

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.A.G DENGAN DIAGNOSA
MEDIS IBU NIFAS G2 P1 A1 DENGAN ANEMIA DIRUANGAN
NIFAS III RSUD ENDE**



OLEH:

MARIA SELVIANA NGARO
NIM.PO5303202200500

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

2023

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.A.G DENGAN DIAGNOSA
MEDIS IBU NIFAS G2 P1 A1 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 SELVIANA NGARO
NIM. PO5303202200500

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

2023

LEMBAR PERSETUJUAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.A.G DENGAN DIAGNOSA
MEDIS IBU NIFAS G2 P1 A1 DENGAN ANEMIA
DI RSUD ENDE**

OLEH :

MARIA SELVIANA NGARO

NIM.PO5303202200500

Tulis Ilmiah ini Telah Diperiksa dan Disetujui
Oleh Pembimbing Untuk Diujikan

Ende, 31 Agustus 2023

Pembimbing



Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
NIP.197401132002122001

LEMBAR PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.A.A.G DENGAN DIAGNOSA
MEDIS IBU NIFAS G2 P1 A1 DENGAN ANEMIA
DI RSUD ENDE**

OLEH :

MARIA SELVIANA NGARO

NIM.PO5303202200500

Karya Tulis Ilmiah akan Diajukan dan Dipertanggung
jawabkan Pada Tanggal, 05 September 2023

Penguji Ketua



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

Penguji Anggota



Dr. Sisilia Lenv Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
NIP.197401132002122001

Disahkan oleh :

Ketua Program Studi D III Keperawatan Ende



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

SURAT PERNYATAAN KEASLIAAN TULISAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Maria Selviana Ngaro
Nim : PO5303202200500
Program Studi : D III Keperawatan Ende
Judul Karya Tulis : Asuhan Keperawatan Pada NY.A.A.G G2 P1 A1
dengan Diagnosa Medis Ibu Nifas dengan Anemia di
Ruangan Nifas III RSUD Ende

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya susun ini benar benar hasil karya tulis 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, 18 juli 2023

Yang membuat pernyataan



Maria Selviana Ngaro

PO 530320220050

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan Keperawatan pada Ny.A.A.G Dengan diagnosa Medis Ibu Nifas G2 P1 A1 dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende" 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 pada 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 Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc selaku pembimbing sekaligus penguji anggota yang telah meluangkan waktunya untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ibu Martina Bedho, SST., M.Kes selaku Dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan agar Karya Tulis Ilmiah ini lebih baik
6. Keluargaku tercinta yang selalu mendukung dan memotivasi dalam perkuliahan.
7. Teman-teman yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dengan masukan yang sangat bermanfaat dan selalu memberikan motivasi.

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, 31 Agustus 2023

Penulis

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Pada NY.A.A.G Dengan Diagnosa Medis Ibu Nifas G2 P1 A1 Dengan Anemia Di Ruang Nifas III RSUD Ende

Maria Selviana Ngaro
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

Anemia merupakan masalah kesehatan dunia di Negara-negara miskin. Penyebab paling umum anemia pada ibu nifas antara lain kurangnya zat besi, kekurangan asam folat, peningkatan kebutuhan zat besi selama kehamilan dan menyusui antara lain kebutuhan fisiologis. Pada tahun 2021 terdapat sebanyak 13 orang. Sedangkan pada tahun 2022 sebanyak 27 orang.

Tujuan studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada NY.A.A.G G2 P1 A1 dengan Diagnosa Ibu Nifas dengan Anemia di 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.A.A.G dilaksanakan berdasarkan pendekatan proses keperawatan. Pada pengkajian ditemukan data bahwa klien pusing, lemah dan nyeri pada jalan lahir dibekas jahitan.

Masalah keperawatan NY.A.A.G yaitu perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb), gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan dan risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (Hemoglobin).

Intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yaitu Observasi pemberian tranfusi darah, menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau, mengidentifikasi faktor pengganggu tidur, menganjurkan klien untuk istirahat dan tidur yang cukup, memonitor tanda dan gejala infeksi, mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien, 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.A.A.G With a Medical Diagnosis of Postpartum G2 P1 A1 Mother with Anemia in the Postpartum Room III of Ende Hospital

Maria Selviana Ngaro
Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep., Ns., MSc

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 2021 there were 13 people. In 2023 there were 27 people.

The purpose of the case study is to be able to apply nursing care to Mrs. A.A.G G2 P1 A1 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 assesment, nursing diagnoses, nursing interventions, nursing implementation and evaluation.

