

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0 DENGAN
DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA
DIRUANGAN NIFAS III RSUD ENDE

OLEH

NAMA : MARIA ANGELINA THERESIA ENGU

NIM : PO.530320219937

TINGKAT : III B

KEMENTRIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE
TAHUN 2023

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0
DENGAN DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA DI
RUANGAN NIFAS III RSUD ENDE**

**Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan
Program Pendidikan Diploma III Keperawatan
pada Program Studi Keperawatan Ende**



OLEH :

**MARIA ANGELINA THERESIA ENGU
NIM. PO 530320219937**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN ENDE
2023**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Angelina Theresia Engu

Nim : PO 530320219937

Program Studi : D III Keperawatan Ende

Judul Karya : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N.S G1 P1 A0 dengan Diagnosa medis Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar-benar hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat di buktikan bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Ende , 02 Februari 2023
Yang membuat pernyataan



Maria Angelina Theresia Engu
PO 530320219937

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0
DENGAN DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA DI
RUANGAN NIFAS III RSUD ENDE**

OLEH

MARIA ANGELINA THERESIA ENGU

PO.530320219937

**Karya Tulis Ilmiah Ini Telah DiPeriksa Dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan
Ende, 07 Februari 2023**

Pembimbing



**Martina Bedho, SST., M.Kes
NIP. 196006271985032001**

Mengetahui

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



**Aris Wawomeo, M.,Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001**

LEMBAR PENGESAHAN

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0 DENGAN
DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA DI RUANGAN
NIFAS III RSUD ENDE**

MARIA ANGELINA THERESIA ENGU

PO.530320219937

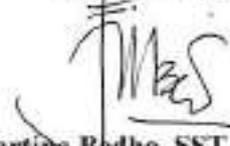
**Karya Tulis Ilmiah ini telah di ujikan dan di pertanggung jawabkan
Pada Tanggal, 07 Februari 2023**

Penguji Ketua



Dr. Sisilia Lenv Cahyani, S.Kep., NS., M.Sc
NIP.197401132002122001

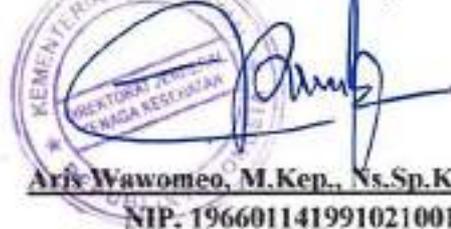
Penguji Anggota



Martina Bedho, SST., M.Kes
NIP.196006271985032001

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
NIP. 196601141991021001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0 DENGAN DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA”** dengan baik. Dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, penulis tidak lepas dari campur tangan dari berbagai pihak, maka dari itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu penulis yaitu :

1. Bapak Irfan, SKM., M.Kes, Direktur Poltekkes Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menempuh pendidikan Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Aris Wawomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom, selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk menambah ilmu di lembaga ini.
3. Dr. Carolina M. Viany Sunty, Sp. PK, selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende yang telah memberikan kesempatan kepada penulis melaksanakan Studi Kasus di RSUD Ende.
4. Ibu Marthina Bedho, SST., M.Kes, selaku Pembimbing yang telah mengorbankan waktu dan tenaga untuk membantu penulis dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan masukan yang berguna untuk penulis.

5. Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., M.Sc, selaku penguji ketua yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memperbaiki Karya Tulis Ilmiah ini agar menjadi lebih baik.
6. Ibu Faleriani H. Juwita, SST selaku kepala Ruangan Nifas III yang telah mengijinkan penulis untuk melaksanakan studi kasus di Ruangan Nifas III
7. Klien Ny. N.S beserta keluarga yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini
8. Bapa Mama, Ka Iren, Ka Natris, Ade Cantika, Ade Andini, Keluarga, Saudara/I serta teman-teman tingkat 3B (Sahabat Aurelia Gerda dan Apolonia Doa) yang telah membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan dukungan, motivasi, dan masukan dalam membantu penulis.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan studi kasus ini. Penulis mengharapkan kritik dan saran dalam penyempurnaan studi kasus ini sehingga bermanfaat bagi penulis, keperawatan dan semua pihak.

Akhir kata, semoga Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan mahasiswa keperawatan pada khususnya.

Ende, Februari 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada NY. N.S G1 P1 A0 Dengan Diagnosa Medis Ibu Nifas Dengan Anemia Di Ruang Nifas III RSUD Ende

Maria Angelina Theresia Engu ⁽¹⁾

Martina Bedho, SST., M.Kes ⁽²⁾

Anemia merupakan masalah kesehatan dunia di Negara-negara miskin. Penyebab paling umum anemia pada ibu nifas antara lain kurangnya konsumsi makanan kaya zat besi, peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan dan menyusui antara lain kebutuhan fisiologis. Di RSUD Ende pada tahun 2018 terdapat 40 orang. Pada tahun 2019 sebanyak 17 orang. Pada tahun 2021 di ruang Nifas III ibu postpartum dengan anemia berjumlah 30 orang.

Tujuan studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada Ny. N.S G1 P1 A0 dengan Diagnosa Ibu Nifas dengan Anemia pada Ruang Nifas III RSUD Ende.

Metode yang digunakan dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode studi kasus dengan pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil Studi Kasus Ny. N.S dilaksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian di temukan data bahwa pasien sakit perut menjalar ke pinggang dan rasa ingin BAB, nyeri pada jalan lahir dan lemas.

Masalah keperawatan Ny. N.S yaitu gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (HB), gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan, Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah

Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yaitu Observasi pemberian transfusi darah, menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, anjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup, monitor tanda dan gejala infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, Ajar dan anjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis serta anjurkan klien untuk mengkonsumsi telur.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan Nifas, Anemia

1. Program Studi DIII Keperawatan Ende
2. Dosen Pembimbing Program Studi DIII Keperawatan Ende

ABSTRACT

Nursing Care In NY. N.S G1 P1 A0 With a Medical Diagnosis of Postpartum Mother with Anemia in the Postpartum Room III of Ende Hospital

Maria Angelina Theresia Engu ⁽¹⁾
Martina Bedho, SST., M. Kes ⁽²⁾

Anemia is a world health problem in poor countries. The most common causes of anemia in postpartum women include lack of consumption of iron-rich foods, increased iron requirements during pregnancy and lactation, including physiological needs. In Ende Hospital in 2018 there were 40 people. In 2019 there were 17 people. In 2021, there will be 30 postpartum mothers in the postpartum room III.

The purpose of the case study is to be able to apply nursing care to Mrs. N.S G1 P1 A0 with a Diagnosed Postpartum Mother with Anemia in the Postpartum Room III of Ende General Hospital.

The method used in this scientific paper is the case study method with a nursing care approach which includes assessment, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation and evaluation.

Result of Case Study Mrs. N.S is carried out based on the nursing process approach. In the study, it was found that the patient had abdominal pain radiating to the waist and a feeling of wanting to defecate, pain in the birth canal and weakness.

Nursing problem Mrs. N.S, namely impaired tissue perfusion related to decreased cellular components (HB), disturbed sleep patterns related to environmental barriers, Risk of infection related to low body defense against infection

Nursing interventions are carried out based on nursing problems, namely Observation of blood transfusions, advising clients to consume green vegetables, identifying sleep-disturbing factors, advising clients to get enough rest and sleep, monitoring signs and symptoms of infection, washing hands before and after contact with patients, Teach and encourage clients to perform non-pharmacological techniques and encourage clients to consume eggs.

Keywords: Nursing Care Postpartum, Anemia

1. Ende Nursing DIII Study Program
2. Supervisor of the Ende DIII Nursing Study Program

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN JUDUL	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI	x
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Studi Kasus	4
BAB II TINJAUAN KASUS	5
A. Konsep Dasar Medis	5
B. Konsep Masalah Keperawatan.....	21
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	28
BAB III METODE STUDI KASUS	38
A. Rancangan / Desain Stusi Kasus	38
B. Subjek Studi Kasus	38
C. Batasan Istilah (Devinisi Operasional).....	38
D. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus	39
E. Prosedur Studi Kasus	39
F. Teknik Pengumpulan Data.....	39
G. Instrumen Pengumpulan Data.....	40

H. Keabsahan Data.....	40
I. Analisa Data	41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A. Hasil Studi Kasus	42
B. Pembahasan.....	64
BAB V PENUTUP	68
A. Simpulan	68
B. Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patway	14
-------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data.....	31
Tabel 3.1 Batasan Istilah.....	38
Tabel 4.1 Pemeriksaan Darah Rutin.....	51
Tabel 4.2 Validasi Hasil Pemeriksaan Darah Rutin.....	51
Tabel 4.3 Terapi Obat	53
Tabel 4.4 Analisa Data.....	54
Tabel 4.5 Catatan Perkembangan.....	61

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan ibu postpartum di Indonesia merupakan salah satu upaya untuk mengurangi AKI. Masa nifas atau postpartum merupakan masa setelah persalinan selesai sampai 6 minggu atau 42 hari. Setelah masa nifas, organ reproduksi secara perlahan akan mengalami perubahan seperti sebelum hamil. Selama masa nifas perlu mendapat perhatian lebih dikarenakan angka kematian Ibu (AKI) 60% terjadi pada masa nifas. Dalam angka kematian Ibu (AKI) adalah penyebab banyaknya wanita meninggal dari suatu penyebab adalah kurangnya perhatian pada wanita postpartum (Maritalia, 2012).

Anemia merupakan masalah kesehatan dunia di Negara-negara miskin, dan merupakan salah satu penyakit nasional yang memiliki pengaruh signifikan terhadap masa nifas di Negara-negara tersebut (WHO, 2014).

Penyebab paling umum anemia pada ibu nifas antara lain kurangnya konsumsi makanan kaya zat besi, peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan dan menyusui antara lain kebutuhan fisiologis. Kecukupan asupan Fe seseorang tidak hanya ditentukan oleh konsumsi makanan yang mengandung Fe (seperti daging sapi, unggas, ikan dan telur), tetapi juga dipengaruhi oleh perubahan penyerapan Fe.

Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) jumlah angka kematian Ibu (AKI) sangat tinggi didunia, tercatat 800 Perempuan meninggal setiap hari akibat komplikasi kehamilan dan kelahiran anak.

Menurut Riset Kesehatan Dasar 2018, pelayanan persalinan normal atau pasca partum di fasilitas kesehatan tahun 2018 di Indonesia 79,3%. Menurut menteri kesehatan RI tahun 2015, 3 faktor kematian Ibu melahirkan adalah perdarahan 28%, eklampsia 24% dan infeksi 11%.

Data profil kesehatan NTT bahwa hasil prevalensi anemia postpartum masih sangat tinggi yaitu 53%. Sedangkan di RSUD Ende pada tahun 2018 terdapat 40 orang (3,42%). Pada tahun 2019 sebanyak 17 orang (1,42%). Pada tahun 2021 di ruangan Nifas III ibu postpartum dengan anemia berjumlah 30 orang (2,26%), (Buku Register RSUD Ende, 2021).

Dalam rangka menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, Kementerian Kesehatan menetapkan lima strategi operasional yaitu: penguatan Puskesmas dan jaringannya; penguatan manajemen program dan system rujukannya; meningkatkan peran serta masyarakat; kerja sama dan kemitraan; kegiatan akselerasi dan inovasi tahun 2011. Pada tahun 2012 kementerian kesehatan meluncurkan program *expanding maternal and neonatal survival* (EMAS) dalam rangka menurunkan angka kematian Ibu dan neonatal sebesar 25%. Upaya percepatan penurunan AKI dapat dilakukan dengan menjamin agar setiap Ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan Ibu yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan Ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan.

Upaya pencegahannya yaitu makan makanan yang tinggi kandungan zat besi yang dapat membantu tubuh menjaga pasokan besi yang diperlukan tubuh. Selain itu pemberian vitamin C juga dapat mencakupi zat besi dan folat (Proverawati,2011).

Peran pemerintah dalam penanganan anemia pada Ibu nifas adalah memberikan konsumsi zat besi yang tepat guna meningkatkan pembentukan hemoglobin. Untuk mengatasi masalah ini, upaya telah dilakukan untuk meningkatkan asupan makanan kaya zat besi, memperkuat makanan dengan zat besi dan meningkatkan konsumsi buah-buahan yang tinggi vitamin C (Departemen Gizi, 2016)

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk menyusun sebuah Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Ny. N.S G1 P1 A0 dengan Diagnosa Ibu Nifas dengan Anemia” di Ruang Nifas III RSUD Ende.**

B. Tujuan

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende

2. Tujuan khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ibu Nifas dengan anemia
- b. Mampu menentukan diagnose keperawatan pada Ibu Nifas dengan anemia

- c. Mampu menentukan intervensi pada Ibu Nifas dengan anemia
- d. Mampu melakukan implementasi pada Ibu Nifas dengan anemia
- e. Mampu melakukan evaluasi pada Ibu Nifas dengan anemia

C. Manfaat

1. Bagi mahasiswa

Untuk menambah pengetahuan dan pemahaman dalam mengidentifikasi dan mengetahui Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia

2. Bagi institusi pendidikan

Dengan adanya studi kasus ini, Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende dapat mengevaluasi kemampuan penulis dalam memahami Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia.

3. Bagi ibu

Dengan adanya studi kasus ini, dapat menambah pengetahuan para Ibu Nifas dengan anemia sehingga dapat melewati masa nifasnya tanpa adanya komplikasi

4. Bagi masyarakat

Dapat bermanfaat untuk menambah wawasan tentang Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anemia Pada Ibu Nifas

1. Masa nifas

a. Pengertian

Masa nifas adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil (Saleha, 2009). Masa nifas atau masa puerperium dimulai sejak 1 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) setelah itu, (prawihardjo, 2008). Masa nifas atau purpurium dimulai sejak 2 jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu/42 hari (Vivian, 2009). Ibu nifas primipara, yaitu ibu nifas yang dirawat setelah melahirkan anak pertamanya (Vivian, 2009).

b. Tahapan masa nifas

- 1) Immediate puerperium masa setelah persalinan sampai dengan 24 jam.
- 2) Early puerperium, yaitu masa 1-7 hari pasca persalinan
- 3) Later puerperium, yaitu masa 1-6 minggu pasca persalinan

c. Perubahan fisiologis masa nifas

Perubahan yang terjadi pada masa nifas antara lain tanda vital :

- 1) Suhu tubuh. Pada 24 jam pertama 38 derajat celcius, hal ini disebabkan karena efek dehidrasi atau kelelahan. jika peningkatan

suhu tubuh terjadi pada hari ke 2 dan seterusnya diperkirakan karena laktasi, infeksi saluran kencing (ISK) atau sepsis puerpuralis.

