

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Anemia

2.1.1 Pengertian

Anemia yaitu suatu keadaan dimana berkurangnya hemoglobin dalam tubuh. Hemoglobin yaitu metaloprotein di dalam sel darah merah yang *mengandung* zat besi yang fungsinya sebagai pengangkut oksigen dari paru - paru ke seluruh tubuh(Malikussaleh, 2019).

Anemia adalah suatu gangguan kekurangan sel darah merah, sedangkan sel darah merah berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh organ tubuh. Dan apabila sel darah merah dalam tubuh rendah, maka jumlah oksigen dalam tubuh juga rendah. Gejala anemia disebabkan oleh kurangnya kadar oksigen yang mengalir ke jaringan dan organ tubuh. Sel darah merah diukur berdasarkan jumlah hemoglobin dalam tubuh. Sebab, hemoglobin sendiri suatu protein kaya zat besi dalam sel darah merah yang membawa oksigen dari paru- paru keseluruh tubuh, selain itu , hemoglobin juga membawa sel darah merah yang jenuh dengan karbondioksida kembali ke paru- paru yang dikeluarkan(Yamada et al., 2017).

2.1.2 Etiologi

Anemia terjadi sebagai akibat gangguan, atau rusaknya mekanisme produksi sel darah merah. Penyebab anemia adalah menurunnya produksi sel darah merah karena kegagalan dari sumsum tulang, meningkatnya penghancuran sel-sel darah merah, pendarahan, dan rendahnya kadar eritropoetin, misalnya pada gagal ginjal yang parah. Gejala yang timbul

adalah kelelahan, berat badan menurun, letargi, dan membran mukosa menjadi pucat. Apabila timbulnya anemia perlahan (kronis), mungkin hanya timbul sedikit gejala, sedangkan pada anemia akut yang terjadi adalah sebaliknya. Pasien yang menderita anemia kronis lebih dapat menolerir tindakan bedah dibandingkan dengan penderita anemia akut. Faktor penatalaksanaan yang patut dipertimbangkan untuk penderita anemia terpusat pada penurunan kemampuan darah untuk mengangkut oksigen, dan pada beberapa kasus, mengenai kecenderungan rusaknya mekanisme pertahanan selular (Bararah da Jauhar, 2013).

Anemia terjadi karena berbagai sebab, seperti defisiensi besi, defisiensi asam folat, vitamin B12 dan protein. Secara langsung anemia terutama disebabkan karena produksi/kualitas sel darah merah yang kurang dan kehilangan darah baik secara akut atau menahun.

Ada beberapa penyebab anemia menurut (Suryani, dkk 2021) yaitu:

1) Defisiensi zat gizi

- a) Rendahnya asupan zat gizi baik hewani dan nabati yang merupakan pangan sumber zat besi yang berperan penting untuk pembuatan hemoglobin sebagai komponen dari sel darah merah/eritrosit. Zat gizi lain yang berperan penting dalam pembuatan hemoglobin antara lain asam folat dan vitamin B12.
- b) Pada penderita penyakit infeksi kronis seperti TBC, HIV/AIDS, dan keganasan seringkali disertai anemia, karena kekurangan asupan zat gizi atau akibat dari infeksi itu sendiri.

2) Perdarahan

Perdarahan karena trauma, perdarahan karena pasca persalinan.

Perdarahan karena menstruasi yang lama.

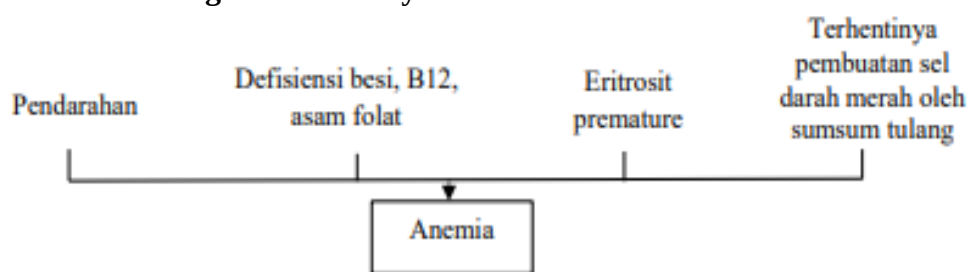
3) Hemolitik Misalnya perdarahan pada pasien malaria, perdarahan pada pasien thalasemia.