Result of Care Study Mrs.A.A.G 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. A.A.G 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 intervention are carried out based on nursing problems, namely observation of blood transfusions, advising clients to concume 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

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR TABEL	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan	4
D. Manfaat Studi Kasus	5
E. Metode Studi Kasus.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Konsep Postpartum	7
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	24
BAB III METODE STUDI KASUS.....	38
A.Desain Studi Kasus	38
B.Subyek Studi Kasus.....	38
C.Batasan Istilah (Definisi Operasional).....	39

D.Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	39
E.Prosedur Studi Kasus.....	39
F.Teknik Pengumpulan Data.....	40
G.Instrument Pengumpulan Data	41
H.Keabsahan Data.....	41
I.Analisa Data	41
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	42
A.Hasil Studi Kasus	42
B.Pembahasan.....	66
BAB V PENUTUP.....	69
A.Kesimpulan	69
B.Saran	70
DAFTAR PUSTAKA.....	71
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 PAtway (E.Arnolinda, 2019)	22
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional	39
Tabel 4. IV 1 Hasil Pemeriksaan Darah Rutin pada tanggal 27 juli 2023	49
Tabel 4.IV 2 Therapy Pengobatan	50
Tabel 4.IV 3 Analisa Data.....	51
Tabel 4.4 Catatan Perkembangan.....	64

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Abdul Hasan (2018) mengatakan bahwa ibu adalah seorang wanita yang telah melalui proses, kehamilan, melahirkan, menyusui dan membesarkan anaknya dengan penuh kasih sayang dan kelembutan. Seorang ibu memiliki peran yang sangat penting dalam menciptakan generasi pemimpin umat selain mengandung, melahirkan tanggung jawab besar dan peran luhur yang ada pada seorang ibu sebagai pendidik generasi bukan yang mudah untuk dilakukan. Maka Tuhan Yang Maha Esa menganugrahkan kepada perempuan struktur biologis dan ciri psikologis berbeda dengan ayah. Oleh karena itu, kesehatan ibu perlu ditingkatkan. Sehingga Angka Kematia Ibu (AKI) di dunia menurun.

Masa nifas atau masa puerperium adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa postpartum berlangsung 6 minggu atau 42 hari (Wahyuningsih, 2019).

Anemia adalah kekurangan (defisiensi) sel darah merah karena kadar hemoglobin yang rendah. Kadar hemoglobin yang normal wanita hamil adalah 11 gr%, kadar hemoglobin (Hb) dalam darah kurang kemampuan untuk mengikat dan membawa oksigen akan menurun dan nutrisi yang di bawa oleh sel darah merah juga akan menurun. Keadaan ini menyebabkan janin kekurangan nutrisi dan oksigen, sehingga janin mengalami gangguan

tumbuh kembang dan bayi lahir dengan berat badan rendah (Amiruddin & Delima , 2022). Anemia postpartum didefinisikan sebagai kadar Hb < 11 g/dl 1 minggu postpartum dan Hb < 12 g/dl 8 minggu postpartum (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013) (Yuliani, 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO) bahwa suplementasi asam folat dapat diberikan kepada ibu postpartum selama 6-12 minggu setelah persalinan. Anemia postpartum disebabkan karena suplementasi zat besi yang kurang ataupun kekurangan sel darah merah dan perdarahan berlebihan selama atau setelah proses kelahiran (Saragih & Jambormias, 2022).

Anemia pada Ibu nifas (pasca persalinan) umumnya terjadi, sekitar 10% dan 22% terjadi pada wanita postpartum dari keluarga miskin, pengaruh anemia pada masa nifas adalah terjadinya subvolusi uteri yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum, infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang dan mudah terjadi infeksi mammae. Faktor yang mempengaruhi anemia pada Ibu nifas adalah persalinan dengan perdarahan, ibu hamil dengan anemia, nutrisi yang kurang, penyakit virus dan bakteri (Biges, 2018).

Data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2020 menyebutkan bahwa Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia sebesar 305 per 100.000 kelahiran hidup. Pada tahun 2020 di Indonesia kematian pada ibu *postpartum* dikarenakan anemia mencapai 30% (Kemenkes RI, 2020).

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 prevelensi anemia postpartum pada tahun 2018 masih sangat tinggi yaitu 53%. Data yang diperoleh dari RSUD Ende, Kabupaten Ende pada tahun 2021 jumlah Ibu yang mengalami postpartum dengan anemia sebanyak 13 orang. Sedangkan pada tahun 2022 jumlah ibu yang mengalami postpartum dengan anemia meningkat sebanyak 27 orang (Buku Register RSUD Ende, 2021).

Salah satu indikator menilai keberhasilan program kesehatan ibu sekaligus menilai kesehatan derajat kesehatan masyarakat salah satunya melalui Angka Kematian Ibu (AKI) (Kemenkes, RI, 2018). Angka Kematian Ibu yang masih tinggi di beberapa wilayah di dunia mencerminkan ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan yang berkualitas dan adanya kesenjangan antara kaya dan miskin (WHO, 2019). Resiko kematian ibu tertinggi terjadi pada perempuan di bawah 15 tahun, komplikasi kehamilan dan persalinan pada perempuan usia 10-19 tahun lebih tinggi di bandingkan dengan perempuan usia 20-24 tahun (WHO, 2019).