- 2) Perubahan cardio vasculer. Perdarahan persalinan 300-400 cc, bila lebih dari 500 berarti hemoragik post partum (HPP). Pada SC jumlah perdarahan 2 kali lipat. tekanan darah jika terjadi penurunan sistolik 20 mmhg atau lebih pada saat ibu berubah posisi dari tidur ke posisi duduk, mungkin menggambarkan “orthostatic hypotension” yaitu rasa pusing dan oleng.
- 3) Kandung kemih. Selama proses SC/persalinan kandung kemih mendapatkan trauma yang menyebabkan edema dan menghilangkan sensitivitas terhadap tekanan cairan. perubahan ini dapat menyebabkan tekanan yang berlebihan dan pengosongan kandung kemih tidak sempurna.
- 4) Perubahan system endokrin, estrogen dan progesterone menurun cepat, setelah persalinan. Hal ini berdampak pada peningkatan hormone prolaktin untuk produksi ASI. Demikian pula akan timbul sekresi hormone oksitosin yang berperan dalam pancaran ASI pada saat bayi menyusui, sehingga ASI dapat terisap oleh bayi. Efek oksitosin juga terjadi pada uterus akan terjadi kontraksi, sehingga pada saat Ibu menyusui perutnya terasa mules, dan merasa locheanya banyak keluar. Pada Ibu yang menyusui prolactin terus diproduksi sehingga follicle stimulating hormone (FSH) tidak diproduksi, dengan demikian Ibu yang menyusui, haidnya akan terlambat sampai

36 minggu baru haid, sedangkan Ibu yang tidak mau menyusui haidnya datang lebih awal yaitu pada 12 minggu. Dengan demikian Ibu yang menyusui secara tidak langsung seperti mengikuti program KB.

- 5) Perubahan pada alat reproduksi meliputi involusio, lochea dan laktasi. Proses involusio terjadi karena proses autolysis, penghancuran otot jaringan yang pada masa hamil membesar lebih panjang dan lebih tebal, karena proses autolysis maka jaringan menyusut dan kembali ke keadaan semula. Proses pengecilan rahim disebut involusio, pada persalinan normal akan mengecil secara bertahap sehingga tinggi fundus uteri akan turun 1 (satu) jari (1 sentimeter/hari). Namun pada kasus SC, penurunan TFU menjadi lambat karena pembedahan pada uterus, sehingga fungsi kontraksi uterus berkurang, dan pengeluaran lochea menjadi lambat. Hal inilah yang menjadi penyebab lochea rubra dapat terjadi sampai dengan >3 hari, dan TFU pada hari ke 3 atau masih setinggi pusat, yang seharusnya pada persalinan normal sudah turun 1/2 pusat dan simfisis. Lochea adalah cairan yang keluar dari vagina pada masa nifas, bersifat alkalis dengan PH 8-10 sehingga kuman mudah berkembang biak. Ada 4 jenis lochea yaitu rubra, keluar pada hari 1-3, warna merah berupa darah, sisa placenta, sisa deciduas, fernic caseosa, rambut lanugo dan meconium. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari 3-7 warna kecokelatan. Lochea serosa keluar hari 7-

10 berwarna merah mudah kecokelatan, kekuningan. Lochea alba keluar pada hari 10-14 warna jernih keputihan. Laktasi yaitu pembentukan dan pengeluaran ASI. Pengeluaran ASI pada hari 1-3 disebut colostrum warna jernih, kadang kekuningan, berisi zat antibody dll. ASI hari 4-7 disebut ASI peralihan, sedangkan hari selanjutnya >7 hari ASI matur.

d. Perubahan psikologis Ibu yang terjadi pada post partum antara lain menurut Andriani (2014), yaitu:

a) Periode *taking in* (hari 1-2 setelah melahirkan)

- 1) Ibu masih pasif dan bergantung pada orang lain
- 2) Perhatian Ibu masih tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya
- 3) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman Sewaktu melahirkan
- 4) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi semula
- 5) Nafsu makan Ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi

b) Periode *Taking On* atau *Taking Hold* (hari ke 2-4 setelah melahirkan)

- 1) Ibu memperhatikan kemampuan menjadi orang tua dan meningkatkan tanggung jawab akan bayinya

- 2) Ibu memfokuskan perhatian pada pengontrol fungsi tubuh, BAB, BAK dan daya tahan tubuh
- 3) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan menggantungkan popok
- 4) Ibu biasanya terbuka menerima nasihat dan keritikan
- 5) Kemungkinan Ibu mengalami depresi post partum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

c) Periode *Letting Go*.

- 1) Terjadi setelah Ibu pulang kerumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarga
- 2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hal ibu dalam kebebasan dan hubungan social
- 3) Depresi post partum sering terjadi pada masa ini

e. Tanda-tanda bahaya masa nifas

Tanda-tanda bahaya masa nifas menurut Pitrani dan Andriani (2014) adalah :

- 1) Pendarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari dua pembalut dalam waktu ½ jam)
- 2) Pengeluaran cairan vagina dengan bau busuk yang keras
- 3) Rasa nyeri diperut bagian bawah atau punggung

- 4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric atau masalah pengelihatan
- 5) Pembengkakan pada wajah dan tangan, demam, muntah, rasa sakit sewaktu membuang air seni atau merasa tidak enak badan
- 6) Payudarah merah, panas dan sakit
- 7) Kehilangan selera makan dalam waktu yang berkepanjangan
- 8) Rasa sakit warna merah dan pembengkakan pada kaki
- 9) Merasa sangat sedih atau tidak mampu mengurus diri sendiri atau bayi
- 10) Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah

2. Anemia dalam postpartum

a. Pengertian anemia

Anemia adalah keadaan dimana kadar hemoglobin dibawah 11gr% pada trimester I dan II atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 gr % pada trimester II (Pratami, 2016).

Anemia merupakan keadaan jumlah eritrosit dan atau masa hemoglobin yang beredar tidak memenuhi fungsinya untuk menyediakan oksigen bagi jaringan tubuh (Mochtar, 2011).

Anemia dalam postpartum adalah kondisi dimana kadar hemoglobin kurang dari 11 gr/100 ml (Bhotamley, 2011).

b. Patologi anatomi anemia

Patologi anatomi anemia adalah sel darah merah (eritrosit), Hemoglobin (Hb).

c. Anatomi fisiologi anemia

1) Anatomi sel darah merah (eritrosit)

Sel darah merah merupakan cairan bikonkaf dengan diameter sekitar 7 mikron. Bikonkavitas memungkinkan gerakan oksigen masuk dan keluar sel secara cepat dengan jarak yang pendek antara membran dan inti sel. Warna kuning kemerah-merahan, karena di dalamnya mengandung suatu zat yang disebut hemoglobin. Komponen eritrosit adalah membrane eritrosit, sistem enzim; enzim G6PD (Glucose6-Phosphatedehydrogenase) dan hemoglobin yang terdiri atas heme dan globin. Jumlah eritrosit normal pada orang dewasa kira-kira 11,5-15 gr dalam 100 cc darah. Normal Hb wanita 11,5 mg% dan Hb laki-laki 13,0 mg%. Sel darah merah memiliki bermacam antigen :

- Antigen A, B dan O
- Antigen Rh

Proses penghacuran sel darah merah terjadi karena proses penuaan dan proses patologis. Hemolisis yang terjadi pada eritrosit akan mengakibatkan terurainya komponen hemoglobin yaitu komponen protein dan komponen heme.

2) Fisiologi sel darah merah (eritrosit) :

Sebagai alat pengangkut yaitu :

- a) Mengambil O_2 /zat pembakaran dari paru-paru untuk diedarkan keseluruh jaringan tubuh

- b) Mengangkat CO₂ dari jaringan untuk dikeluarkan melalui paru-paru
- c) Mengambil zat-zat makanan dari usus halus untuk diedarkan dan dibagikan keseluruh jaringan/alat tubuh
- d) Mengangkat/mengeluarkan zat-zt yang tidak berguna bagi tubuh untuk dikeluarkan melalui kulit dan ginjal
- e) Mengatur keseimbangan cairan tubuh
- f) Mengatur panas tubuh
- g) Berperan serta dalam pengaturan pH cairan tubuh
- h) Mempertahankan tubuh dari serangan penyakit infeksi
- i) Mencegah perdarahan

(Handayni, 2008)

d. Etiologi anemia

Terdapat beberapa etiologi anemia antara lain penghancuran sel darah merah yang berlebihan, kehilangan darah, penurunan produksi sel darah merah (proverawati, 2011)

Penyebab anemia defisiensi besi : kurang asupan Fe, gangguan gastrointestinal mual, muntah, diare, infeksi oleh cacing dan malaria (manuaba, 2007). Pada ibu nifas, anemia terjadi karena kebutuhan Fe yang tidak tercukupi saat hamil, kehilangan Fe banyak pada grandemultipara dan pendarahan antepartum. (Fraser, 2009)

e. Patofisiologi dan Pathway

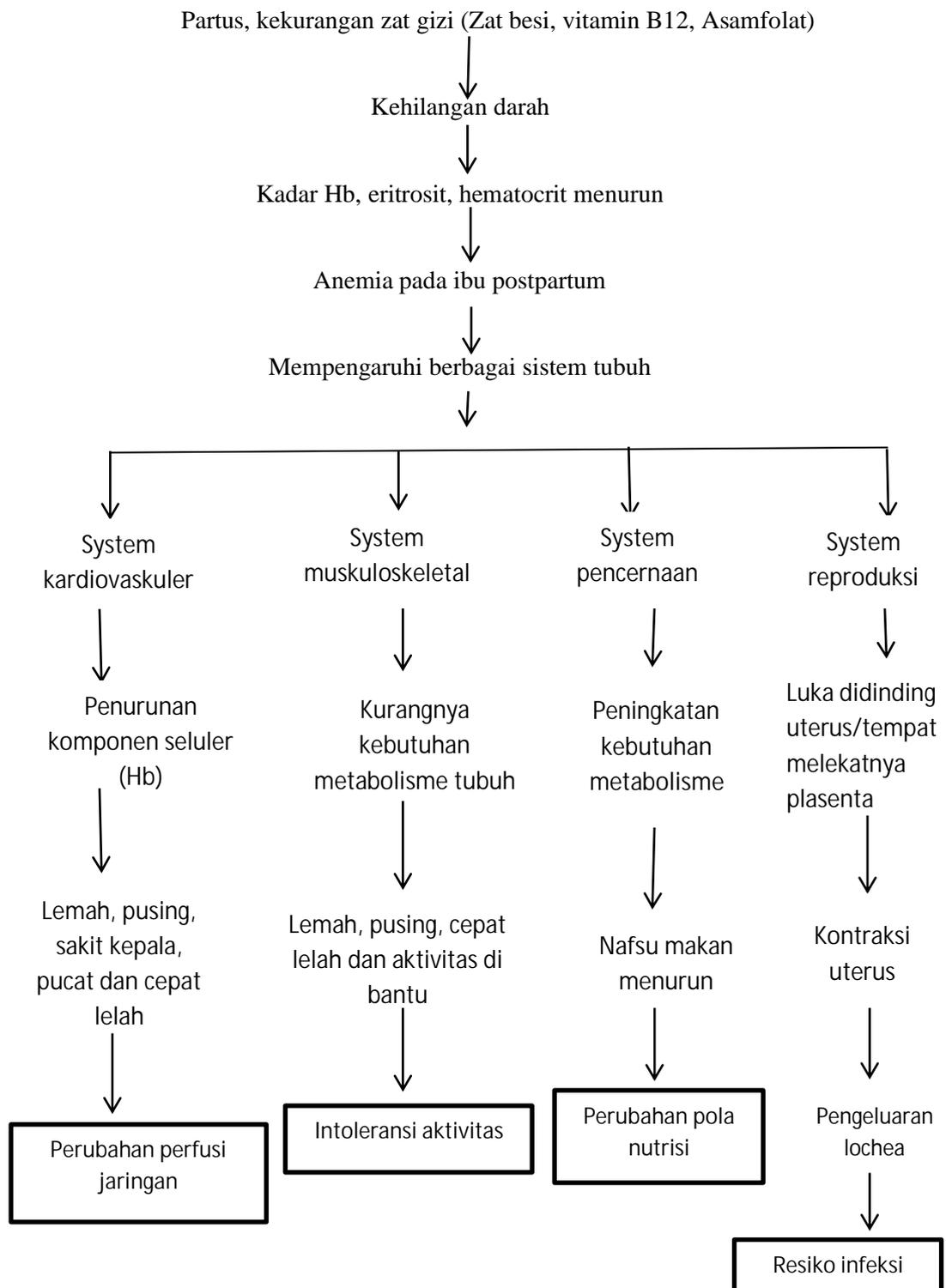
a) Patofisiologi

Dampak persalinan dan kelahiran dapat menyebabkan wanita terlihat pucat dan letih selama satu atau beberapa hari setelah melahirkan (Fraster, 2009). Anemia dalam nifas dapat terjadi sebagai akibat perubahan system hematologi dalam masa kehamilan.

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi, invasi tumor atau kebanyakan akibat penyebab yang tidak diketahui. Sel darah merah dapat hilang melalui perdarahan atau hemplisis (destruksi), hal ini dapat mengakibatkan efek sel darah merah yang tidak sesuai dengan ketahanan sel darah merah yang menyebabkan destruksi sel darah merah (Dimas,2009).

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositik atau dalam system retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan memasuki aliran darah. Setiap kenaikan destruksi sel darah merah (Hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal \leq 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera) (Dimas, 2009)

b) Pathway



Gambar 2.1 Pathway (E. Arnolinda, 2019)

f. Klasifikasi anemia

- a) Anemia ringan : HB 9-10 gr dan belum menunjukkan gejala anemia
- b) Anemia sedang : HB 7-8 gr. Pusing, pucat, lemah, letih, lesu, cepat merasa lelah, anoreksia, konsentrasi menurun
- c) Anemia berat : HB <7 gr. Anoreksia, mual, muntah, pucat pada muka, kulit, bibir, dasar kuku, konjungtiva anemis, mata berkunang-kunang.

g. Manifestasi klinis anemia pada ibu nifas

Perdarahan persalinan, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, gangguan buang air kecil, payudara bengkak, merasa sedih terus menerus, sakit kepala hebat, rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung, pembengkakan di kaki, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama. pada anemia biasanya mengeluh merasa lemah, letih, lesu, cepat lelah, pucat, dan nafsu makan kurang, sering pusing, mata berkunang-kunang, lidah luka, penurunan nafsu makan (anoreksia), membrane mukosa pada konjungtiva terlihat pucat, pemeriksaan darah yang menunjukkan nilai kadar Hb kurang dari 11 gr% (Proverawati, 2011)

h. Pemeriksaan fisik pada ibu postpartum dengan anemia

(pengkajian fisik keperawatan. Robert Priharjo, 1994 dan buku saku asuhan Ibu dan BBL, Patricia W Ladewig.Dkk, 2006)

1) Kepala

- Inspeksi : kebersihan dan kerontokan rambut (normal rambut bersih, tidak terdapat lesi pada kulit kepala dan rambut tidak rontok)
- Palpasi : keadaan rambut, kulit kepala, massa, pembengkakan, adanya nyeri tekan/tidak

2) Mata

- Inspeksi : bola mata, kelopak mata, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, kalau pucat berarti anemis)
- Palpasi : tekanan bola mata, nyeri tekan.