4) Zat besi yang masuk melalui makanan tidak mencukupi kebutuhan.

5) Meningkatnya kebutuhan tubuh akan zat besi, terutama ibu hamil, masa tumbuh kembang pada remaja, penyakit kronis, seperti tuberkulosis dan infeksi lainnya.

6) Kurang darah adalah kondisi ketika tubuh kekurangan sel darah merah yang sehat atau ketika sel darah merah tidak berfungsi dengan baik.

2.1.3 Patofisiologi dan Pathway



2.1.4 Tanda gejala

Tanda- tanda anemia itu disebabkan karena jumlah sel darah merah rendah akibatnya berkurangnya pengiriman oksigen ke setiap jaringan pada tubuh. Anemia bisa memperburuk kondisi medis lain yang

mendasari (Poerwati, 2011).

Tanda – tanda anemia sebagai berikut :

- a. Lesu, lemah, letih, lalai dan lelah
- b. Sering mengeluh pusing dan mata berkunang- kunang
- c. Terlihat pucat kelopak mata, bibir, lidah, ringan, kulit, telapak tangan
- d. Nafsu makan menurun
- e. Sesak nafas
- f. Adanya keluhan seputar infeksi, seperti demam, nyeri badan
- g. Riwayat terjadinya perdarahan (Amirudin Ali et al., 2012).

2.1.5 Komplikasi

Komplikasi Anemia Menurut (Lingga, 2019) :

- a. Gagal jantung.
- b. Mengalami kejang.
- c. Daya konsentrasi mengalami penurunan.
- d. Perkembangan otot memburuk (jangka lama).

Komplikasi anemia menurut (Sugeng, 2013) adalah :

- a. Kelelahan berat, bila anemia mencukupi parah seseorang mungkin merasa sangat lelah sehingga tidak bisa menyelesaikan tugas sehari – hari.
- b. Komplikasi kehamilan, wanita hamil dengan anemia defisiensi folat mungkin lebih cenderung mengalami komplikasi, seperti kelahiran premature.
- c. Masalah jantung, anemia dapat menyebabkan detak jantung cepat atau ireguler (aritmia). Bila seseorang menderita anemia, jantung harus memompa lebih banyak darah untuk mengimbangi kekurangan oksigen dalam darah. Hal ini

menyebabkan jantung membesar atau gagal jantung.

- d. Kematian beberapa anemiaturunan, seperti anemia sel sabit, bisa menyebabkan komplikasi yang mengancam jiwa. Kehilangan banyak darah dengan cepat mengakibatkan anemia akut dan berat dan bisa berakibat fatal (Safira, 2019).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

- a. Tes darah lengkap / Complete Blood Count)
- b. Pemeriksaan yang dilakukan dengan mengukur kadar sel darah di dalam sampel darah. Yang dilihat dari jumlah hematokrit (sel darah merah dalam tubuh).
- c. Pemeriksaan sel darah merah
- d. Pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan ukuran dan bentuk sel darah merah.
- e. Pemeriksaan kadar zat besi, ferritin, vitamin B12, tes diagnostic tambahan.
- f. Pemeriksaan yang dibutuhkan berfungsi untuk menentukan penyebab anemia.
- g. melakukan pengujian pada sampel tulang sumsum untuk mendeteksi anemia (DeLoughery, 2014).

Pemeriksaan penunjang pada anemia :

- a. Antibiotik pada pasien ini dengan jumlah sel neutrofil yang rendah (neutropenia), maka akan sering mengalami infeksi. Untuk itu diperlukan antibiotik dibutuhkan untuk melawan untuk melawan infeksi tersebut.
- b. Transfusi darah

Dilakukan pada penderita anemia yang mengalami pendarahan dan infeksi

c. Imunoterapi

Anemia dapat disebabkan oleh gangguan autoimun, maka diberikan obat untuk menekan sistem imun.

d. Transplantasi sum sum tulang

Transplantasi ini dilakukan untuk mengganti sumsum tulang yang telah rusak. Transplantasi juga metode pengobatan yang dapat bersifat menyembuhkan. (Neli Agustin & Maani, 2019).