Upaya pencegahan Pencegahan anemia dapat dilakukan dengan pemberian tablet Fe tidak saja selama masa kehamilan namun juga selama ibu masa nifas. Selain itu 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 mencakup zat besi dan asam folat (Proverawati, 2011).

Program pemerintah yang telah dijalankan ibu nifas dengan anemia mengkonsumsi tablet Fe. Untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu nifas, dengan memberikan suplemen tambahan yang memanfaatkan buah-buahan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dampak anemia postpartum diantaranya menurunkan kemampuan fisik, kelelahan, infeksi masa postpartum, dan kondisi ini bisa menyebabkan *postpartum blues* dan terjadinya depresi postpartum (Yuliani, 2020).

Melihat permasalahan diatas maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang “Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia di RSUD Ende”?

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penulisan ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia di RSUD Ende”?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Ibu Postpartum dengan Anemia di RSUD Ende.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu mengetahui dan memahami tentang teori Ibu Postpartum dengan Anemia
- b. Mampu melakukan Pengkajian keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia
- c. Mampu menentukan Diagnose Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia
- d. Mampu menentukan Intervensi Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia
- e. Mampu melakukan implementasi keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia
- f. Mampu melakukan evaluasi Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia
- g. Mampu membahas tentang kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus

D. Manfaat Studi Kasus

1. Manfaat Teoritis

Manfaat studi pada Ibu Postpartum dengan Anemia adalah sebagai pengembangan ilmu pengetahuan keperawatan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Ibu

Studi kasus yang dilakukan diharapkan dapat menambah pengetahuan ibu sehingga mampu melakukan pencegahan dan pengobatan secara mandiri.

b. Bagi Rumah Sakit

Studi kasus yang dilakukan mampu meningkatkan kualitas pelayanan secara khusus pada Ibu Postpartum dengan Anemia.

c. Bagi Institusi

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana kemampuan mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada Ibu Postpartum dengan Anemia.

E. Metode Studi Kasus

1. Kepustakaan

Penulis menggunakan berbagai buku sumber untuk mendapat informasi yang berhubungan dengan Postpartum dengan Anemia.

2. Konsultasi

Penulis melakukan konsultasi dengan Dosen pembimbing tentang berbagai hal yang berhubungan dengan Postpartum dengan Anemia

3. Layanan Internet

Penulis menggunakan layanan internet untuk mendapatkan beberapa informasi yang berkaitan dengan Postpartum dengan Anemia

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Postpartum

1. Masa Nifas

a. Pengertian

Masa nifas (puerperium) adalah masa setelah lahirnya plasenta hingga organ reproduksi khususnya alat-alat kandungan kembali pulih seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas atau disebut puerperium dimulai sejak 2 (dua) jam setelah lahirnya plasenta sampai dengan 6 minggu (42 hari) (Wabyuni & Fitriani, 2021). Postpartum adalah masa setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali pada keadaan sebelum hamil, masa postpartum berlangsung selama 6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

b. Tahapan Masa Nifas

- 1) *Immediate postpartum* masa segera plasenta lahir sampai 24 jam
- 2) *Early postpartum* yaitu masa 24 jam sampai 1 minggu
- 3) *Late postpartum* yaitu masa 1-6 minggu (Wahyuningsih, 2019).

c. Perubahan fisiologi 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 atau sepsis puerpuralis.

- 2) Perubahan cardio vascular. 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. Setelah proses persalinan berlangsung, ibu nifas akan kesulitan untuk berkemih dalam 24 jam pertama. Kemungkinan dari penyebab ini adalah terdapat spasme sfinkter dan edema leher kandung kemih yang telah mengalami kompresi (tekanan) antara kepala janin dan tulang pubis selama persalinan berlangsung. Urin dalam jumlah besar akan dihasilkan dalam 12-36 jam post partum. Kadar hormon estrogen yang bersifat menahan air akan mengalami penurunan yang mencolok (diuresis). Ureter yang berdilatasi akan kembali normal dalam 6 minggu. Dinding kandung kemih memperlihatkan edema dan hyperemia, kadang-kadang edema trigonum yang dapat menimbulkan alostaksi dari uretra sehingga dapat menjadi retensio urine. Kandung kemih dalam masa nifas menjadi kurang sensitive dan kapasitas bertambah sehingga setiap kali kencing masih tertinggal urin residual (normal kurang lebih 15

cc). dalam hal ini, sisa urin dan trauma pada kandung kemih sewaktu persalinan dapat beresiko terjadinya infeksi.