3) Telinga

- Inspeksi : bentuk, masa, ada serumen atau tidak

4) Mulut

- Inspeksi : warna bibir, bau mulut/kebersihan, lidah, gigi dan gusi
- Palpasi : pipi, lidah

5) Leher

- Inspeksi : bentuk kulit (warna, pembengkakan, massa) tiroid.
- Palpasi : kelenjar limfe, kelenjar tiroid

6) Dada

- Inspeksi : pergerakan dinding dada, takipnea, ortopnea, dyspnea (kesulitan bernapas), nafas pendek dan cepat lelah saat melakukan

aktifitas jasmani merupakan manifesatsi berkurang pengiriman oksigen.

- Palpasi : taktil premitus simetris
- Perkusi : sonor
- Auskultasi : bunyi nafas vesikuler, bunyi nafas tambahan lainnya.

7) Payudara

- Inspeksi : ukuran, bentuk, warna areola (pada ibu nifas pada umumnya berwarna lebih gelap), udemata dan kesimetrisan.
- Palpasi : konsisten dan apakah adanya nyeri tekan guna menentukan status laktasi. Normalnya puting susu menonjol, areola berwarna kecokelatan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka, payudara simetris dan tidak ada benjolan atau masa pada saat dipalpasi

8) Abdomen

- Inspeksi : adanya striae atau tidak, adanya luka insisi, adanya linea atau tidak, bentuk perut, adanya retraksi/tidak.
- Palpasi : Involusi uteri/kemajuan involusi yaitu proses uteri kembali keukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lokia 4 sampai 8 jam. TFU pada hari pertama setinggi pusat, pada hari kedua 1 jari dibawah pusat, pada hari ketiga 2 jari dibawah pusat, pada hari keempat 2 jari diatas simpisis, pada hari ketujuh 1 jari diatas

simpisis, pada hari kesepuluh setinggi simpisis. Konsistensi fundus harus keras dengan bentuk bundar mulus. Fundus yang lembek atau kendor menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

- Auskultasi : suara bising usus normal atau tidak
- Perkusi : terabanya pembesaran hepar/tidak, adanya nyeri tekan atau tidak.

9) Vulva dan vagina

- Inspeksi : apakah vulva bersih atau tidak, adanya tanda-tanda infeksi. Lochea: karakter dan jumlah lochea secara tidak langsung menggambarkan kemajuan penyembuhan normal, jumlah lochea perlahan-lahan berkurang dengan perubahan warna yang khas akan menunjukkan penurunan komponen darah dalam aliran lochea. Jumlah lochea sangat sedikit noda darah berkurang 2,5-5cm=10 ml, sedangkan noda darah berkurang $\leq 10\text{cm}=10,25\text{ ml}$.

10) Perineum

Pengkajian darah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau defiasi dari normal seperti hematoma, memar, edema, kemerehan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerehan, nyeri tekan dan bengkak). Daerah anus dikaji

apakah ada hemoroid dan fisura. Wanita dengan persalinan spontan pervagina tanpa laserasi sering mengalami nyeri perineum yang lebih ringan. Hemoroid tampak seperti tonjolan buah anggur pada anus dan merupakan sumber yang paling sering menimbulkan nyeri perineal. Hemoroid disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

11) Ekstremitas

Pucat pada kulit, dasar kuku, membaran mukosa, kuku mudah patah dan bentuk seperti sendok, kelemahan dalam melakukan aktifitas, CRT <3 detik.

12) Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pengkajian bising usus, inspeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu post partum dianjurkan untuk berkemih sesegera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, dikaji juga defelasi setiap hari.

i. Pemeriksaan diagnostic (Doengoes, 1999)

- 1) Jumlah darah lengkap (JDL): hemoglobin dan hematocrit menurun
- 2) Jumlah trombosit : menurun (aplastik); meningkat (DB); normal atau tinggi (hemolitik)
- 3) Jumlah eritrosit : menurun (AP); menurun berat (aplastik); MCV (volume korpuskular rerata); MCH (hemoglobin korpuskular rerata)

menurun dan mikrositik dengan eritrosit hipokromik (DB);
peningkatan (AP); pansitopenia (aplastik)

4) Test kerapuhan eritrosit : menurun (DB)

5) Jumlah retikulosit : bervariasi misalnya, menurun (AP); meningkat
(respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah/hemolisis)

j. Komplikasi ibu post partum dengan anemia

Pengaruh anemia pada masa nifas adalah terjadinya subinvolusi uteri yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerpurium, pengeluaran ASI berkurang dan mudah terjadi infeksi mammae (Prawirohardjo, 2005).

Komplikasi anemia pada ibu nifas dapat terjadi dikarenakan mengalami perdarahan saat persalinan, proses persalinan sangat lama, atau ibu sudah mengalami anemia sejak masa kehamilan. Pada masa nifas bila tidak segera diatasi dapat menyebabkan Rahim tidak mampu berkontraksi (atonia) atau kontraksi sangat lemah (hipotonia).

k. Penatalaksanaan ibu nifas dengan anemia

a) Medis

1) Transpalansi/transfusi sel darah merah

2) Pemberian suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah

3) Pemberian masukan nutrisi yang kaya akan zat besi

b) Keperawatan

1) Memberikan makanan dan nutrisi yang tinggi protein dan kalori

- 2) Memperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi
- 3) Mendorong penggunaan metode-metode yang tepat dalam memberikan makanan pada bayi dan mempromosikan perkembangan hubungan baik antara ibu dan anak.
- 4) Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri si ibu dan memungkinkannya mengisi peran barunya sebagai seorang ibu, baik dengan orang, keluarga baru maupun budaya tertentu.
(Masriroh, 2013).

B. Konsep Dasar Masalah

(SDKI, 2016)

- a. Gangguan perfusi jaringan (perfusi perifer tidak efektif)

Definisi :

Penurunan sirkulasi darah pada level kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh.

Penyebab :

1. Hiperglikemia
2. Penurunan konsentrasi hemoglobin
3. Peningkatan tekanan darah
4. Kekurangan volume cairan
5. Penurunan aliran arteri dan/atau vena
6. Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat (mis. Merokok, gaya hidup monoton, trauma, obesitas, asupan garam, imobilitas)

7. Kurang terpapar informasi tentang prose penyakit (mis. Diabetes mellitus, hiperlipidemia)
8. Kurang aktivitas fisik

Gejala dan tanda mayor :

- 1) Subjektif : (tidak tersedia)
- 2) Objektif :
 - Pengisian kapiler >3 detik
 - Nadi perifer menurun atau tidak teraba
 - Akral teraba dingin
 - Warna kulit pucat
 - Turgor kulit menurun

Gejala dan tanda minor :

- 1) Subjektif :
 - Parastesia
 - Nyeri ekstermitas (klaudikasi intermiten)
- 2) Objektif :
 - Edema
 - Penyembuhan luka lama
 - Indeks ankle-brachial <0,90
 - Bruit femoral

Kondisi klinis terakit :

1. Tromboflebitis
2. DM

3. Anemia
 4. Gagal jantung kongestif
 5. Kelainan jantung kongential
 6. Thrombosis arteri
 7. Varises
 8. Thrombosis vena dalam
 9. Sindrom kompartemen
- b. Intoleransi aktivitas

Definisi :

Ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari

Penyebab :

1. Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
2. Tirah baring
3. Kelemahan
4. Imobilitas
5. Gaya hidup monoton

Gejala dan tanda mayor :

1. Subjektif :
 - Mengeluh lelah
2. Objektif :
 - Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

Gejala dan tanda minor :

1. Subjektif :

- Dyspnea saat/setelah aktivitas
- Merasa tidak nyaman setelah aktivitas
- Merasa lemah

2. Objektif :

- Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
- Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas
- Gambaran EKG menunjukkan iskemia
- Sianosis

Kondisi klinis terkait :

1. Anemia
 2. Gagal jantung kongestif
 3. Penyakit jantung coroner
 4. Penyakit katup jantung
 5. Aritmia
 6. Penyakit paru obstruktif kronis (PPOK)
 7. Gangguan metabolic
 8. Gangguan muskuloskeletal
- c. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (deficit nutrisi)

Definisi :

Asupan nutrisi tidak cukup untuk kebutuhan metabolisme

Penyebab :

1. Ketidakmampuan menelan makanan
2. Ketidakmampuan mencerna makanan
3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme
5. Factor ekonomi (mis. Finansial tidak mencukupi)
6. Factor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Gejala dan tanda mayor :

1. Subjektif : (tidak tersedia)
2. Objektif :
 - Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor :

1. Subjektif :
 - Cepat kenyang setelah makan
 - Kram/nyeri abdomen
 - Nafsu makan menurun
2. Objektif :
 - Bising usus hiperaktif
 - Otot pengunyah lemah
 - Otot menelan lemah
 - Membrane mukosa pucat
 - Sariawan
 - Serum albumin turun

- Rambut rontok berlebihan
- diare

Kondisi klinis terkait :

1. stroke
2. Parkinson
3. Mobius syndrome
4. Cerebral palsy
5. Cleft lip
6. Cleft palate
7. Amvotropic lateral sclerosis

Referensi :

1. Luka bakar
 2. Kanker
 3. Infeksi
 4. AIDS
 5. Penyakit crohn's
 6. Enterokolitis
 7. Fibrosis kistik
- d. Resiko infeksi

Defenisi :

Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Factor resiko :

1. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
2. Efek prosedur invasi
3. Malnutrisi
4. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
5. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - 1) Gangguan peristaltic
 - 2) Kerusakan integritas kulit
 - 3) Perubahan sekresi pH
 - 4) Penurunan kerja siliaris
 - 5) Ketuban pecah lama
 - 6) Ketuban pecah sebelum waktunya
 - 7) Merokok
 - 8) Statis cairan tubuh
6. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - 1) Penurunan hemoglobin
 - 2) Imununosupresi
 - 3) Leukopenia
 - 4) Supresi respon inflamasi
 - 5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi klinis terkait :

1. AIDS
2. Luka bakar

3. Penyakit paru obstruktif kronis
4. Diabetes mellitus
5. Tindakan invasive
6. Kondisi penggunaan terapi steroid
7. Penyalahgunaan obat
8. Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)
9. Kanker
10. Gagal ginjal
11. Imunosupresi
12. Lymphedema
13. Leukositopenia
14. Gangguan fungsi hati

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data pepola : (Doengoes, 1999)

- 1) Pola sirkulasi: perdarahan persalinan, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), CRT >3 detik, pusing, lemah, lelah, letih, lesu, mata berkunang-kunang, rasa kepala melayang, sakit kepala, muka pucat, konjungtiva anemis, warna pada kulit, bibir, dasar kuku pucat.
- 2) Pola aktivitas/istirahat: rasa sakit di perut bagian bawah dan punggung, pembengkakan di kaki, pusing, lelah, cepat lelah, penurunan toleransi aktivitas, sesak napas, mata berkunang-kunang, rasa kepala melayang.

- 3) Pola nutrisi-metabolik: mual muntah, anoreksia, kurang bertenanga, konstipasi
- 4) Hygiene
Tanda : kurang bertenaga, penampilan kurang rapi
- 5) Nyeri/kenyamanan
Gejala : nyeri abdomen samar; sakit kepala (DB)
- 6) Pernapasan
Gejala : riwayat TB, abses paru, napas pendek pada istirahat dan aktivitas
Tanda : takipnea, ortopnea, dispnea
- 7) Seksualitas
Gejala : adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir
Tanda : serviks dan di dinding vagina pucat
- 8) Integritas ego
Gejala : keyakinan agama/budaya mempengaruhi pilihan pengobatan, mis. Penolakan transfuse darah
Tanda : depresi
- 9) Eliminasi
Gejala : riwayat pielonefritis, gagal ginjal, diare atau konstipasi, penurunan haluaran urine.
Tanda : distensi abdomen

b. Tabulasi data

Perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, gangguan buang air kecil, payudara bengkak, merasa sedih terus menerus, sakit kepala hebat, rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung, pembengkakan di kaki, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama. Pusing, lemah, letih, lesu, lungai, konjungtiva, kulit, bibir, dasar kuku pucat, anoreksia, mual, muntah, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, muka pucat, kurang bertenaga, menurunnya daya konsentrasi, sesak napas, konstipasi, hasil laboratorium Hb menurun dari rentang normal, CRT >3 detik.

c. Klasifikasi data

DS : Biasanya pasien postpartum dengan anemia mengeluh pusing, lemah, letih, lesu, mual, muntah, rasa sakit dibagian bawah abdomen atau punggung, sakit kepala terus menerus, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sesak napas, sulit buang air kecil, merasa sedih terus menerus.