2.1.7 Penatalaksanaan

Salah satu penatalaksanaan pada pasien anemia dengan perfusi jaringan tidak efektif dilakukan dengan memberikan transfusi darah. Prinsip utama penanganan anemia adalah dengan memberikan suplemen zat besi, pemberian transfusi darah dengan indikasi (Arya dan Pratama, 2021). Untuk mengatasi masalah perfusi perifer tidak efektif pada klien direncanakan tindakan nonfarmakologis dengan mengatur posisi semi fowler dan edukasi tentang pemenuhan nutrisi, posisi semi fowler yaitu posisi berbaring dengan menaikkan kepala dan badan 30-45 derajat dengan frekuensi 2 kali sehari pagi dan sore waktunya 15- 20 menit.

Menurut (Marfuah dan Dewi,2016) Salah satu cara untuk mengatasi anemia yaitu memperbanyak konsumsi makanan yang mengandung zat besi dalam kadar yang cukup tinggi antara lain, jagung, telur, kangkung, bayam, daging sapi, ikan segar, kentang, udang besar, kacang tanah, kacang hijau dan tempe kacang kedelai murni, beras merah biscuit.

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Pada pasien Anemia

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah suatu langkah awal yang dilakukan dalam proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan adanya pengumpulan data dari pasien yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Dalam pelaksanaannya diperlukan data yang jelas akurat dari pasien (Banjarnahor,2019).

a. Identitas Pasien

Nama, Usia : yang sering terkena anemia yaitu orang dewasa.
Jenis Kelamin : yang sering dominan terkena Anemia adalah perempuan. Agama, Status perkawinan, Pendidikan, Pekerjaan, Tanggal Masuk, No. RM, Diagnosa Medis.

Penanggung jawab meliputi : Nama, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan pasien.

b. Keluhan Utama

Pasien dengan hematemesis melena perlu ditanyakan tentang pendarahan yang timbul apakah mendadak dan banyak, atau sedikit tetapi terus menerus, apakah timbul perdarahan yang berulang, serta sebelumnya pernah mengalami perdarahan atau tidak. Biasanya pasien akan mengeluh muntah darah yang tiba-tiba dalam jumlah yang banyak, berwarna kehitaman dan tidak membeku Karena sudah tercampur dengan asam lambung, nyeri pada area epigastrium apabila mengalami tukak lambung, namun apabila disebabkan karena pecahnya varises esofagus tidak mengeluh nyeri atau pedih pada

epigastrium, BAB berwarna gelap, dan badan terasa lemah akibat kehilangan banyak darah (Hadi, 2013).

c. Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

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

2) Riwayat kesehatan dahulu

Riwayat kesehatan dahulu bertujuan untuk mengetahui kemungkinan adanya hubungan antara penyakit yang pernah diderita dengan penyakit sekarang. Tanyakan pula apakah pasien pernah mengalami kecelakaan, menderita penyakit yang berat dan menjalani operasi tertentu, riwayat alergi obat dan makanan, lama perawatan, apakah sembuh sempurna atau tidak. Obat-obat yang pernah dikonsumsi seperti steroid, kontrasepsi, transfuse, kemoterapi, dan apabila pasien pernah mengalami pemeriksaan maka harus dicatat dengan seksama hasilnya (Sutrisno, 2013).

3) Riwayat kesehatan keluarga

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

d. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum: keadaan tampak lemah sampai sakit berat.
2. ***Kesadaran : Compos mentis kooperatif sampai terjadi penurunan tingkat kesadaran apatis, samnolen-sopor-coma.***

3. Tanda-tanda vital

TD : Tekanan darah menurun (N=90-110/60-70 mmHg)

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

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

Pernapasan : meningkat (anak N-20-30 kalt/1).