- 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 oxytocin juga terjadi pada uterus akan terjadi kontraksi, sehingga pada saat ibu menyusui perutnya terasa mules, dan merasa locheanya banyak keluar. Pada ibu 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 involusi 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). Penyebab lochea rubra dapat terjadi sampai dengan >3 hari, dan TFU pada hari ke 3 atau masih tertinggi pusat, yang seharusnya pada persalinan normal sudah turun ½ 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, fernick caseosa, rambut lanugo dan mekonium. Lochea sanguinolenta, keluar pada hari 3-7 warna kecoklata. Lochea serosa, kaluar hari 7-10 berwarna merah mudah kecoklatan, 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. ASI hari 4-7 disebut ASI peralihan, sedangkan hari selanjutnya >7 hari ASI matur (Wabyuni & Fitriani, 2021).

d. Perubahan psikologis pada Ibu Postpartum menurut Reva Rubin yaitu :

Periode *Taking In* (hari ke 1-2 setelah melahirkan)

- 1) Ibu masih pasif dan tergantung dengan orang lain
- 2) Perhatian ibu tertuju pada kekhawatiran perubahan tubuhnya

- 3) Ibu akan mengulangi pengalaman-pengalaman waktu melahirkan
- 4) Memerlukan ketenangan dalam tidur untuk mengembalikan keadaan tubuh ke kondisi normal
- 5) Nafsu makan ibu biasanya bertambah sehingga membutuhkan peningkatan nutrisi.

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 pengontrolan fungsi tubuh, BAK, BAB dan daya tahan tubuh
- 3) Ibu berusaha untuk menguasai keterampilan merawat bayi seperti menggendong, menyusui, memandikan dan mengganti popok
- 4) Ibu cenderung terbuka menerima nasehat bidan kritikan pribadi
- 5) Kemungkinan ibu mengalami depresi postpartum karena merasa tidak mampu membesarkan bayinya

Periode *Letting Go*

- 1) Terjadi setelah ibu pulang ke rumah dan dipengaruhi oleh dukungan dan perhatian keluarga

2) Ibu sudah mengambil tanggung jawab dalam merawat bayi dan memahami kebutuhan bayi sehingga akan mengurangi hak ibu dalam kebebasan dan hubungan sosial

3) Depresi postpartum sering terjadipada masa ini (Pitriani & Andriyani, 2014)

e. Tanda –tanda Bahaya Masa Nifas

1) Perdarahan hebat atau peningkatan perdarahan secara tiba-tiba (melebihi haid biasa atau jika perdarahan tersebut membasahi lebih dari dua (2) pembalut dalam waktu setengah jam)

2) Pengeluaran cairan vaginal dengan bau busuk yang menyengat

3) Rasa nyeri di perut bagian bawah atau punggung

4) Sakit kepala yang terus menerus, nyeri epigastric, atau masalah penglihatan

5) Pembengkakan pada wajah dan tangan demam, muntah, rasa sakit sewaktu buang air seni atau merasa tidak enak badan

6) Payudara memerah, 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 mengurus bayi

10) Merasa sangat letih atau bernapas terengah-engah

2. Anemia

a. Pengertian

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

Anemia adalah kondisi dimana sel darah merah (eritrosit) menurun atau menurunnya hemoglobin (Hb), sehingga kapasitas daya angkut oksigen untuk kebutuhan organ-organ vital pada ibu menjadi berkurang (Erlyn & Yasin, 2021).

World Health Organization (WHO) anemia adalah suatu keadaan dimana kadar hemoglobin dalam darah kurang dari batas normal berdasarkan kelompok umur yang bersangkutan, jenis kelamin dan kondisi fisiologis (Dinkes, 2015) (Pratiwi, Liswanti, & Nawangsari, 2022).

b. Etiologi

Penyebab anemia kekurangan zat besi, kekurangan asam folat, kehilangan darah, infeksi, cacing dan malaria. pada masa nifas terjadi karena kebutuhan Fe yang tidak tercukupi saat hamil, kehilangan Fe banyak pada grandemultipara dan perdarahan antepartum (Trisnawanti & Antini, 2021)

c. Klasifikasi Anemia

Menurut *World Health Organization* (WHO) klasifikasi anemia antara lain anemia ringan (kadar Hb 10-12,9 g/dl), anemia

sedang (kadar Hb 7-10,9 g/dl), dan anemia berat (kadar Hb < 7-8 g/dl).

Berikutnya klasifikasi anemia dibedakan menjadi :

- 1) Anemia hemolitik merupakan anemia yang disebabkan proses *hemolysis* eritrosit sebelum waktunya akibat faktor intrakorpuskular (dari dalam eritrosit sendiri, biasanya terjadi karena faktor genetik) atau ekstrakorpuskular (sebagian besar karena bersifat didapat).
- 2) Anemia aplastic merupakan anemia normokromik normositer (bentuk aplasia atau hypoplasia tanpa infiltrasi, supresi, atau pendesakan sumsum tulang) disebabkan kelainan primer disfungsi sumsum tulang sehingga sel darah yang mati tidak terjadi regenerasi sel baru.
- 3) Anemia defisiensi besi terjadi karena kekurangan cadangan zat besi akibat rendahnya *intake*, gangguan absorpsi, kehilangan besi akibat perdarahan menahun, infeksi cacing tambang dan pembentukan Hb berkurang.
- 4) Anemia megaloblastik merupakan anemia temuan sel *megaloblast* dalam sumsum tulang sebagai *precursor* eritrosit dengan bentuk sel yang besar dengan maturasi sitoplasma normal tetapi nucleus inti besar dengan susunan kromosom yang longgar disebabkan defisiensi asam folat dan vitamin