DO : Perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, payudara bengkak, pembengkakan di kaki, kehilangan nafsu makan dalam waktu yang lama, muka pucat, konjungtiva, kulit, bibir, dasar kuku pucat, kurang bertenaga, menurunnya daya konsentrasi, sesak napas, turgor kulit kurang elastis, pengeluaran

lochea pada jalan lahir, hasil laboratorium menurun dari rentang normal, CRT >3 detik.

d. Analisa data

Tabel 2.1
Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
DS: biasanya ibu mengatakan rasa pusing, lemah, lelah, letih, sesak napas, mata berkunang-kunang, rasa kepala melayang, sakit kepala DO: Perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi) muka pucat, konjungtiva anemis, warna pucat pada kulit, bibir, dasar kuku, menurunnya konsentrasi, sesak napas, Hb dibawah nilai normal, CRT >3 detik	Penurunan komponen seluler (Hb)	Gangguan perfusi jaringan
DS: rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, sesak napas DO: pembengkakan di kaki, tampak lemah, pucat, penurunan aktivitas, sesak napas	Ketidakseimbangan suplai oksigen dari kebutuhan tubuh	Intoleransi aktivitas
DS: pusing, lemah, mual, muntah, nafsu makan menurun DO: muka pucat, konjungtiva anemis, penurunan masukan nutrisi/makanan, bibir kering, kulit kurang elastis	Peningkatan kebutuhan metabolisme	Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
DS: keluar lochea pda jalan lahir DO: adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir	Adanya luka pada dinding uterus, tempat melekatnya plasenta	Resiko infeksi

e. Prioritas masalah

- 1) Gangguan perfusi jaringan
- 2) Intoleransi aktivitas
- 3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

4) Resiko infeksi

2. Diagnose keperawatan

Diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada ibu nifas dengan anemia yaitu :

1) Perubahan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrien ke sel ditandai dengan :

DS: Biasanya ibu mengatakan rasa pusing, lemah, lelah, letih, sesak napas, mata berkunang-kunang, rasa kepala melayang, sakit kepala

DO: Perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi) muka pucat, konjungtiva anemis, warna pucat pada kulit, bibir, dasar kuku, menurunnya konsentrasi, sesak napas, Hb dibawah nilai normal, CRT >3 detik.

2) Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan ditandai dengan :

DS: rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, sesak napas

DO: pembengkakan di kaki, tampak lemah, pucat, penurunan aktivitas, sesak napas

3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan mencerna makanan/absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah ditandai dengan :

DS: pusing, lemah, mual, muntah, nafsu makan menurun

DO: muka pucat, konjungtiva anemis, penurunan masukan nutrisi/makanan, bibir kering, kulit kurang elastis

- 4) Resiko infeksi b/d tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia atau penurunan granulosit) respon inflamasi tertekan ditandai dengan :

DS: keluar lochea pda jalan lahir

DO: adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir

3. Intervensi keperawatan

- 1) Perubahan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler yang diperlukan untuk pengiriman oksigen/nutrien ke sel

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah gangguan perfusi jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil : menunjukkan perfusi adekuat mis, tanda vital stabil, membran mukosa warna merah muda.

Intervensi :

- a) Awasi tanda vital, kaji pengisian kapiler, warna kulit/ membran mukosa, dasar kuku

Rasional : Memberi informasi derajat/keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi

- b) Tinggikan kepala tempat tidur sesuai

Rasional : Meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi.

c) Awasi upaya pernapasan ; auskultasi bunyi napas

Rasional : Dyspnea, gemericik menunjukkan gangguan jantung karena regangan jantung lama? peningkatan kompensasi curah jantung

2) Intoleransi aktivitas b/d ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah intoleransi aktivitas teratasi dengan kriteria hasil : Melaporkan peningkatan toleransi aktivitas (termasuk aktivitas sehari-hari), menunjukkan penurunan tanda intoleransi fisiologis misalnya nadi, pernapasan, dan tekanan darah masih dalam rentang normal

Intervensi :

a) Kaji kemampuan ADL pasien

Rasional : Mempengaruhi pilihan intervensi atau bantuan, keseimbangan, gaya jalan dan kelemahan otot

b) Kaji kehilangan atau gangguan kemampuan dalam melakukan aktivitas

Rasional : Menunjukkan perubahan neurologi karena defisiensi vitamin B12 mempengaruhi keamanan pasien/resiko cedera

c) Observasi tanda-tanda vital

Rasional : Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke jaringan

d) Berikan lingkungan tenang

Rasional : Meningkatkan istirahat untuk menurunkan kebutuhan oksigen tubuh dan menurunkan regangan jantung dan paru

3) Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d ketidakmampuan mencerna makanan/absorpsi nutrient yang diperlukan untuk pembentukan sel darah merah

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi dengan kriteria hasil : Menunjukkan peningkatan/ mempertahankan berat badan dengan nilai normal, tidak mengalami mal nutrisi

Intervensi :

a) Kaji riwayat nutrisi termasuk makanan yang disukai

Rasional : Mengidentifikasi defisiensi, memudahkan intervensi pasien

b) Observasi dan catat masukan makanan

Rasional : Mengawasi masukan kalori atau kualitas kekurangan konsumsi makanan

c) Timbang berat badan setiap hari

Rasional : Mengawasi penurunan berat badan atau efektivitas intervensi nutrisi

- 4) Resiko infeksi b/d tidak adekuatnya pertahanan sekunder (penurunan hemoglobin leucopenia atau penurunan granulosit) respon inflamasi tertekan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan masalah resiko infeksi teratasi dengan kriteria hasil : Mengidentifikasi perilaku untuk mencegah/menurunkan resiko infeksi dan meningkatkan penyembuhan luka

Intervensi :

- a) Tingkatkan cuci tangan yang baik

Rasional : Mencegah kontaminasi silang/kolonisasi bacterial

- b) Berikan perawatan kulit

Rasional : Menurunkan resiko kerusakan kulit/jaringan dan infeksi

- c) Pantau/batasi pengunjung, berikan isolasi bila memungkinkan

Rasional : Membatasi pemajanan pada bakteri/infeksi

- d) Pantau suhu tubuh, catat adanya menggigil dan takikardia dengan atau tanpa demam

Rasional : Adanya proses inflamasi/infeksi membutuhkan evaluasi/pengobatan, sistemik (kolaborasi)

- e) Berikan antiseptic topical; antibiotic

Rasional : Mungkin digunakan secara propilaktik untuk menurunkan kolonisasi atau untuk pengobatan proses infeksi local

4. Implementasi keperawatan

Implementasi adalah tahap ke empat dalam proses keperawatan yang merupakan serangkaian kegiatan/tindakan yang dilakukan oleh perawat secara langsung pada klien. Tindakan keperawatan dilakukan dengan mengacu pada rencana tindakan/intervensi keperawatan yang telah ditetapkan/dibuat.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menilai apakah masalah keperawatan telah teratasi atau tidak teratasi dengan mengacu pada kriteria evaluasi.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Rancangan /Desain Studi Kasus

Karya tulis ini menggambarkan jenis penelitian deskriptif dalam bentuk Karya tulis Ilmiah. Metode penelitian deskriptif merupakan suatu metode yang memiliki tujuan dengan memberikan gambaran situasi atau fenomena secara jelas dan rinci tentang apa yang terjadi (Ariyanti, Yati, 2020). Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada ibu nifas dengan anemia.

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang digunakan pada studi kasus asuhan keperawatan ini adalah individu dengan kasus yang telah diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subjek studi kasus yang diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistic pada klien dengan diagnosa medic ibu nifas dengan anemia.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1
Batasan Istilah

Nomor	Pernyataan	Definisi operasional
1	Asuhan Keperawatan	Suatu bentuk pelayanan keperawatan atau tindakan keperawata yang meliputi kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual yang diberikan langsung kepada klien.
2	Ibu nifas dengan anemia	Adalah : anemia yang timbul akibat persalinan yang dapat menyebabkan ibu tampak pucat dan kelelahan

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Karya tulis ilmiah dilakukan di Rumah sakit Umum Daerah Ende di Ruang Nifas 3

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan studi kasus menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran, observasi, wawancara, pelaksanaan tindakan dan studi dokumentasi terhadap kasus yang dijadikan subjek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data diawali dengan meminta ijin Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Ende, setelah mendapatkan ijin dari Direktur kemudian meminta ijin kepala ruangan penyakit dalam, kemudian kepala ruangan menyerahkan surat permohonan pengambilan pasien untuk menentukan kasus yang dipilih. Setelah itu memilih responden lalu menjelaskan tujuan dan meminta tanda tangan informed Consent. Pada penulisan ini, metode pengumpulan data yang digunakan yaitu :

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk mengumpulkan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai biodata klien, tanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti,

nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Observasi dan pemeriksaan fisik

Observasi pada pasien bertujuan untuk mendapatkan data yang dibutuhkan oleh peneliti dalam mendukung penulisan tugas akhir, observasi dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik kepada pasien dengan prinsip head to toe dan hal ini dilakukan dengan menggunakan pendekatan IPPA yaitu inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi, dengan menggunakan instrument seperti stetoskop, tensi meter, thermometer.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi dilakukan dengan mendapatkan data-data laporan dan informasi dari tenaga kesehatan rumah sakit umum Daerah Ende.

G. Instrument Pengumpulan data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format Asuhan Keperawatan Medikal Bedah mulai dari pengkajian sampai evaluasi sesuai ketentuan yang berlaku di Prodi D III Keperawatan Ende.

H. Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data berupa data yang valid dan aktual. Pada studi kasus ini data diperoleh dari :

1. Data primer

Sumber data yang dikumpulkan dari klien yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan dan keperawatan yang

dihadapinya meliputi, biodata klien, biodata penanggung jawab, keluhan utama yang dirasakan klien saat wawancara berlangsung, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan terdahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat sosial, kebutuhan dasar seperti nutrisi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, eliminasi, pengkajian fisik dan mental.

2. Data Sekunder

Sumber data yang dikumpulkan dari orang terdekat klien (keluarga), yaitu istri dan keluarga yang mengerti dan dekat dengan klien meliputi riwayat penyakit keluarga, peran keluarga dalam perawatan pasien di rumah dan di laporkan ke petugas kesehatan.

I. Analisis Data

Analisi data yang dikumpulkan dalam penelitian ini dimulai dengan mengumpulkan data-data berupa data kesehatan dan data keperawatan yang kemudian diklasifikasikan dalam bentuk data subjektif dan data objektif. Setelah diklasifikasikan, data-data tersebut kemudian dianalisis untuk mendapatkan masalah keperawatan yang muncul pada klien. Dari masalah-masalah keperawatan yang ditemukan tersebut dijadikan diagnosa keperawatan yang akan diatasi dengan perencanaan keperawatan yang tepat dan diimplementasikan kepada klien. Setelah dilakukan implementasi, dilanjutkan dengan mengevaluasi hasil tindakan yang telah dilakukan. Data-data dari hasil pengkajian sampai evaluasi ditampilkan dalam bentuk naratif, kemudian dianalisis kesenjangan antara teori dan kasus nyata pada ibu nifas dengan anemia.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil studi kasus

1. Gambaran umum lokasi studi kasus

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende dengan kapasitas 111 tempat tidur yang terdiri dari, Ruang Penyakit Dalam (RPD) 32 tempat tidur, Ruang Penyakit Bedah (RPB) 16 tempat tidur, Ruang Penyakit Anak (RPA) 20 tempat tidur, Ruang Kebidanan dan Kandungan (RKK) 11 tempat tidur, Ruang Intensive Care Unit (ICU) 5 tempat tidur, Ruang Perawatan Khusus (RPK) 7 tempat tidur, Ruang Perinatal 10 tempat tidur dan Ruang pavilion 4 tempat tidur. RSUD Ende mempunyai satu ruangan rawat inap yang dikhususkan untuk merawat pasien dengan penyakit menular (Ruang Perawatan Khusus) dengan alokasi 7 tempat tidur, Kapasitas tempat tidur menurut kelas perawatannya sebagai berikut : kelas I 27 tempat tidur, kelas II 22 tempat tidur, kelas III 48 tempat tidur, VIP 14 tempat tidur dan paviliun 4 tempat tidur.

Sebagai salah satu pusat pelayanan kesehatan, RSUD Ende telah melengkapi diri dengan berbagai fasilitas pelayanan seperti: Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Darurat, Unit Penunjang Medis dan Unit Penunjang Non Medis. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari: Poli Penyakit Dalam, Poli Bedah, Poli Anak, Poli Gigi dan Poli Fisiotherapi. Instalasi Rawat Inap terdiri dari: Ruang Rawat

Penyakit Dalam, Ruang Rawat Penyakit Bedah, Ruang Rawat Penyakit Kandungan Dan Kebidanan, Ruang Rawat Penyakit Anak, Ruang Rawat Perinatal, Ruang Rawat Intensive (ICU), Ruang Rawat Paviliun dan Ruang Perawatan Khusus.

Unit penunjang medis terdiri dari: Farmasi, Radiologi, Laboratorium, Kamar Bedah, Kamar Bersalin, Elektromedis dan Fisiotherapi. Sedangkan unit penunjang non medis terdiri dari bagian Administrasi, Bagian Keuangan, Bagian Pelayanan Medis, Bagian Keperawatan, Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRs), Unit Kamar Jenazah, Dapur, Bilik Basuh, Sentral Oxygen dan System Informasi Manajemen Rumah Sakit.

Adapun Visi dan Misi RSUD Ende:

a. Visi RSUD Ende:

“Menjadikan Rumah Sakit yang handal dalam pelayanan rujukan, Pendidikan dan ramah lingkungan”

b. Misi RSUD Ende adalah:

- 1) Meningkatkan kemampuan menyembuhkan penyakit, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan kecacatan.
- 2) Meningkatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh masyarakat dengan dilandasi etik profesi
- 3) Mengembangkan pendidikan dan pelatihan SDM
- 4) Meningkatkan kuantitas dan kuantitatif sarana dan prasarana

5) Menjaga kualitas kesehatan lingkungan

6) Meningkatkan kesejahteraan karyawan

Secara terperinci tempat penelitian diruangan Nifas III RSUD Ende memiliki 8 ruangan yang terdiri dari 1 Kantor, 1 ruang ganti perawat, 1 ruang tindakan, 2 ruang perawatan, 1 ruangan spulhook, administrasi dan 1 toilet.

2. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Jumad tanggal 25 November 2022 di Ruangan Nifas 3 RSUD Ende. Klien berinisial Ny. N.S berumur 28 tahun tinggal di Jalan DI Panjaitan, beragama Islam dan merupakan ibu nifas dengan anemia.

a. Pengumpulan data

1) Biodata

Klien berinisial Ny. N.S berumur 28 tahun tinggal di Jalan DI Panjaitan, Pendidikan terakhir S1. Pekerjaan klien sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Klien partus pada tanggal 24 November 2022 dengan jenis partus normal. Penanggung jawab klien adalah suaminya dengan inisial Tn. D.M umur 29 tahun, beragama Islam pendidikan terakhir S1 Pekerjaan Pegawai Honorer.

2) Riwayat kesehatan

a) Alasan utama masuk

Klien mengatakan sakit perut menjalar ke pinggang dan rasa ingin BAB.

b) Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dan lemas

c) Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sakit perut menjalar ke pinggang dan rasa ingin BAB. Selain itu Klien juga mengatakan nyeri pada jalan lahir dan lemas. Klien tampak pucat, terbaring lemas, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.

d) Riwayat kesehatan dahulu

Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit lain sebelumnya

3) Riwayat obstetri G? P? A?

