  - 3) Adanya riwayat demam tinggi
  - 4) Adanya riwayat TB abses paru
  - 5) Adanya riwayat pielonefritis, gagal ginjal ACD

d. Riwayat Kesehatan Saat Ini

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

e. Riwayat Keluarga

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

1) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum : Keadaan tampak lemah sampai sakit berat

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

c) Tanda-tanda vital

TD : Tekanan darah menurun ( TD 110/70 mmHg )

Nadi : Frekuensi nadi meningkat, kuat sampai lemah (N= 60-100 kali/i)

Suhu : Bisa meningkat atau menurun (N= 36,5-37,2

Pernafasan : Meningkat (N =20–30kali/i)

d) Kulit

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



## e) Kepala

Biasanya bentuk dalam batas normal

## f) Mata

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

## g) Hidung

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

## h) Telinga

Bentuk, fungsi pendengaran tidak ada kelainan

## i) Mulut

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

## j) Leher

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

## k) Thoraks

Pergerakan dada, biasanya pernafasan cepat irama tidak teratur. Fremitus yang meninggi, perkusisonor, suara nafas bisa vesikuler atau ronchi, wheezing. Frekuensi nafas neonatus 40-60 kali/i, anak 20-30 kali/i irama jantung tidak teratur.

## l) Abdomen

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

## m) Genitalia

Laki-laki : testis sudah turun ke dalam skrotum

Perempuan : labia minora tertutup labia mayora

## n) Ekstremitas

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

## o) Anus

Keadaan anus, posisinya anus(+)

## p) Neurologis

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

## 2) Pemeriksaan Penunjang

Kadar Hb menurun, pemeriksaan darah : eritrosit dan berdasarkan penyebabnya.

## 3) Riwayat Sosial

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

#### 4) Kebutuhan Dasar

- a) Meliputi kebutuhan nutrisi klien sehubungan dengan anoreksia, diet yang harus dijalani, pasang NGT, cairan IVFD yang digunakan jika ada. Pola tidur bisa terganggu. Mandi dan aktifitas : dapat terganggu berhubungan dengan kelemahan fisik. Eliminasi : biasanya terjadi perubahan frekuensi, konsistensi bisa, diare atau konstipasi

(Wijaya & Putri, 2013)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017).

Menurut Dongoes (2019) diagnosa keperawatan yang dapat diangkat pada penyakit anemia yaitu :

**Tabel 2.1 Diagnosa Keperawatan**

No	Masalah	Penyebab	Tanda Gejala
1.	Perfusi perifer tidak efektif  Definisi : penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh	Penurunan komponen seluler yang di perlukan untuk pengiriman oksigen/nutrient ke sel	1. Palpitasi,angina 2. Kulit pucat, membrane mukosa kering, kuku dan rambut rapuh 3. Ekstremitas dingin 4. Penurunan haluaran urine

- 
5. Mual/muntah, dis  
tensi absomen
  6. Perubahan TD,  
pengisian kapiler  
lambat
  7. Ketidakmampua  
nberkonsentrasi,  
disorientasi
- 

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko dalam rangka mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, atau mencegah masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya.

- a. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi Hb dan darah, suplai oksigen berkurang.

### **3. Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, dan atau/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantuk klien mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2009)

**Tabel 2.2**  
**Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	<p><b>Ketidakefektifan perfusi perifer</b></p> <p><b>Batasankarakteristik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Palpitasi,angina</li> <li>2. Kulit pucat,membrane mukosa kering,kuku dan rambut rapuh</li> <li>3. Ekstremitas dingin</li> <li>4. Penurunan haluaran urine</li> <li>5. Mual/muntah,distensi absomen</li> <li>6. Perubahan TD,pengisian kapiler lambat</li> <li>7. Ketidakmampuan berkonsentrasi,disorientasi</li> </ol>	<p><b>NOC</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan ketidakefektifan perfusi perifer, selama 3x24 jam klien mampu mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan perfusi adekuat, tanda vital stabil membrane mukosa warna merah muda,pengisian kapiler baik,haluaran urine adekuat mental seperti biasa</li> </ol>	<p><b>NIC</b></p> <p><b>Mandiri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Awasi tanda vital ,kaji pengisian kapiler,warna kulit/membrane mukosa,dasar kuku</li> <li>2. Awasi upaya pernapasan : auskultasi bunyi napas perhatikan bunyi adventisius</li> <li>3. Selidiki keluhan nyeri dada,palpitasi</li> <li>4. Kaji untuk respons verbal melambat,mudah terangsang,agitasi ,gangguan memori,bingung</li> <li>5. Orientasikan ulang klien sesuai kebutuhan catat jadwal aktivitas klien untuk rujuk,berikan cukup waktu untuk klien berpikir,komunikasi dan aktivitas</li> <li>6. Catat keluhan rasa dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh hangat sesuai indikasi</li> </ol> <p style="text-align: right;"><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Awasi pemeriksaan lanatorium:</li> </ol>

- 
- hb/ht dan jumlah  
SDM,GDA ( Gula Darah  
Acak )
2. Berikan SDM darah lengkap/packed, produk darah sesuai indikasi ,awasi ketat untuk komplikasi transfuse
  3. Tambahkan suplemen : B12, asam folat, sulfa ferros dll atau makanan/sayuran yang dapat meningkatkan kadar Hb
  4. Siapkan intervensi pembedahan sesuai indikasi
- 

( Sumber : Dongoes (2019) )

#### 4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor- faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien (Nursalam, 2017). Implementasi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan perpusi adalah :

- a. Awasi tanda vital , kaji pengisian kapiler, warna kulit/membrane mukosa, dasar kuku
- b. Awasi upaya pernapasan : auskultasi bunyi napas perhatikan bunyi adventisius
- c. Selidiki keluhan nyeri dada,palpitasi
- d. Kaji untuk respons verbal melambat, mudah terangsang, agitasi, gangguan memori, bingung
- e. Orientasikan ulang klien sesuai kebutuhan catat jadwal aktivitas klien untuk rujuk, berikan cukup waktu untuk klien berpikir, komunikasi dan aktivitas
- f. Catat keluhan rasa dingin, pertahankan suhu lingkungan dan tubuh hangat sesuai indikasi
- g. Hindari penggunaan bantal pemanas atau botol air panas ukur suhu air mandi dengan thermometer

(Doengoes, 2000).

## **5. Evaluasi**

Evaluasi adalah penilaian terakhir didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2017).

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x24 jam diharapkan perfusi jaringan adekuat dengan kriteria hasil, menunjukkan perfusi perifer adekuat :

Menunjukkan perfusi adekuat, tanda vital stabil membrane mukosa warna merah muda, pengisian kapiler baik, haluaran urine adekuat mental seperti biasa

(Doengoes, 2000).