B12, gangguan metabolisme vitamin B12 dan asam folat
(Faizah, Wasilah, & Rahmatila, 2020)

d. Manifestasi Klinis

Gejala anemia pada Ibu nifas biasanya perdarahan persalinan, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, gangguan buang air kecil, cepat lelah, aktivitas berkurang, pembengkakan di kaki, lesu, lunglai, cepat lelah, letih, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, nafsu makan menurun (anoreksia), warna kulit pucat, konsentrasi hilang, konjungtiva terlihat pucat, mukosa bibir kering dan pucat, mammae membesar, kencang, puting susu menonjol, nafas pendek (pada anemia parah) dan mual muntah, pemeriksaan darah yang menunjukkan nilai kadar Hb kurang dari 11gr%, (Biges, 2018).

e. Pemeriksaan fisik pada Ibu Postpartum dengan Anemia

1) Kepala

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

2) Mata

- a) Inspeksi : bola mata, kelopak mata, keadaan sclera (normalnya sclera berwarna putih), konjungtiva (normalnya konjungtiva berwarna merah muda, dan anemis)
- b) Palpasi : tekanan bola mata, nyeri tekan/tidak

3) Telinga

Inspeksi : bentuk, massa, ada serumen atau tidak

4) Mulut

- a) Inspeksi : warna bibir, bau mulut/kebersihan, lidah, gigi dan gusi, lidah luka, mukosa bibir kering dan pucat

5) Leher

- a) Inspeksi : bentuk kulit (warna, pembengkakan, massa) tiroid
- b) Palpasi : apakah ada pembesaran kelenjar limfe atau kelenjar tiroid

6) Dada

- a) Inspeksi : pergerakan di dinding dada, takipnea, ortopnea, dyspnea, (kesulitan bernapas), napas pendek dan capet lelah saat melakukan aktivitas jasmani merupakan manifestasi berkurang pengiriman oksigen.
- b) Palpasi : taktil premitus simetris
- c) Perkusi : sonor

d) Auskultasi : bunyi napas vesikuler, bunyi napas tambahan lainnya

7) Payudara

a) Inspeksi : ukuran, bentuk, warna areola (pada ibu nifas umumnya areola mammae berwarna kecoklatan, mammae membesar, puting menonjol, kencang) dan kesimetrisan.

b) Palpasi : apakah ada nyeri tekan atau tidak, puting susu menonjol/tidak, ASI sudah keluar atau belum, bentuk payudara simetris/tidak, mammae teraba kencang/tidak

8) Abdomen

a) Inspeksi : striae atau tidak, adanya luka insisi, adanya linea atau tidak, bentuk perut, adanya retraksi/tidak

b) Palpasi : involusi uteri /kemajuan involusi yaitu proses uteri kembali ke ukuran dan kondisinya sebelum kehamilan, diukur dengan mengkaji tinggi dan konsistensi fundus uterus, masase dan peremasan fundus dan karakter serta jumlah lochea 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 kendur menunjukkan atonia atau subinvolusi. Kandung kemih harus kosong agar pengukuran fundus akurat, kandung kemih yang penuh menggeser uterus dan meningkatkan tinggi fundus.

c) Auskultasi : suara bising usus normal atau tidak

d) 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 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 <10cm=10,25 ml, Kebersihan Pengeluaran per vagina Keadaan luka jahitan, Tanda-tanda infeksi vagina

10) Perineum

Pengkajian darah perineum dan perineal dengan sering untuk mengidentifikasi karakteristik normal atau defiasi dari normal seperti hematoma, memar, edema,

kemerahan, dan nyeri tekan. Jika ada jahitan luka, kaji keutuhan, hematoma, perdarahan dan tanda-tanda infeksi (kemerahan, 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 disebabkan oleh tekanan otot-otot dasar panggul oleh bagian terendah janin selama kehamilan akhir dan persalinan akibat mengejan selama fase ekspulsi.

11) Ekstermitas

Pucat pada kulit, dasar kuku, kelemahan dalam melakukan aktivitas, CRT <3 detik.