G:1, P:1, A:0

4) Riwayat kehamilan

a) Gangguan pada hamil muda

Klien mengatakan selama hamil sering mengalami mual muntah pada awal kehamilan

b) Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan selama hamil klien melakukan pemeriksaan 1 kali di puskesmas, kemudian Klien

melakukan pemeriksaan kehamilan ke Dokter Lidia pada usia kandungan 3-7 bulan dan pada usia kandungan 8-9 bulan klien sudah tidak melakukan pemeriksaan ke Puskesmas maupun ke Dokter Lidia di karenakan klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menemani klien untuk melakukan pemeriksaan. HB selama hamil pada trimester 1 (10 gr%) dan tidak lagi melakukan pemeriksaan HB pada trimester 2 dan trimester 3.

c) Obat yang diberikan

Selama hamil klien mengkonsumsi obat ferrous fumarate, folic acid dan vit. C.

d) Nutrisi selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan porsi banyak antara lain nasi, sayur (kadang habis, kadang tidak dihabiskan) dan lauk (sese kali mengkonsumsi daging). Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu prenagen.

5) Riwayat persalinan

Klien mengatakan bahwa sekarang ini merupakan persalinan yang pertama, jenis persalinan normal dan dibantu oleh bidan. HB selama Post Partum 6 gr%.

6) Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

7) Data psikologis

- a) Respon ibu ketika bayi menangis : ibu mengatakan disaat bayinya menangis ibu langsung menggendong bayinya.
- b) Konsep diri
 - Kepuasan ibu terhadap kelahiran : ibu mengatakan merasa senang dan puas karena bayi yang dilahirkan merupakan anak pertama dan dilahirkan secara normal
 - Penerimaan diri ibu : ibu mengatakan menerima dirinya sebagai ibu
- c) Pengalaman melahirkan : ibu mengatakan kelahirannya merupakan kelahiran pertama dan pengalam pertama ibu merasakan sakit, capek, dan lelah.
- d) Kecemasan : ibu mengatakan jika bayinya sakit ibu langsung membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat.
- e) Depresi ; tidak
- f) Konflik peran: ibu mengatakan menerima perannya sebagai ibu dan sebagai seorang istri.

- g) Dukungan social (suami dan keluarga) : ibu mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga dan suami.
- h) Adaptasi psikologis ibu post partum : ibu mengatakan mendapatkan dukungan dan perhatian keluarga, ibu belum terlalu mampu mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya.

8) Pemenuhan kebutuhan dasar

a) Nutrisi

- Makan

- Selama hamil : ibu mengatakan makan 3x sehari dengan porsi banyak antara lain nasi, sayur (kadang dihabiskan, kadang tidak di habiskan) dengan lauk (sesekali mengkonsumsi daging), selain itu klien juga mengkonsumsi susu prenagen.
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang antara lain 1 piring nasi dengan porsi sedang, sayur, lauk tahu dan telur.

- Minum

- Selama hamil : ibu mengatakan minum kurang lebih 8 gelas, jenis air putih
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan minum kurang lebih 9 gelas dengan jenis air putih

b) Eliminasi :

- BAB

- Selama hamil : ibu mengatakan 1x sehari
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan 1x sehari

- BAK

- Selama hamil : ibu mengatakan BAK 5-6 kali sehari
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan 2 kali sehari

c) Oksigenasi : Pernapasan spontan dan tidak menggunakan alat bantu napas.

d) Aktivitas dan istirahat : ibu mengatakan selama hamil dapat melakukan aktivitas seperti biasa (mencuci, masak dan lain-lain), setelah melahirkan ibu mengatakan hanya istirahat dan jalan-jalan disekitar Rumah Sakit.

e) Pola tidur

- Selama hamil : ibu mengatakan istirahat siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam dan sering terbangun 1-2 kali pada malam hari untuk BAK. Dan ibu mengatakan setelah bangun kadang tidak bias tidur kembali.
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena merasa tidak nyaman dilingungan sekitar rumah sakit karena kebisingan.

9) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

- Kesadaran : composmentis
- TTV : TD 110/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.
- TB : 154 cm
- BB selama hamil : 52,9 kg
- BB sekarang : 55 kg
- Lila : 20,5 cm
- Lingkar perut : 76 cm

b) Muka : wajah pucat

c) Mata : tidak ada oedema, konjungtiva pucat, sclera warna putih

d) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan

e) Dada/mamae

- Inspeksi : Payudara simetris antara kiri dan kanan, bersih, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrom/ASI sudah keluar warna putih kekuningan frekuensi sedikit.
- Palpasi : tidak ada nyeri tekan

f) Abdomen

Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat

g) Genetalia

- Perineum : keadaan luka basah
- Vulva vagina: nyeri bekas jahitan, lochea rubra

h) Ekstermitas

- Atas : kanan dan kiri tidak ada oedema, terpasang infus RL ditangan kiri 20 tpm
- Bawah : tidak ada odema, tidak ada varices

10) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

- Hb : 6 gr%, pemeriksaan dilakukan pada tanggal 24 November 2022. HB pada tanggal 26 November 2022 8 gr%.
- Pemeriksaan Rapid Test Antigen Sars-Cov-2 Negatif

b) Pemeriksaan penunjang lain :

Tabel 4.1
Hasil Pemeriksaan Darah Rutin (24 November 2022)

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	17.18+	{10 ³ /uL}	3.60	11.00
LYMPH#	2.18	{10 ³ /uL}	1.00	3.70
MONO#	0,78+	{10 ³ /uL}	0.00	0.70
EO#	0.49+	{10 ³ /uL}	0.00	0.40
BASO#	0.10	{10 ³ /uL}	0.00	0.10
NEUT#	13.63+	{10 ³ /uL}	1.50	7.00
LYMPH%	12,7-	{%}	25.0	40.0
MONO%	4,5	{%}	2.0	8.0
EO%	2.9	{%}	2.0	4.0
BASO%	0.6	{%}	0.0	1.0
NEUT%	79.3+	{%}	50.0	70.0
IG#	0.32	{10 ³ /uL}	0.00	7.00
IG%	1.3	{%}	0.0	72.0
RBC	3.40-	{10 ⁶ /uL}	3.80	5.20
HGB	6.8-	{g/dL}	11.7	15.5
HCT	21.3-	{%}	35.0	47.0

Lanjutan Tabel 4.1

MCV	62.6-	{fL}	80.0	100.0
MCH	20.0-	{pg}	26.0	34.0
MCHC	31.9-	{g/dL}	32.0	36.0
RDW-SD	43.0	{fL}	37.0	54.0
RDW-CV	19.3+	{%}	11.5	14.5
PLT	260	{10 ³ /uL}	150	440
MPV	10.5	{fL}	9.0	13.0
PCT	0,27	{%}	0.17	0.35
PDW	13.9	{tL}	9.0	17.0
P-LCR	30.7	{%}	13.0	43.0

Tabel 4.2
Validasi Hasil Pemeriksaan Darah Rutin
(24 November 2022)

Parameter	Hasil	Nilai referensi
Limfosit Asolut/ALC	2180	>1500/Ul
Neutrophil Ratio (NLR)	Lymphocyte 6,2	<3.13

11) Terapi

➤ Hari/tanggal :

Kamis , 24 November 2022

Pukul 17¹⁵-23⁰⁰ : pemberian transfuse darah

Jumad, 25 November 2022

Pukul 11⁴⁵-13⁰⁰ : pemberian transfuse darah

➤ Amoxilin, paracetamol, inbion (ferrous gluconate, manganese sulfate, copper sulfate, Vit. C, folic acid, Vit. B12), asam mefanamat, furosemide.

Tabel 4.3
Terapi Obat

Nama obat	Dosis	Kategori	Indikasi
Amoxilin	3x500 mg	Antibiotik	Untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri
Paracetamol	3x500 mg	Analgesic-antipiretik	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit.
Inbion	2x1	Vitamin dan suplemen	Untuk mengatasi anemia, suplemen pada masa kehamilan, menyusui, kekurangan zat besi dan pemulihan pasca sakit dan operasi
Asam mefanamat	500 mg	Anti inflamasi (peradangan dan nyeri)	Untuk mengatasi dan mengobati nyeri ringan sampai nyeri sedang
Furosemide	40 mg	Diuretic	Untuk tata laksana overload cairan dan edema yang disebabkan karena gagal jantung, sirosis hati, dan penyakit ginjal, termasuk sindrom nefrotik.

b. Tabulasi data

Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir, lemas, setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan. Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

c. Klasifikasi data

DS : Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir, lemas, setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam.

DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

d. Analisa data

Tabel 4.4
Analisa Data

Sign and symptom	Etiologi	Problem
DS : Ibu mengatakan lemas DO : wajah pucat, konjungtiva pucat, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 78 x/m, HB 6 gr%, terpasang infus RL 20 tpm.	Penurunan komponen seluler (HB)	Gangguan perfusi jaringan
DS : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur, tidur hanya 1 jam karena ibu tidak merasa nyama dilingkungan sekitar rumah sakit karean kebisingan DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1 ⁰ c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.	Hambatan lingkungan (kebisingan)	Gangguan pola tidur
DS : Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan DO: Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1 ⁰ c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.	Pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah	Resiko infeksi

e. Prioritas masalah

- a. Gangguan perfusi jaringan b/d Penurunan komponen seluler (HB)
- b. Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan)
- c. Resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah

3. Diagnose keperawatan

- 1) Gangguan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler (HB) ditandai dengan :

DS : Ibu mengatakan lemas

DO :wajah pucat, konjungtiva pucat, TD: 100/60 mmHg, Nadi:

78 x/m, HB 6 gr%, terpasang infus RL 20 tpm.

- 2) Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai dengan:

DS : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena ibu merasa tidak nyaman dilingkungan sekitar rumah sakit karena kebisingan

DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

- 3) Resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah ditandai dengan :

DS : Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan

DO: Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

4. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan untuk diagnose gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (HB) dengan hasil yang diharapkan atau kriteria evaluasi pasien akan: mengidentifikasi atau menunjukkan kenyamanan, lemas berkurang, HB dalam batas normal. Intervensi yang direncanakan: 1)Observasi tanda-tanda vital. R/ untuk mengetahui keadaan umum klien. 2)Observasi pemberian transfuse darah. R/ untuk mengetahui peningkatan jumlah sel pembawa oksigen dan memperbaiki defisiensi eritrosit. 3)Anjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). R/ untuk mempercepat proses produksi pembuatan sel darah merah. 4)Anjurkan Klien untuk konsumsi Obat secara teratur. R/ agar mempercepat proses peningkatan produksi sel darah merah. 5)Kolaborasi pemberian vitamin dan suplemen (Inbion). R/ untuk mempercepat produksi sel darah merah.

Intervensi untuk diagnose gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) dengan kriteria hasil yang di harapkan kebutuhan istirahat dan tidur klien tercukupi. Intervensi yang direncanakan: 1)Mengidentifikasi faktor

pengganggu tidur (fisik/psikologi). R/untuk mengetahui kemungkinan adanya penyebab dan frekuensi gangguan tidur yang disebabkan beberapa factor-faktor tersebut. 2)Anjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup. R/istirahat dan tidur yang cukup dapat meningkatkan stamina tubuh. 3)Modifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan dan kebisingan). R/menurunkan gangguan pola tidur. 4)Batasi waktu tidur siang, jika perlu. R/agar tidak ada gangguan pola tidur pada malam hari. 5)Batasi pengunjung. R/untuk menciptakan kenyamanan klien saat istirahat.

Intervensi untuk diagnose Resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah dengan hasil yang diharapkan nyeri di bekas jahitan berkurang, luka perineum mengering dan nyeri jalan lahir berkurang. Intervensi yang direncanakan: 1)Monitor tanda dan gejala infeksi. R/ untuk mengetahui terjadinya infeksi/tidak. 2)Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien. R/ cuci tangan dapat mencegah resiko infeksi. 3)Ajar dan anjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam). R/ Untuk menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan. 4)Anjurkan klien untuk mengkonsumsi telur. R/ untuk mempercepat proses penyembuhan sel jaringan yang rusak. 5)Jelaskan tanda dan gejala infeksi. R/ untuk memberikan penjelasan membuat klien mengetahui tentang tanda dan gejala infeksi. 6)Kolaborasi

pemberian antibiotik (amoxilin). R/ untuk pengobatan proses infeksi local.

5. Implementasi

Pelaksanaan implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnose keperawatan:

a. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari jumad 25 November 2022

- 1) Diagnosa gangguan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler (HB). Jm 08⁰⁰ WITA mengobservasi tanda vital dengan hasil: TD 100/60 mmHg, Nadi 78 x/m, Suhu 36,1⁰c, RR 20x/m, SP02 98%. Jm 08³⁰ melayani obat oral inbion. Jm 08⁴⁵ mengontrol ibu istirahat. Jm 11⁰⁰ Melayani injeksi obat furosemide 1 amp/iv. Jm 11⁴⁵ -13⁰⁰ Mengobservasi pemberian transfuse darah dengan hasil: tidak ada reaksi alergi, TD 110/80, Nadi 75 x/m, Suhu 36,8⁰C, RR 20 x/m, SPO2 99%. Jm 13¹³ Melayani makan. Jm 13¹⁴ menganjurkan ibu untuk konsumsi obat yang diberikan secara teratur.
- 2) Diagnose gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan). Jm 10⁰⁰ WITA mengidentifikasi factor pengganggu tidur, dengan hasil: klien mengatakan merasa terganggu karena merasa nyeri di jalan lahir dan tidak nyaman karena dilingkungan rumah sakit terlalu ribut. Jm

10¹⁰ menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup. Jm 10¹⁰ memfasilitasi istirahat dan tidur, dengan hasil: klien tidur hanya 1 ½ jam. Jm 10⁰⁰ membatasi kunjungan dari keluarga.

- 3) Diagnose resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah. Jm 10²⁵ memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dan nyeri luka jahitan. Jm 10³⁰ mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil: mencuci tangan untuk mengurangi resiko infeksi. Jm 10⁵⁵ menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: klien memahami tanda dan gejala infeksi. Jm 14⁰⁰ Melayani obat oral asam mefanamat 500 mg 1 tablet dan amoxilin 500 mg 1 tablet.

b. Pelaksanaan intervensi keperawatan pada hari sabtu 26 November 2022

1. Diagnosa gangguan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler (HB). Jm 07⁰⁰ WITA mengobservasi tanda vital dengan hasil: TD 110/80, Nadi 80 x/m, Suhu 37⁰c, RR 18 x/m, SPO2 98 %, Jm 07³⁰ WITA melayani makan dengan hasil : klien menghabiskan 1 porsi nasi dengan sayur, lauk tahu dan daging ayam. Jm 08⁰⁰ WITA melayani obat oral amoxilin 500 mg 1 tablet dan obat

inbion 1 tablet. Jm 08³⁰ Menhanjurkan ibu untuk konsumsi obat secara teratur. Jm 08⁴⁵ WITA menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi. Jm 08⁵⁰ menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). Jm 11⁴⁵ melakukan Av infus karena pasien dipulangkan. Jm 12⁴⁵ Pasien pulang.