4. Pemeriksaan fisik Persistem

(a) Sistem Pernafasan

Bentuk dada pasien nampak simetris kanan dan kiri, pola nafas teratur irama regular, tidak ada Retraksi otot bantu nafas ,Tidak Ada nyeri tekan, Suara nafas vesikuler,tidak Terdapat suara nafas tambahan, Sistem respirasi dalam keadaan normal.

(b) Sistem Cardiovaskuler

Pasien tidak sianosis ,clubbing finger tidak ada, CRT > 2 detik,konjungtiva anemis,warna kulit pucat,akral dingin,tidak teraba pembesaran jantung,tidak terdapat nyeri dada,tidak ada bunyi jantung tambahan.

(c) Sistem Pencernaan

Keadaan mulut bersih, mukosa lembab, tidak terpasang NGT, Terdapat nausea, pasien tidak memiliki gigi palsu, tidak nafsu

makan, bentuk abdomen flat, tidak terdapat distensi abdomen, hepar tidak teraba perbesaran, tidak terdapat nyeri abdomen, eliminasi MRS frekuensi 1x/hari konsistensi cair warna hitam.

(d) Sistem Genitourinaria

Pasien seorang perempuan, memiliki payudara dan tidak pernah melakukan pemeriksaan vagina itu sendiri.

(e) Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada hiperglikemia/hipoglikemia.

(f) Sistem Persyarafan

(1) Test fungsi cerebral

Kesadaran pasien baik/ composmentis

(2) Test fungsi Nervus (Cranialis)

1) Nervus Olfactorius (N.I) : Penciuman

2) Nervus Optikus (N.II) : ketajaman penglihatan, lapang pandang

3) Nervus Okulomotorius (N.III): reflek pupil, otot ocular, eksternal termasuk otosis dilatasi pupil

4) Nervus Troklearis (N.IV) : gerakan ocular menyebabkan ketidakmampuan melihat kebawah dan kesamping.

5) Nervus Trigeminus (N.V): fungsi sensori, reflek kornea, kulit wajah dan dahi, mukosa hidung dan mulut, fungsi motoric, reflek rahang.

- 6) Nervus Abdusen (N.VI) : Kaji kemampuan klien untuk menggerakkan mata secara lateral
- 7) Nervus Fasialis (N.VII) : fungsi motoric wajah bagian atas dan bawah.
- 8) Nervus Akustikus (N.VII) : Tes saraf koklear, pendengaran, konduksi udara dan tulang
- 9) Nervus Glosfaringeus (N.IX) : reflek gangguan faringeal
- 10) Saraf fagus (N.X) : Bicara
- 11) Nervus Aesorius (N.XI) : kekuatan otot trapezius dan sternocleidomastoid, kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan mengangkat bahu.
- 12) Nervus Hipoglosus (N.XII) : fungsi motorik lidah
kerusakan akan menyebabkan ketidakmampuan menjulurkan dan menggerakkan lidah.

(g) Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, akral teraba dingin, dan tidak ada lesi.

(h) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Kemampuan Pergerakan sendi bebas, Akral teraba dingin, Turgor kulit baik, Kelembaban kulit baik, Tangan kanan terpasang infus, dan Kekuatan Otot.

(2) Ekstermitas Bawah

Kemampuan Pergerakan sendi bebas, Akral teraba

dingin, Turgor kulit baik, Kelembaban kulit baik, dan Kekuatan Otot.

5		5
5		5

(i) Sistem Penglihatan

Posisi Mata Simetris, Kelopak Mata Tidak terdapat edema pada kelopak, mampu mengerjakan Bola Mata, Konjungtiva Anemis, Sclera anikterik, Pupil Isokor, tidak memakai Kacamata dan Lensa Kontak.

f. Data Psikologis

1) Status emosi

Status emosi klien menghadapi kondisi sakit

2) Kecemasan

Kecemasan klien menghadapi kondisi sakit

3) Pola Koping

Koping yang digunakan klien dalam menghadapi sakit

4) Gaya komunikasi

5) Konsep diri

a) Gambaran Diri

b) Peran Diri

c) Ideal Diri

d) Harga Diri

e) Identitas Diri

g. Data Sosial

Hubungan dan pola interaksi klien dengan keluarga, masyarakat dan lingkungan saat sakit.