12) Eliminasi

Pengkajian eliminasi meliputi pengkajian bisung usus, inspeksi dan palpasi adanya distensi abdomen. Ibu postpartum dianjurkan untuk berkemih segera mungkin untuk menghindari distensi kandung kemih. Eliminasi dikaji setiap 9 jam, dikaji juga defekasi setiap hari\

f. Pemeriksaan diagnostic

- 1) Jumlah darah lengkap (ADL) : hemoglobin dan hemotocrit 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 mikrositidengan eritrosit hipokromik (DB); peningkatan (AP); pansitoprnia (aplastik)
- 4) Test kerapuhan eritrosit : menurun (DB)
- 5) Jumlah retikulosit : bervariasi misalnya, menurun (AP); meningkat (respons sumsum tulang terhadap kehilangan darah/hemolisis)

g. Patofisiologi

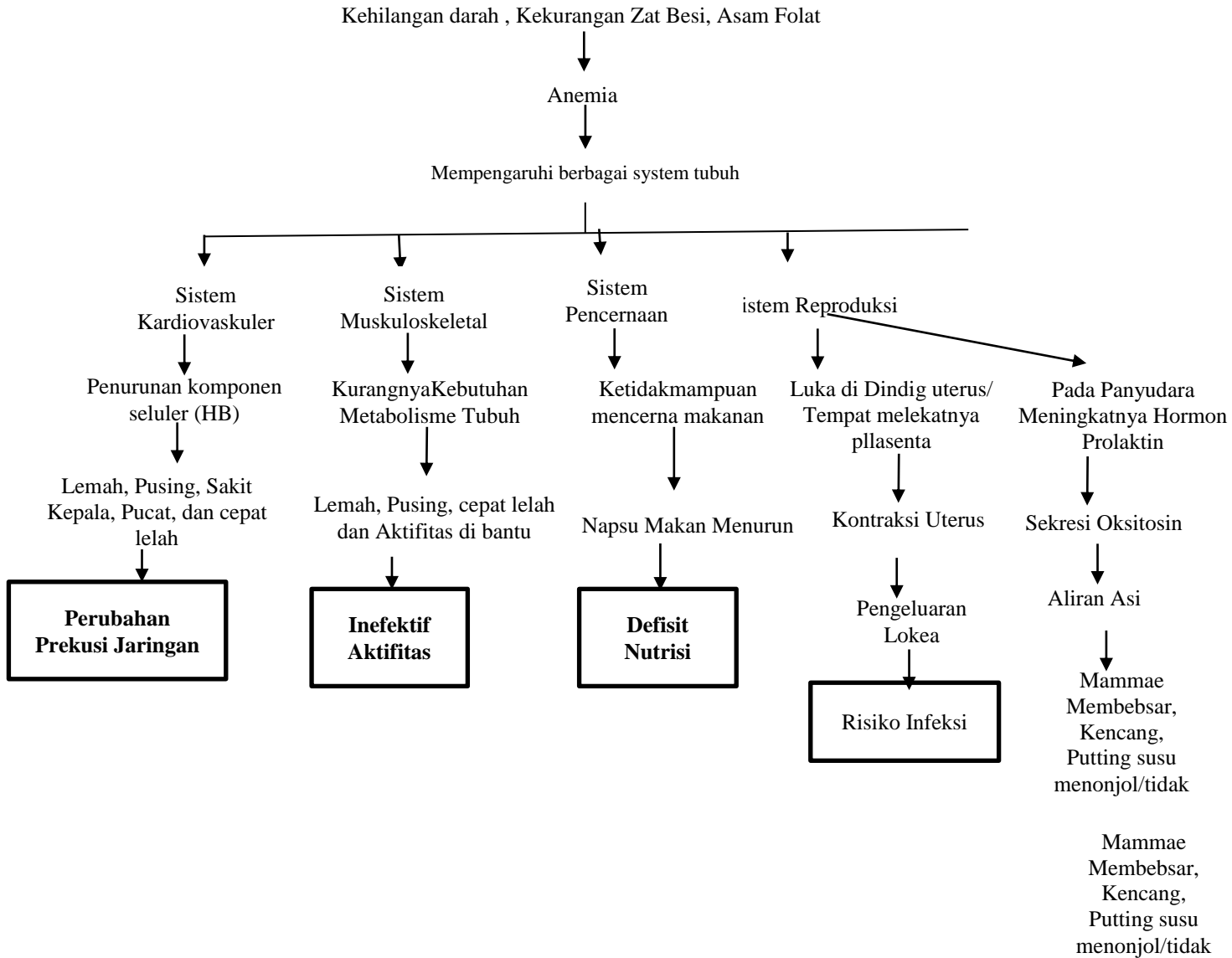
Dampak persalinan dan kelahiran dapat menyebabkan wanita terlihat pucat dan letih selama satu atau beberapa hari setelah melahirkan (Fraser, 2009). Anemia dalam nifas dapat terjadi sebagai akibat perubahan sistem hematologi dalam masa kehamilan.

Timbulnya anemia mencerminkan adanya kegagalan sumsum atau kehilangan sel darah merah secara berlebihan atau keduanya. Kegagalan sumsum dapat terjadi akibat kekurangan nutrisi. 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 (Dimas, 2009).