2. Diagnose gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan). Jm 09⁰⁰ WITA mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan hasil: Ibu mengatakan merasa tidak nyaman untuk tidur karena terlalu ribut. Jm 09²⁰ menganjurkan Ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup dirumah. Jam 09⁴⁵ menganjurkan ibu untuk membatasi waktu istirahat siang dirumah. Jm 09⁵⁰ menganjurkan ibu untuk memodifikasi lingkungan (mengurangi pencahayaan dan kebisingan) di lingkungan sekitar rumah.
3. Diagnose resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah. Jm 10⁰⁰ memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil: luka perineum masih basah, nyeri jalan lahir berkurang dan nyeri luka jahitan berkurang. Jm 10³⁰ mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil: mencuci tangan untuk mengurangi resiko infeksi. Jm 10⁵⁵ menjelaskan tanda dan gejala infeksi

dengan hasil: klien memahami tanda dan gejala infeksi.

Jam 10⁵⁴ menganjurkan ibu untuk konsumsi telur.

6. Evaluasi

Evaluasi hari pertama pada hari/tanggal jumat, 25 november 2022: **Diagnosa 1** gangguan perfusi jaringan. Evaluasi yang dilakukan: **S:** Ibu mengatakan lemas. **O:** keadaan umum baik, kes. Composmentis, terpasang darah bag 2 20 tpm, terpasang infus RL, TD 110/80 mmHg, Nadi 76 x/m. **A:** masalah gangguan perfusi jaringan belum teratasi **P:** intervensi dilanjutkan. **Diagnosa II** gangguan pola tidur. evaluasi yang dilakukan **S:** Ibu mengatakan tidur hanya 1 jam **O:** Pucat, lemas, terpasang infus RL 20 tpm, RR 20 x/m. **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan. **Diagnosa III** Resiko infeksi. Evaluasi yang dilakukan: **S:** Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan. **O:** Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%. **A:** masalah resiko infeksi tidak terjadi. **P:** Intervensi dilanjutkan.

Evaluasi hari kedua pada hari/tanggal Sabtu, 26 November 2022: **Diagnose I** Gangguan perfusi jaringan. Evaluasi yang dilakukan: **S:** ibu mengatakan lemas berkurang. **O:** TD 110/80, Nadi 80 x/m, Suhu 37⁰c, RR 18 x/m, SPO2 98 %. **A:** masalah

gangguan perfusi jaringan sebagian teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan dirumah, Pasien dipulangkan. **Diagnosa II** Gangguan pola tidur. Evaluasi yang dilakukan **S:** Ibu mengatakan tidur masih 1-2 jam dan masih merasa tidak nyaman disekitar lingkungan rumah sakit. **O:** keadaan umum baik, kesadaran composmentis, wajah pucat **A:** masalah gangguan pola tidur belum teratasi. **P:** intervensi dilanjutkan dirumah, Pasien dipulangkan. **Diagnosa III** Resiko infeksi. Evaluasi yang dilakukan **S:** ibu mengatakan nyeri jalan lahir dan nyeri bekas jahitan berkurang. **O:** suhu 37°c , TFU 2 jari dibawah pusat, keadaan luka masih basah, lochea rubra. **A:** masalah resiko infeksi tidak terjadi. **P:** intervensi dilanjutkan dirumah, Paisein dipulangkan.

7. Catatan perkembangan

Nama : Ny N.S

Hari/tanggal : Minggu, 27 November 2022

Tabel 4.5
Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	Diagnose keperawatan	SOAPIE
Minggu, 27 November 2022	Gangguan perfusi jaringan	<p>S : ibu mengatakan lemas berkurang</p> <p>O : TD 120/80 mmHg, Nadi 89 x/m, Suhu $36,8^{\circ}\text{c}$, RR 20 x/m</p> <p>A : masalah gangguan perfusi jaringan sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dirumah</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 10^{00} WITA mengobservasi tanda tanda vital 2. Jam 10^{10} menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidur 3. Jam 10^{25} WITA menganjurkan ibu untuk makan makanan bergizi 4. Jam 10^{30} WITA menganjurkan ibu

Lanjutan Tabel 4.5

	<p>untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam)</p> <p>E : keadaan umum baik, lemas berkurang, TD 120/80 mmHg, Nadi 89 x/m, Suhu 36,8⁰c, RR 20 x/m</p>
Gangguan pola tidur	<p>S : Ibu mengatakan sudah bias tidur 3-4 jam dan merasa nyaman saat tidur</p> <p>O : keadaan umum membaik, TD 120/80 mmHg, Nadi 89 x/m, Suhu 36,8⁰c, RR 20 x/m</p> <p>A : Masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan di rumah</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 10.⁴⁰ WITA mengidentifikasi faktor penganggu tidur 2. Jam 11.⁰⁰ WITA mengidentifikasi makanan dan minuman yang mrnganggu tidur 3. Jam 11.²⁰ WITA memodifikasi lingkungan (pencahayaan dan kebisingan) 4. Jam 11.³⁰ WITA membatasi waktu tidur siang (1 jam) 5. Jam 11.³⁵ menganjurkan ibu untuk istirahat tidur yang cukup <p>E : keadaan umum membaik, TD 120/80 mmHg, Nadi 89x/menit, Suhu 36,8⁰c, RR 20x/menit.</p>
Resiko infeksi	<p>S: ibu mengatakan nyeri berkurang dan luka perineum mulai mengering</p> <p>O: Suhu 36,8⁰c, keadaan luka mulai mengering, lochea sanguinolenta.</p> <p>A: masalah Resiko infeksi tidak terjadi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam 11.⁵⁵ WITA mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien 2. Jam 12.⁰⁰ WITA menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi telur <p>E: Suhu 36,8⁰c, keadaan luka mulai mengering, lochea sanguinolenta.</p>

B. Pembahasan

Pembahasan akan dilihat ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yang di temukan pada Ny. N.S di Ruang Nifas III RSUD Ende. Diteori terdapat 4 diagnosa keperawatan sedangkan pada kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan. Penjelasan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pada pengkajian teori yang tidak didapatkan pada kasus yaitu didapatkan data DS: rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, sesak napas. DO: pembengkakan dikaki, tampak lemah, penurunan aktivitas, sesak napas ditetapkan dengan masalah intoleransi aktivitas. Data DS: pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun. DO: penurunan masukan nutrisi atau makanan, kulit kurang elastis dengan masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Sedangkan data yang ada dikasus dan tidak ada diteori adalah data DS: ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan tidur hanya 1 jam karena tidak nyaman dengan lingkungan disekitar rumah sakit yang terlalu bising. DO: wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, Nadi 78 x/m, Suhu 36,1, RR 20 x/m dengan masalah gangguan pola tidur.

2. Diagnosa

Diagnose yang tidak sesuai dengan kasus yang ada pada teori ialah intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen (pengiriman) dan kebutuhan ditandai dengan DS: rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, sesak napas. DO: pembengkakan dikaki, tampak lemah, penurunan aktivitas, sesak napas. hal ini tidak ditemukan pada klien karena ambang toleransi tubuh yang berbeda beda pada pasien dimana Ny. N.S mampu melakukan ADL (*Activity Of Daily Living*) dengan normal.

Diagnose perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme ditandai dengan DS: pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun. DO: penurunan masukan nutrisi atau makanan, kulit kurang elastis. Keadaan ini tidak ditemukan pada klien karena ambang toleransi tubuh yang berbeda beda pada klien.

Diagnose yang ada pada kasus nyata tetapi tidak ada diteori ialah gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai dengan DS: ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan tidur hanya 1 jam. DO: wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, Nadi 78 x/m, Suhu 36,1, RR 20 x/m. Hal ini karena pada klien dengan anemia berat dengan HB 6 gr/dl akan ditemukan tanda-tanda sulit tidur.

3. Intervensi

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Pada perencanaan ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata yaitu pada diagnose I Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (HB). Dimana pada teori dan kasus nyata terdapat 3 (tiga) intervensi. Intervensi yang ada pada teori tetapi tidak ada pada kasus nyata yaitu tinggikan kepala tempat tidur dan awasi upaya napas. hal ini tidak ditemukan pada klien karena saturasi oksigen klien dalam batas normal dengan hasil 98%. Dan intervensi yang ada pada kasus nyata tetapi tidak ada di teori yaitu Anjurkan klien untuk konsumsi sayuran hijau (bayam). Hal ini dilakukan pada klien karena dengan mengkonsumsi sayuran hijau dapat mempercepat produksi pembuatan sel darah merah.

Pada diagnose III resiko infeksi berhubungan dengan pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah dimana pada teori dan kasus nyata terdapat 5 (lima) intervensi. Pada intervensi tidak terjadi kesenjangan karena intervensi atau perencanaan yang diambil pada kasus nyata sesuai intervensi yang ada pada teori.

4. Implementasi

Implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah direncanakan. Pelaksanaan keperawatan pada Ny. N.S dapat dijalankan dengan baik karena didukung sarana dan partisipasi dari keluarga dan

petugas kesehatan. Dengan demikian semua intervensi yang direncanakan seluruhnya dapat dilaksanakan.

5. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan tujuan yang ditetapkan melalui catatan perkembangan dua hari. Pada kasus Ny. N.S dapat dievaluasi bahwa masalah gangguan perfusi jaringan dan resiko infeksi, intervensi masih dilanjutkan. Menganjurkan kepada klien untuk mengkonsumsi makanan bergizi dan konsumsi sayuran hijau (bayam), telur dan perawatan luka perineum di rumah.

BAB V

PENUTUP

A. Simpulan

Berdasarkan hasil studi kasus terkait gambaran asuhan keperawatan ibu nifas dengan anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende pada tanggal 25 November 2022 - 27 November 2022 (3 hari), maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut: studi kasus dilaksanakan oleh Maria Angelina Theresia Engu pada tanggal 25 November 2022 – 27 November 2022 (3 hari) di Ruang Nifas III RSUD Ende, dilakukan pada klien Ny N.S umur 28 tahun dengan anemia.

1. Pengkajian pada kasus ditemukan data yang ada di teori, tetapi tidak ada dalam kasus yaitu : rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, kepala terasa melayang, sakit kepala, sesak napas, pembengkakan dikaki, tampak lemah, penurunan aktivitas, sesak napas ditetapkan dengan masalah intoleransi aktivitas. Pusing, mual, muntah, nafsu makan menurun. penurunan masukan nutrisi atau makanan, kulit kurang elastis dengan masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

Sedangkan data yang ada dikasus dan tidak ada diteori yaitu : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan tidur hanya 1 jam, wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, Nadi 78 x/m, Suhu 36,1, RR 20 x/m dengan masalah keperawatan gangguan pola tidur.

2. Diagnose keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu : Diagnosa intoleransi aktivitas dan perubahan pola nutrisi. Diagnose yang ada di kasus nyata dan yang ada pada teori adalah gangguan perfusi jaringan dan resiko infeksi.

Sedangkan ada penambahan 1 diagnosa pada kasus nyata yakni gangguan pola tidur.

3. Intervensi keperawatan pada klien ibu nifas dengan anemia mengacu pada teori dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan klien dan memudahkan dalam pelaksanaannya.
4. Implementasi keperawatan pada kasus Ny. N.S hampir semua rencana intervensi diimplementasikan dengan baik berkat adanya kerja sama dengan keluarga klien
5. Evaluasi yang dilakukan pada klien ibu nifas dengan anemia berdasarkan tujuan yang telah dibuat.
6. Dokumentasi keperawatan, dilakukan mulai dari pengkajian sampai dengan catatan perkembangan.

B. Saran

1. Bagi perawat

Seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi diharapkan perawat mampu menentukan standar pelayanan asuhan keperawatan kepada klien ibu nifas dengan anemia.

2. Bagi institusi RSUD Ende

Agar tetap mempertahankan fasilitas yang ada dan menambah fasilitas yang menunjang untuk meningkatkan pelayanan kesehatan.

3. Bagi institusi pendidikan

Agar meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan dengan meningkatkan sarana laboratorium dan perpustakaan lebih efektif dan efisien.

4. Bagi ibu

Agar ibu mampu menjaga pola nutrisi selama hamil dan setelah melahirkan, serta mampu memahami tentang anemia.