h. Data Spiritual

Mengidentifikasi tentang keyakinan hidup, optimise kesembuhan penyakit, gangguan dalam melaksanakan ibadah.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan (SDKI, 2016)

- 1) Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler.
- 2) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin.
- 3) Resiko penurunan curah jantung berhubungan dengan perubahan kontraktilitas.
- 4) Resiko cedera berhubungan dengan vertigo.
- 5) Risiko ketidak seimbangan cairan.
- 6) Gangguan eliminasi uri berhubungan dengan penurunan kapasitas kantung kemih.
- 7) Deficit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan mencerna makanan.
- 8) Konstipasi berhubungan dengan penurunan motilitas gastrointestinal
- 9) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen.
- 10) Keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis anemia.

2.2.3 Perencanaan

Rencana asuhan keperawatan merupakan mata rantai antara penetapan kebutuhan pasien dan pelaksanaan keperawatan. Dengan demikian perencanaan asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya berdasarkan diagnosa keperawatan. Beberapa rencana keperawatan prioritas dari diagnosa keperawatan diatas adalah :

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada Anemia

No	Diagnosa	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Gangguan pertukaran gasberhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler (SDKI, D.0003) (Hal. 22) Kategori :Fisiologis Subkategori :Respirasi	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan Pertukaran gasmeningkat, kriteria hasil : (SLKI, Hal. 94) 1. Dispnea menurun 2. Bunyi napas tambahan menurun 3. Pola napas membaik	Pemantauan Respirasi (1.01014)(SIKI, Hal. 247) Definisi : mengumpulkan dan menganalisa data untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan keefektifan pertukaran gas Tindakan Observasi : 1. Monitor frekuensi irama,kedalaman dan upayanafas 2. Monitor pola nafas 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor saturasi oksigen 5. Auskultasi bunyi nafas Terapeutik : 6. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi : 7. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 8. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktifitas dan/atau tidur

2.	Perfusi perifer tidak efektifberhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin (SDKI, D.0005) (Hal. 26) Kategori : Fisiologis Subkategori : Respirasi	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal.84) • Denyut nadi perifer meningkat • Penyembuhan luka meningkat • Warna kulit pucat menurun	Perawatan Sirkulasi (1.02079)(SIKI, Hal. 345) Definisi : mengidentifikasi dan merawat area local dengan keterbatasan sirkulasi perifer Tindakan : Observasi : 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi 3. Monitor panas, kemerahan, nyeri ataubengkak pada ekstremitas Terapeutik : 4. Hindari pemasangan infus atau pengambilandarah di area keterbatasan perfusi 5. Lakukan hidrasi Edukasi : 6. Anjurkan berolahraga rutin 7. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi 9. Informasikan tanda dan gejala yang harusdilaporkan
3.	Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen (SDKI, D.0056)	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal 149) 1. Frekuensi nadi meningkat	Manajemen Energi (1.05178) (SIKI, Hal 176) Definisi : mengidentifikasi dan mengelola penggunaan energi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan prosespemulihan.

(Hal, 128)	2. Keluhan lelah menurun 3. Dyspnea saat aktivitas menurun Dyspnea setelah aktivitas menurun	Tindakan : Observasi : 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 aktivitas Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (Mis. Cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
------------	--	--

4.	Nyeri akut (SDKI, D.0077) (Hal. 172) Kategori : Psikologis Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat nyeri menurun, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal.145) 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Pasien menunjukkan ekspresi wajah tenang 3. Pasien dapat beristirahat dengan nyaman	Manajemen Nyeri (1.08238) (SIKI, Hal. 201) Definisi : mengidentifikasi dan mengelola pengalaman sensoria tau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan Tindakan Observasi : 1. Identifikasi lokasi, karakteristik nyeri, durasi, frekuensi, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik : 4. Berikan terapi non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Edukasi : 6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : 8. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu
----	--	---	--