Lisis sel darah merah (disolusi) terjadi terutama dalam sel fagositis atau dalam sistem retikuloendotelial, terutama dalam hati dan limpa. Hasil samping proses ini adalah bilirubin yang akan

memasuki aliran darah. Setiap kematian destruksi sel darah merah (hemolisis) segera direfleksikan dengan peningkatan bilirubin plasma (konsentrasi normal < 1 mg/dl, kadar diatas 1,5 mg/dl mengakibatkan ikterik pada sclera (Dimas, 2009).

Pathway



Gambar 2.1 Pathway (E.Arnolinda, 2019)

h. Komplikasi

Terjadinya anemia pada masa nifas menyebabkan terjadinya subvolusi uteri yang dapat menimbulkan perdarahan postpartum, memudahkan infeksi puerperium, pengeluaran ASI berkurang dan mudah terjadi infeksi mammae (Biges, 2018).

i. Penatalaksanaan Ibu nifas dengan anemia

1) Medis

- a) Transpalansi/tranfusi sel darah merah
- b) Pemberian suplemen asam folat dapat merangsang pembentukan sel darah merah
- c) Pemberian masukan nutrisi yang kaya akan zat besi
- d) Memberikan terapi tablet Fe 2x1 selama masa
- e) Vitamin C menambah kemampuan resorpsi Fe di deudenum
- f) Pemberian vitamin B12 mg sionokobalamin IM/bulan
- g) Pengobatan perbaikan anemia dengan diet 4 sehat, 5 sempurna, tambahkan sebutir telur/hari, obat-obatan vitamin B kompleks dan Fe

2) Keperawatan

- a) Memberikan makanan dan nutrisi yang tinggi protein dan kalori dengan porsi besar seperti telur, ikan dan sayuran hijau
- b) Memperhatikan kondisi fisik ibu dan bayi

Memberikan motivasi kepada ibu dalam memberikan ASI dan pemenuhan kebutuhan istirahat

- c) Mendorong penggunaan metode-metode yang tepat dalam
- d) memberikan makanan pada ibu dan mempromosikan perkembangan hubungan baik antara ibu dan anak
- e) Mendukung dan memperkuat kepercayaan diri ibu dan memungkinkannya mengisi peran barunya sebagai seorang ibu baik dengan orang, keluarga baru mampu budaya tertentu (Masriroh, 2013).

B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.

1. Pengkajian

a. Pengumpulan data perpola

- 1) Pola sirkulasi : perdarahan persalinan, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), CRT > 3 detik, pusing, lemah, lelah, letih, lesu, warna kulit pucat, konsentrasi hilang, mata berkunang-kunang, sakit kepala, mukosa bibir kering dan pucat, kongjungtiva terlihat pucat, dasar kuku pucat, Hb kurang dari 11 gr/dl.
- 2) Pola aktivitas/istirahat : pembengkakan di kaki, pusing, lemah, cepat lelah, sesak napas, malaise, aktivitas berkurang.
- 3) Pola nutrisi-metabolik : mual muntah, nafsu makan menurun (anoreksia), lidah luka.
- 4) Hygiene : kurang bertenaga dan penampilan kurang rapi

- 5) Nyeri/kenyamanan : nyeri abdomen samar, sakit kepala
- 6) Pernapasan : apakah adakah riwayat TB, abses paru, napas pendek pada istirahat dan aktivitas
- 7) Seksualitas : adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir
- 8) Integritas ego : keyakinan agama/budaya mempengaruhi pilihan pengobatan, mis. Penolakan tranfusi darah
- 9) Eliminasi : gangguan buang air kecil

a. Tabulasi Data

Perdarahan persalinan, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, gangguan buang air kecil, cepat lelah, aktivitas berkurang, pembengkakan di kaki, lesu, sakit kepala, sering pusing, mata berkunang-kunang, malaise, lidah luka, kehilangan nafsu makan (anoreksia), warna kulit pucat, konsentrasi hilang, lemah, mukosa bibir kering dan pucat, mammae membesar, kencang, puting susu menonjol, aerola mammae berwarna kecoklatan, lunglai, konjungtiva anemis, mual muntah, kurang bertenaga, sesak napas, pemeriksaan darah yang menunjukkan nilai kadar Hb kurang dari 11 gr/dl, CRT >3 detik, asi tidak menetes, tekanan darah dibawah 90/60 mmHg merasa tidak nyaman setelah beraktivitas.

b. Klasifikasi Data

Ds : biasanya klien postpartum dengan anemia mengeluh pusing, lemah, letih, lesu, mual muntahsakit kepala, mata berkunang,

kunang, sesak napas, sulit buang air kecil, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, nafsu makan menurun