DAFTAR PUSTAKA

- Amirudin, 2007. *Penatalaksanaan Anemia*, Rineka Cipta: Bandung
- Andriani M Wijatmadi. B. (2014). *Gizi dan kesehatan balita peranan mikro zink pada pertumbuhan balita*. Jakarta: kencana
- Buku Rekam Medik RSUD Ende, 2021
- Coper, Fraser. 2009. *Buku ajar bidan myles*. Jakarta: EGC
- Dimas, Chandra. (2009). *Upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia*
- Doengoes, 2001. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi III. Jakarta : EGC
- E, Arnoldia. (2019). *Pathway ibu nifas dengan anemia*.
- Hudono, 2007. *Ilmu Kebidanan*, Yayasan Bina Pustaka: Jakarta.
- Maritalia, Dewi. 2012. *Asuhan kebidanan nifas dan menyusui*. Yogyakarta: pustaka belajar.
- Masriroh, siti. (2013). *Keperawatan obstetric*. Jakarta: EGC
- Maria A. Wijayarini; editor edisi bahasa Indonesia, Nike Budhi S ubekti.;-Ed.3- Jakarta : EGC, 2004
- Mardianti, 2006. *Panduan Penatalaksanaan Gizi*.EGC;Jakarta
- Proverawati, 2011. *Anemia dan anemia kehamilan*. Yogyakarta. Nuha media
- Priharj, Robert (2012). *Pengkajian fisik keperawatan: konsep, proses, dan praktek*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Patricia w. Ladewig, et al. (2006). *Buku saku asuhan ibu dan bayi baru lahir*
- Panduan Belajar: *keperawatan ibu-bayi baru lahir/ Barbara R. Stright*; ahli bahasa.
- Pratami, E. (2016). *Evidence based dalam kebidanan*. Jakarta: EGC

Riskesdas, 2018. *Data pelayanan persalinan normal atau pasca partum di fasilitas kesehatan Indonesia.*

Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI

WHO, (2014). *Data Angka Kematian Ibu (AKI) akibat komplikasi didunia*

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI PASRTISIPAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang akan dilakukan oleh Maria Angelina Theresia Engu dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemix di Ruangn Nifa III RSUD Ende"

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Ende, 25 November 2022

Saksi Persetujuan



(Dwi Mulyana)

Yang Memberi



(Nursari Tiwasah B-wuri)

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkes Kupang Program Studi Keperawatan Ende, dengan ini meminta Bapak / Ibu / Saudara untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam studi kasus yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende yang dapat memberi manfaat berupa klien dan keluarga mengetahui cara merawat dan pencegahan Ibu nifas agar tidak terjadi Anemia. Studi kasus ini akan berlangsung selama 3 hari.
3. Prosedur pelaksanaan berupa asuhan keperawatan (pengkajian/pengumpulan data, peramusan diagnosis, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi tidak perlu khawatir karena studi kasus ini tidak akan menimbulkan masalah kesehatan/memperburuk status kesehatan Bapak / Ibu / Saudara.
4. Keuntungan yang Bapak / Ibu / Saudara peroleh dari keterlibatan dalam studi kasus ini adalah Bapak / Ibu / Saudara mendapatkan pelayanan keperawatan yang lebih baik dan turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri serta seluruh informasi yang Bapak / Ibu / Saudara sampaikan akan selalu dirahasiakan.
6. Jika Bapak / Ibu / Saudara membutuhkan informasi terkait dengan studi kasus ini silakan menghubungi saya pada nomor HP : 081339042594

Ende, 29 November 2022

Peneliti,



MARIA ANGELINA T. ENGU
PO.530320219937



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG**

rektorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 88002
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. N.S G1 P1 A0 DENGAN
DIAGNOSA MEDIS IBU NIFAS DENGAN ANEMIA DIRUANGAN NIFAS**

III RSUD ENDE

Format Pengkajian Asuhan Keperawatan

I. Pengkajian

Hari / Tanggal : Jumad, 25 November 2022

Oleh : Maria Angelina Theresia Engu

A. Identitas

	Pasien	Penanggung jawab
Nama	Ny. N.S	Tn. D.M
Umur	28 Tahun	29 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	S1	S1
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Pegawai honorer
Alamat	Jalan D1 penjaitan	Jalan D1 penjaitan
Tanggal partus	24 November 2022	
Jenis partus	Normal	

B. Riwayat kesehatan

1. Alasan utama masuk

Klien mengatakan sakit perut menjalar ke pinggang dan rasa ingin BAB

2. Keluhan utama

Klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dan lemas

3. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sakit perut menjalar ke pinggang dan rasa ingin BAB. Selain itu Klien juga mengatakan nyeri pada jalan lahir dan lemas. Klien tampak pucat, terbaring lemas, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kiri.

C. Riwayat obstetric G? P? A?

G: 1 P: 1 A: 1

D. Riwayat kehamilan

1. Gangguan hamil muda

Klien mengatakan selama hamil sering mengalami mual muntah pada awal kehamilan

2. Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan selama hamil klien melakukan pemeriksaan 1 kali di puskesmas, kemudian Klien melakukan pemeriksaan kehamilan ke Dokter Lidia pada usia kandungan 3-7 bulan dan pada usia kandungan 8-9 bulan klien sudah tidak melakukan pemeriksaan ke Puskesmas maupun ke Dokter Lidia di karenakan klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menemani klien untuk melakukan pemeriksaan. HB selama hamil pada trimester 1 (10 gr%) dan tidak lagi melakukan pemeriksaan HB pada trimester 2 dan trimester 3.

3. Obat yang diberikan

Selama hamil klien mengkonsumsi obat ferrous fumarate, folic acid dan vit. C.

4. Nutrisi selama hamil

Ibu mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan porsi banyak antara lain nasi, sayur (kadang dihabiskan, kadang tidak dihabiskan) dan lauk (sesekali mengkonsumsi daging). Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu prenatal.

E. Riwayat persalinan

Klien mengatakan bahwa sekarang ini merupakan persalinan yang pertama, jenis persalinan normal dan dibantu oleh bidan. HB selama Post Partum 6 gr%.

F. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat kontrasepsi apapun

G. Data psikologis

i) Respon ibu ketika bayi menangis : ibu mengatakan disaat bayinya menangis ibu langsung menggendong bayinya.

j) Konsep diri

- Kepuasan ibu terhadap kelahiran : ibu mengatakan merasa senang dan puas karena bayi yang dilahirkan merupakan anak pertama dan dilahirkan secara normal
- Penerimaan diri ibu : ibu mengatakan menerima dirinya sebagai ibu

k) Pengalaman melahirkan : ibu mengatakan kelahirannya merupakan kelahiran pertama dan pengalaman pertama ibu merasakan sakit, capek, dan lelah.

l) Kecemasan : ibu mengatakan jika bayinya sakit ibu langsung membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat.

m) Depresi ; tidak

n) Konflik peran: ibu mengatakan menerima perannya sebagai ibu dan sebagai seorang istri.

o) Dukungan social (suami dan keluarga) : ibu mengatakan mendapatkan dukungan dari keluarga dan suami.

p) Adaptasi psikologis ibu post partum : ibu mengatakan mendapatkan dukungan dan perhatian keluarga, ibu belum terlalu mampu mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya.

H. Pemenuhan kebutuhan dasar

a) Nutrisi

- Makan

- Selama hamil : ibu mengatakan makan 3x sehari dengan porsi banyak antara lain nasi, sayur (kadang dihabiskan, kadang tidak di habiskan) dengan lauk (sesekali mengkonsumsi daging), selain itu klien juga mengkonsumsi susu prenagen.

- Setelah melahirkan : ibu mengatakan makan 3x sehari dengan porsi sedang antara lain 1 piring nasi dengan porsi sedang, sayur, lauk tahu dan telur.

- Minum

- Selama hamil : ibu mengatakan minum kurang lebih 8 gelas, jenis air putih

- Setelah melahirkan : ibu mengatakan minum kurang lebih 9 gelas dengan jenis air putih

b) Eliminasi :

- BAB

- Selama hamil : ibu mengatakan 1x sehari
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan 1x sehari

- BAK

- Selama hamil : ibu mengatakan BAK 5-6 kali sehari
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan 2 kali sehari

c) Oksigenasi : Pernapasan spontan dan tidak menggunakan alat bantu napas.

d) Aktivitas dan istirahat : ibu mengatakan selama hamil dapat melakukan aktivitas seperti biasa (mencuci, masak dan lain-lain), setelah melahirkan ibu mengatakan hanya istirahat dan jalan-jalan disekitar Rumah Sakit.

e) Pola tidur

- Selama hamil : ibu mengatakan istirahat siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam kurang lebih 8 jam dan sering terbangun 1-2 kali pada malam hari untuk BAK. Dan ibu mengatakan setelah bangun kadang tidak bias tidur kembali.
- Setelah melahirkan : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam.

I. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

- Kesadaran : composmentis
- TTV : TD 110/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

- TB : 154 cm
 - BB selama hamil : 52,9 kg
 - BB sekarang : 55 kg
 - Lila : 20,5 cm
 - Lingkar perut : 76 cm
- b) Muka : wajah pucat
- c) Mata : tidak ada oedema, konjungtiva pucat, sclera warna putih
- d) Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada benjolan
- e) Dada/mamae
- Inspeksi : Payudara simetris antara kiri dan kanan, bersih, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrom/ASI sudah keluar warna putih kekuningan frekuensi sedikit.
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan
- f) Abdomen
- Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat
- g) Genetalia
- Perineum : keadaan luka basah
 - Vulva vagina: nyeri bekas jahitan, lochea rubra
- h) Ekstermitas
- Atas : kanan dan kiri tidak ada oedema, terpasang infus RL ditangan kiri 20 tpm
 - Bawah : tidak ada odema, tidak ada varices

J. Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium

- Hb : 6 gr%, pemeriksaan dilakukan pada tanggal 24 November 2022. HB pada tanggal 26 November 2022 8 gr%.
- Pemeriksaan Rapid Test Antigen Sars-Cov-2 Negatif

b) Pemeriksaan penunjang lain :

Result	Flags	Unit	Expected	Values
WBC	17.18+	{10 ³ /uL}	3.60	11.00
LYMPH#	2.18	{10 ³ /uL}	1.00	3.70
MONO#	0,78+	{10 ³ /uL}	0.00	0.70
EO#	0.49+	{10 ³ /uL}	0.00	0.40
BASO#	0.10	{10 ³ /uL}	0.00	0.10
NEUT#	13.63+	{10 ³ /uL}	1.50	7.00
LYMPH%	12,7-	{%}	25.0	40.0
MONO%	4,5	{%}	2.0	8.0
EO%	2.9	{%}	2.0	4.0
BASO%	0.6	{%}	0.0	1.0
NEUT%	79.3+	{%}	50.0	70.0
IG#	0.32	{10 ³ /uL}	0.00	7.00
IG%	1.3	{%}	0.0	72.0
RBC	3.40-	{10 ⁶ /uL}	3.80	5.20
HGB	6.8-	{g/dL}	11.7	15.5
HCT	21.3-	{%}	35.0	47.0
MCV	62.6-	{fL}	80.0	100.0
MCH	20.0-	{pg}	26.0	34.0
MCHC	31.9-	{g/dL}	32.0	36.0
RDW-SD	43.0	{fL}	37.0	54.0
RDW-CV	19.3+	{%}	11.5	14.5
PLT	260	{10 ³ /uL}	150	440
MPV	10.5	{fL}	9.0	13.0
PCT	0,27	{%}	0.17	0.35
PDW	13.9	{tL}	9.0	17.0
P-LCR	30.7	{%}	13.0	43.0

Parameter	Hasil	Nilai referensi
Limfosit Asolut/ALC	2180	>1500/UI
Neutrophil Lymphocyte Ratio (NLR)	6,2	<3.13

K. Terapi

- Hari/tanggal :
 - Kamis , 24 November 2022
Pukul 17¹⁵-23⁰⁰ : pemberian transfuse darah
 - Jumad, 25 November 2022
Pukul 11⁴⁵-13⁰⁰ : pemberian transfuse darah
- Amoxilin, paracetamol, inbion (ferrous gluconate, manganese sulfate, copper sulfate, Vit. C, folic acid, Vit. B12), asam mefanamat, furosemide.

Nama obat	Dosis	Kategori	Indikasi
Amoxilin	3x500 mg	Antibiotik	Untuk mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri
Paracetamol	3x500 mg	Analgesic-antipiretik	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri pada berbagai penyakit.
Inbion	2x1	Vitamin dan suplemen	Untuk mengatasi anemia, suplemen pada masa kehamilan, menyusui, kekurangan zat besi dan pemulihan pasca sakit dan operasi
Asam mefanamat	500 mg	Anti inflamasi (peradangan dan nyeri)	Untuk mengatasi dan mengobati nyeri ringan sampai nyeri sedang
Furosemide	40 mg	Diuretic	Untuk tata laksana overload cairan dan edema yang disebabkan karena gagal jantung, sirosis hati, dan penyakit ginjal, termasuk sindrom nefrotik.

L. Tabulasi data

Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir, lemas, setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena merasa tidak nyaman disekitar

lingkungan rumah sakit jarena kebisingan. Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

M. Klasifikasi data

DS : Ibu mengatakan nyeri pada jalan lahir, lemas, setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena kebisingan.

DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 36.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

N. Analisa data

Sign and symptom	Etiologi	Problem
DS : Ibu mengatakan lemas DO : wajah pucat, konjungtiva pucat, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 78 x/m, HB 6 gr%, terpasang infus RL 20 tpm.	Penurunan komponen seluler (HB)	Gangguan perfusi jaringan
DS : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan tidur hanya 1 jam karena kebisingan DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1 ⁰ c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.	Hambatan lingkungan (kebisingan)	Gangguan pola tidur
DS : Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan DO: keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, Wajah pucat, konjungtiva pucat,	Pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah	Resiko infeksi

terpasang infus RL 20
tpm, HB 6 gr%,
leukosit 3.600, TD
100/60 mmHg, N:78
x/m, S: 36,1⁰c, RR: 20
x/m, SPO2: 98%.

O. Prioritas masalah

1. Gangguan perfusi jaringan b/d Penurunan komponen seluler (HB)
2. Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan)
3. Resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah

II. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Gangguan perfusi jaringan b/d penurunan komponen seluler (HB)
ditandai dengan :
DS : Ibu mengatakan lemas
DO : wajah pucat, konjungtiva pucat, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 78 x/m,
HB 6 gr%, terpasang infus RL 20 tpm.
2. Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai
dengan:
DS : ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur dan Tidur hanya 1
jam karena kebisingan
DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6
gr%, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m, S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2:
98%.
3. Resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah ditandai
dengan :
DS : Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan

DO: keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.