5.	Keletihan b/d kondisi fisiologis anemia (SDKI, D.0057) (Hal, 130) Kategori : Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan tingkat keletihan membaik, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal 141) 1. Verbalisasi kepulihan tenaga meningkat 2. Tenaga meningkat 3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 4. Verbalisasi lelah menurun 5. Lesu menurun	Edukasi aktivitas /istirahat (1.12362) (SIKI, Hal 50) Definisi: mengajarkan pengaturan aktivitas/istirahat Tindakan : Observasi : 1. Identifikasikesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik : 1. Sediakan materi dan media pengaturan aktivitas dan istirahat 2. Jadwalkan pemberian pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya Edukasi : 1. Jelaskan pentingnya melakukan aktivitas fisik/olahraga secara rutin 2. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok, aktivitas bermain, atau aktivitas lainnya Anjurkan menyusun jadwal aktivitas dan istirahat 3. Ajarkan cara mengidentifikasi kebutuhan istirahat (mis. Kelelahan, sesak nafas saat aktivitas) 4. Ajarkan cara mengidentifikasi target dan jenis aktivitas sesuai kemampuan
----	--	--	---

6.	Defisit nutrisi b/d faktor psikologis keengganan untuk makan (SDKI, D.0019) (Hal, 54) Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan	Setelah diberikan intervensi selama 3x4 jam setiap pertemuan diharapkan status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil : (SLKI, Hal 121) 1. Porsi makanan yang dihabiskan cukup meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks masa tubuh (IMT) membaik	Menejemen Nutrisi (1.03119) (SIKI, Hal 200) Definisi: mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik : 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis.
----	--	---	--

Piramida makanan)

3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
6. Berikan suplemen makanan, jika perlu
7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi :

1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
2. Ajarkan diet yang di programkan

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antilemetik), jika perlu
 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
-

2.2.4 Pelaksanaan

Menurut SIKI & Pokja (2018), implementasi keperawatan merupakan tindakan atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (rencana keperawatan). Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi merupakan tahap ke empat dalam proses keperawatan dalam melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang sudah dibuat (Sari, 2016). Implementasi keperawatan merupakan salah satu bagian dari lima proses keperawatan yang dilakukan dalam bentuk tindakan yang dibutuhkan untuk mencapai hasil dari tujuan yang diperkirakan dalam suatu asuhan keperawatan (Bruno, 2019).

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah suatu penilaian hasil untuk menentukan keberhasilan proses keperawatan yang telah dilakukan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, bahkan evaluasi dan dokumentasi. Acuan evaluasi ini adalah hal-hal yang sudah diterapkan sebelumnya (Yeni & Ukur, 2019)

Evaluasi keperawatan disusun dengan menggunakan SOAP yang operasional yaitu:

- a. S (subjektif) adalah respon pasien yang berupa keluhan-keluhan atau penyampaian perasaan oleh pasien atau ibu maupun keluarga setelah

dilakukannya suatu tindakan keperawatan.

- b. O (objektif) adalah respon pasien atau ibu yang didapatkan melalui hasil pengamatan tenaga kesehatan melalui sikap ibu setelah dilakukannya tindakan keperawatan.
- c. A (Assesment) adalah analisa yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang didapatkan setelah mengetahui respon subjektif dan objektif pasien atau ibu yang dibandingkan dengan tujuan dan kriteria hasil yang ada pada intervensi keperawatan.
- d. P (Planning) adalah perencanaan yang dibuat untuk melakukan tindakan selanjutnya setelah dilakukannya analisa atau assesment oleh tenaga kesehatan.

2.3 Konsep Perfusi Perifer Tidak Efektif

Secara umum perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh. Perfusi perifer tidak efektif merupakan penurunan sirkulasi darah menuju perifer yang kemungkinan terjadinya komplikasi yang dapat mengganggu kesehatan (Nurratif & Kusuma, 2015).

Perdarahan masif, kekurangan sel darah merah, pembentukan sel hemopoetik terhenti sehingga menyebabkan kadar hemoglobin menurun. Selain itu hemoglobin menurun mengakibatkan pengiriman oksigen ke seluruh tubuh tidak maksimal atau efektif sehingga klien dengan anemia akan mengalami kelemahan pada tubuhnya karena suplai oksigen

yang mengalir keseluruhan tubuh tidak sampai pada otak (wijaya & putri, 2013).