III. INTERVENSI

No	Diagnose keperawatan	Tujuan dan kriteria evaluasi	Intervensi	Rasional
01	Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (HB) ditandai dengan : DS : Ibu mengatakan lemas DO :wajah pucat, konjungtiva pucat, TD: 100/60 mmHg, Nadi: 78 x/m, HB 6 gr%, terpasang infus RL 20 tpm.	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dan kunjungan rumah diharapkan dapat meningkatkan perfusi jaringan dengan kriteria hasil : ➤ Lemas berkurang ➤ Klien merasa nyaman	Observasi : ➤ Observasi tanda-tanda vital ➤ Observasi pemberian transfuse darah Terapeutik : ➤ Anjurkan klien untuk konsumsi sayuran hijau (bayam) ➤ Anjurkan ibu untuk konsumsi obat secara teratur ➤ Kolaborasi pemberian vitamin dan suplemen (Inbion)	➤ Untuk mengetahui keadaan umum klien ➤ Untuk mengetahui peningkatan jumlah sel pembawa oksigen dan memperbaiki defisiensi eritrosit ➤ Untuk mempercepat proses produksi pembuatan sel darah merah ➤ Agar mempercepat peningkatan produksi sel darah merah ➤ Untuk mempercepat produksi sel darah merah
02	Gangguan pola tidur b/d hambatan lingkungan (kebisingan) ditandai dengan: DS : ibu mengatakan setelah melahirkan	Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dan kunjungan rumah diharapkan dapat meningkatkan pola tidur klien	Observasi: ➤ Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik/psikologi) Terpeutik: ➤ Anjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup	➤ Untuk mengetahui kemungkinan adanya penyebab dan frekuensi gangguan tidur yang disebabkan beberapa

	<p>susah tidur dan Tidur hanya 1 jam karena kebisingan DO : Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.</p>	<p>dengan kriteria hasil : ➤ Kebutuhan istirahat dan tidur klien tercukupi</p>	<p>➤ Anjurkan klien untuk memodifikasi lingkungan (misalnya pencahayaan dan kebisingan) ➤ Batasi waktu tidur siang, jika perlu ➤ Batasi pengunjung</p>	<p>faktor-faktor tersebut ➤ Istirahat dan tidur yang cukup dapat meningkatkan stamina tubuh ➤ Menurunkan gangguan pola tidur ➤ Ada tidak ada gangguan pola tidur pada malam hari ➤ Untuk menciptakan kenyamanan saat klien istirahat</p>
03	<p>Resiko infeksi b/d pertahanan tubuh terhadap infeksi rendah ditandai dengan: DS: Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan DO: keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600, TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1⁰c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan dan kunjungan rumah diharapkan dapat resiko infeksi pada klien dengan kriteria hasil : ➤ Nyeri bekas jahitan berkurang ➤ Luka perineum mengering ➤ Nyeri jalan lahir berkurang</p>	<p>Observasi : ➤ Monitor tanda dan gejala infeksi ➤ Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien Terapeutik : ➤ Ajar dan anjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (tarik napas dalam) ➤ Anjurkan klien untuk mengkonsumsi telur ➤ Jelaskan tanda dan gejala infeksi ➤ Kolaborasi pemberian antibiotik (amoxilin)</p>	<p>➤ Untuk mengetahui terjadinya infeksi atau tidak ➤ Cuci tangan dapat mencegah resiko infeksi ➤ Untuk menurunkan intensitas nyeri dan kecemasan ➤ Untuk mempercepat proses penyembuhan sel jaringan yang rusak ➤ Untuk memberikan penjelasan membuat klien mengetahui tanda dan gejala infeksi ➤ Untuk pengobatan proses infeksi local</p>

IV. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/tanggal	No. DX	Jam	Implementasi	Evaluasi
01	Jumad, 25 November 2022	1	08.00	1. mengobservasi tanda vital dengan hasil: TD 100/60 mmHg, Nadi 78 x/m, Suhu 36,1 ⁰ c, RR 20x/m, SP02 98%.	S: Ibu mengatakan lemas. O: keadaan umum baik, kes. Composmentis, terpasang darah bag 2 20 tpm,
			08.45	2. mengontrol ibu istirahat.	terpasang infus RL, TD 110/80 mmHg, Nadi 76 x/m.
			11.00	3. Melayani injeksi obat furosemide 1 amp/iv.	A: masalah gangguan perfusi jaringan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan.
			11 ⁴⁵ -13 ⁰⁰	4. Mengobservasi pemberian transfuse darah dengan hasil : tidak ada reaksi alergi, TD 110/80, Nadi 75 x/m, Suhu 36,8 ⁰ C, RR 20 x/m, SPO2 99%.	
			13.13	5. Melayani makan.	
			13.14	6. Menganjurkan Ibu untuk konsumsi obat secara teratur	
		2	10.00	1. mengidentifikasi factor pengganggu tidur, dengan hasil: klien mengatakan merasa terganggu karena merasa nyeri di jalan lahir dan tidak nyaman karena dilingkungan rumah sakit terlalu ribut.	S: Ibu mengatakan tidur hanya 1 jam karena kebisingan O: Pucat, lemas, terpasang infus RL 20 tpm, RR 20 x/m. A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan.
			10.00	2. menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup.	
			10.00	3. memfasilitasi istirahat dan tidur, dengan hasil: klien tidur hanya 1 ^{1/2} jam.	
			10.00	4. Membatasi	

		kunjungan keluarga			
3		10.25	1. memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dan nyeri luka jahitan.	S: Ibu mengatakan nyeri di jalan lahir dan nyeri luka jahitan.	
		10.30	2. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil: mencuci tangan untuk mengurangi resiko infeksi.	O: luka perineum masih basah, lochea rubra, TFU 1 jari dibawah pusat, Wajah pucat, konjungtiva pucat, terpasang infus RL 20 tpm, HB 6 gr%, leukosit 3.600,	
		10.55	3. menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: klien memahami tanda dan gejala infeksi.	TD 100/60 mmHg, N:78 x/m , S: 36,1 ⁰ c, RR: 20 x/m, SPO2: 98%.	
		14.00	4. Melayani obat oral asam mefanamat 500 mg 1 tablet dan amoxilin 500 mg 1 tablet.	A: masalah resiko infeksi tidak terjadi P: Intervensi dilanjutkan.	
02	Sabtu, 26 November 2022	1	07.00	1. mengobservasi tanda vital dengan hasil: TD 110/80, Nadi 80 x/m, Suhu 37 ⁰ c, RR 18 x/m, SPO2 98 %	S: ibu mengatakan lemas berkurang.
			07.30	2. melayani makan dengan hasil : klien menghabiskan 1 porsi nasi dengan sayur, lauk tahu dan daging ayam.	O: TD 110/80, Nadi 80 x/m, Suhu 37 ⁰ c, RR 18 x/m, SPO2 98 %.
			08.00	3. melayani obat oral amoxilin 500 mg 1 tablet dan obat inbion 1 tablet.	A: masalah gangguan perfusi jaringan sebagian teratasi.
			08.45	4. menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi.	P: intervensi dilanjutkan dirumah, Pasien dipulangkan.
			11.45	Jm 08 ⁵⁰	

		menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam).	
		5. melakukan Av infus karena pasien dipulangkan. Jm 12 ⁴⁵ Pasien pulang.	
2	09.00	1. mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan hasil : ibu mengatakan merasa tidak nyaman untuk tidur karena terlalu ribut.	S: Ibu mengatakan tidur masih 1-2 jam dan masih merasa tidak nyaman disekitar lingkungan rumah sakit.
	09.20		
	09.45	2. menganjurkan ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup dirumah. Jam	O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, wajah pucat
	09.50	3. menganjurkan ibu untuk membatasi waktu istirahat siang dirumah.	A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi.
		4. menganjurkan ibu untuk memodifikasi lingkungan (mengurangi pencahayaan dan kebisingan) di lingkungan sekitar rumah.	P: intervensi dilanjutkan dirumah, Pasien dipulangkan.
3	10.00	4. memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil: luka perineum masih basah, nyeri jalan lahir berkurang dan nyeri luka jahitan berkurang. Jm	S: ibu mengatakan nyeri jalan lahir dan nyeri bekas jahitan berkurang.
	10.30		O: suhu 37 ⁰ c, TFU 2 jari dibawah pusat, keadaan luka masih basah, lochea rubra.
	10.55	5. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dengan hasil: mencuci tangan untuk mengurangi resiko infeksi.	A: masalah resiko infeksi tidak terjadi
	10.54		P: intervensi dilanjutkan

-
6. menjelaskan tanda dan gejala infeksi dengan hasil: klien memahami tanda dan gejala infeksi.
 7. menganjurkan ibu untuk konsumsi telur.
-

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

Nama : Maria Angelina Theresia Engu
Tempat/tanggal lahir : Anaranda, 04 Januari 2000
Alamat : Jln. Prof. W.Z Yohanes
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

B. Riwayat Pendidikan

1. SDK ANARANDA
2. SMPK EMANUEL MAUTENDA
3. SMAK SANTO PETRUS ENDE
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTTO

Pada waktu engkau dicobai la akan memberikan kepadaMu jalan keluar, sehingga kamu dapat menanggungnya



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256

Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL
DAN HASIL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Angelina Theresia Engu
Nim : PO. 530320219937
Pembimbing : Ibu Martina Bedho, SST., M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Ny. N.S G1 P1 A0 dengan
Diagnosa Medis Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang
Nifas III RSUD Ende

NO	TANGGAL	REKOMENDASI BIMBINGAN	PARAF PEMBIMBING
01	Rabu, 16 februari 2022	PROPOSAL 1. Konsul judul 2. Arahan pembuatan proposal dari BAB 1-BAB 3	
02	Jumad, 18 maret 2022	1. Perbaiki ketikan huruf 2. Tambahkan dikonsep teori : tambahkan konsep masalah keperawatan, patologi, anatomi fisiologi, penambahan etiologi di pathway, penatalaksanaan dan komplikasi 3. Tambahkan konsep dasar askep : analisa data, klasifikasi data, tabulasi data, proritas masalah 4. Tambahkan sumber disetiap	

		paragraph	
03	Senin, 28 maret 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responsive teori nifas ACC 2. Perbaiki teori konsep askep 	
04	Selasa, 17 mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki Bab 2 sampai konsep askep pengumpulan data perpol 	
05	Kamis, 19 mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tambahkan direktur dikata pengantar 2. Perbaiki atau edit kembali kata-kata, kalimat, titik koma, huruf dan sebagainya 3. Cari istilah-istilah yang belum dipahami 4. Pahami format pengkajian, keluhan utama dan riwayat keluhan 	
06	Jumad, 20 mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki yang dikoreksi dengan pathway 2. Perbaiki konsep dasar askep 	
07	Senin, 23 mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki lagi sedikit yang dikoreksi pathway 2. Cari yang ditugaskan fungsi O2 dan proses metabolisme 	
08	Rabu, 25 mei 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACC 2. Boleh ujian proposal dan hubungi dosen penguji 	
09	Senin, 22 Agustus 2023	<p style="text-align: center;">KTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cari apa nama luka jahitan perineum 2. Sclera. Bagian mata yang mana 3. Analisa data harus sesuai dengan judulmu 4. Masukan pemeriksaan HB selama hamil 5. Kaji kembali pengetahuan ibu tentang ASI Eksklusif 	
10	Selasa, 30 Agustus 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi O2 2. Mengapa anemia bias menyebabkan sesak napas 3. Mengapa orang dengan anemia luka lama sembuh 4. Cari perawatan luka episiotomy 5. Apa itu infeksi puerpurium 6. Tanya tentang berapa kali 	

		ANC	
11	Senin, 12 September 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksigen dibuat dimana 2. Belajar tentang mekanisme pernapasan 3. Pahami kembali tentang proses metabolisme 	
12	Selasa, 18 Oktober 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan penjelasan tentang proses terjadinya metabolisme dalam tubuh 2. Belajar tentang HB ibu nifas 3. ACC (ujian dan ambil ulang kasus) 	
13	Selasa, 20 Desember 2022	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tfu hari pertama berapa, bentuk perut dan kontraksi uteri 2. Mengapa luka perineum tidak diobati dan benangnya tidak diangkat 3. Mengapa luka perineum di cebok menggunakan air dingin 4. Cari tentang pemeriksaan penunjang dan nilai normalnya 5. Masukan terapi hari pertama dan hari kedua dan tanggal transfuse 6. Darah 1 kantong berapa cc 7. Belajar tentang penyusutan TFU 8. Cari jenis obat yang diresepkan 9. Penyebab anemia pada pasienMu 10. Perbedaan fisiologis dan patologis 11. Batas fisiologis pada ibu hamil 12. Penyebab ibu anemia mengalami gangguan pola tidur 13. Ganti etiologi untuk 2 dagnosa 14. Fungsi protein? 15. Cari kembali rasional untuk setiap intervensi 	

		16. Ganti semua implementasi sesuai intervensi 17. Ubah lagi pembahasan	
14	Selasa, 10 Januari 2023	1. Cari penyusutan TFU hari kedua, ketiga dan seterusnya 2. Selama hamil minum berapa tablet vitamin 3. Rubah kata awal dari intervensi 4. Rasional dari tarik napa dalam 5. Perbaiki kembali pembahasan dan pengkajian sampai evaluasi 6. Penambahan 1 diagnosa	
15	Selasa, 17 Januari 2023	1. Cari besar uterus normal 2. Cari teori nyeri dan intervensi (teknik distraksi dan relaksasi) 3. ACC	

Mengetahui
Ketua program studi D III Keperawatan Ende



Artis Wawaomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
Nip. 1966011419910211001



POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KUPANG



Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com

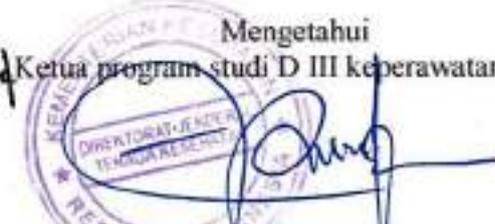
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN PROPOSAL
DAN HASIL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Maria Angelina Theresia Engu
Nim : PO. 530320219937
Penguji : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., NS., M.Sc

No	Hari/tanggal	Rekomendasi bimbingan	Paraf
01	Senin, 14 November 2022	Proposal 1. Perbaiki pengetikan dan nama Direktur Poltekkes kupang 2. Ubah kotak-kotak yang ada pathway 3. Tambahkan daftar pustaka sesuai dengan yang diambil dari buku sumber	
02	Selasa, 07 februari 2023	KTI 1. Tambahkan data subjektif pada diagnose gangguan pola tidur 2. Mengubah NIP 3. Tabel Terbuka 4. Tambahkan data objektif pada diagnose resiko infeksi 5. Tambahkan intervensi untuk diagnose gangguan perfusi jaringan (Tindakan mandiri perawat: Anjurkan ibu untuk konsumsi obat secara teratur)	

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Tambahkan intervensi untuk diagnose gangguan pola tidur (Batasi pengunjung) 7. Tambahkan intervensi untuk diagnose resiko infeksi (monitor tanda dan gejala infeksi) 8. Ubah implementasi dan sesuaikan dengan intervensi yang ditambahkan 9. Perbaiki daftar pustaka 	+
03	Senin, 13 Februari 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cover depan 2. Perbaiki lembar persetujuan 3. Perbaiki lembar pengesahan 4. Perbaiki kata pengantar 5. 	+
04	Selasa, 14 Februari 2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstrak nama tidak pakai garis bawah 2. Tambahkan kata kunci asuhan keperawatan nifas anemia 3. WHO dalam bahasa inggris diketik miring 4. Ubah tabel hasil pemeriksaan penunjang 5. Ubah evaluasi untuk masalah resiko infeksi (resiko infeksi tidak terjadi) 6. Ubah daftar pustaka sesuai urutan abjad 	+
05	Rabu, 15 Februari 2023	ACC	+

Mengetahui
Ketua program studi D III keperawatan Ende



Aris Wawaomeo, M.Kep., Ns.Sp.Kep.Kom
Nip. 1966011419910211001