Do : perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), pengeluaran lochea pada jalan lahir, pembengkakan di kaki, kehilangan nafsu makan, mukosa bibir kering dan pucat, aktivitas di bantu, menurun konsentrasi, konjungtiva anemis, lunglai, warna kulit pucat, sesak napas, CRT >3 detik, tekanan darah di bawah 90/60 mmHg, pemeriksaan darah yang menunjukkan nilai kadar Hb kurang dari 11 gr/dl, mammae membesar, ASI tidan menetes, kencang dan putting susu menonjol, aerola mammae berwarna kecoklatan

c. Analisa Data

1. Sign/symptom

Ds : biasanya ibu mengeluh rasa pusing, lemas, lelah, letih, sesak napas, mata berkunang-kunang, sakit kepala

Do : perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, warna kulit pucat, penurunan konsentrasi, CRT >3 detik, kadar Hb kurang dari 11 gr/dl.

Etiologi : penurunan komponen seluler (Hb)

Problem : perubahan perfusi jaringan

2. Sign/symptom

Ds : rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, sakit kepala, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

Do: aktivitas di bantuk, pembengkakan di kaki, tampak lemah, aktivitas berkurang

Etiologi : ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan tubuh

Problem : inefektif aktivitas

3. Sign/symptom

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

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, penurunan masukan nutris/makanan

Etiologi : ketidakmampuan mencerna makanan

Problem : Defisit nutrisi

4. Sign/symptom

Ds : keluar lochea pada jalan lahir

Do : adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir

Etiologi : ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, leukopenia) respon inflamasi tertekan

Problem : Risiko infeksi

5. Sign/symptom

Ds : payudara terasa kencang

Do : mammae membesar, payudara bengkak, kencang dan puting susu menonjol, asi tidak menetes, aerola mammae berwarna kecoklatan

Etiologi : sekresi oksitosin

Problem : Risiko menyusui tidak efektif

2. Diagnose Keperawatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016)

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

- a. Perubahan perfusi jaringan adalah berisiko mengalami suatu penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb) yang ditandai dengan :

Ds : biasanya ibu mengeluh rasa pusing, lemas, lelah, letih, sesak napas, mata berkunang-kunang, sakit kepala

Do : perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan (dehidrasi), konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, warna kulit pucat, penurunan konsentrasi, CRT >3 detik, kadar Hb kurang dari 11 gr/dl.

- b. Inefektif aktivitas adalah ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Inefektif aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan tubuh yang ditandai dengan :

Ds : rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, sakit kepala, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

Do : aktivitas di bantu, pembengkakan di kaki, tampak lemah, aktivitas berkurang

- c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan yang ditandai dengan :

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

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, penurunan masukan nutris/makanan

- d. Risiko infeksi adalah berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, leukopenia) respon inflamasi tertekan yang ditandai dengan :

Ds : keluar lochea pada jalan lahir

Do : adanya pengeluaran lochea pada jalan lahir

- e. Risiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan sekresi oksitosin yang ditandai dengan :

Ds : payudara terasa kencang, kelelahan maternal

Do : mammae membesar, payudara bengkak, kencang dan puting susu menonjol/tidak aerola mammae berwarna kecoklatan, asi tidak menetes.

3. Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

- a. Dx 1 : Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb)

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah perubahan perfusi jaringan dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Lemah menurun
- 2) Pusing menurun
- 3) Mata berkunang-kunang menurun
- 4) Konjungtiva tidak anemis
- 5) Tekanan darah normal

Intervensi :

Observasi

- 1) Periksa sirkulasi perifer (pengisian kapiler)

R : memberikan informasi derajat/keadekuatan perfusi jaringan dan membantu menentukan kebutuhan intervensi.

Terapeutik

- 1) Tingkatkan kepala tempat tidur sesuai

R : Meningkatkan ekspansi paru dan memaksimalkan oksigenasi

- 2) Transpalansi/tranfusi sel darah merah

R : untuk meningkatkan kadar hemoglobin dalam darah

3) Pemberian masukan nutrisi yang kaya akan zat besi

R : untuk pemenuhan kebutuhan zat besi pada tubuh dibutuhkan pembentukan darah ibu dan memenuhi kebutuhan zat besi dalam tubuh

Kolaborasi

1) Memberikan terapi tablet Fe 2x1 selama masa nifas

R : selain mengkonsumsi makanan mengandung zat besi, konsumsi tablet Fe di anjurkan pada ibu nifas untuk peningkatan kadar hemoglobin dalam darah

b. Inefektif aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan tubuh

tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah Inefektif aktivitas meningkat.

Kriteri hasil :

1) Keluhan lelah menurun

2) Perasaan lemah menurun

Intervensi :

Manajemen Energi

Observasi

1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

R : Dapat mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami klien akibat kelelahan

2) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

R : Dengan mengidentifikasi lokasi ketidaknyamanan klien agar dapat mengetahui lokasi yang mengganggu selama klien melakukan aktivitas.

Terapeutik

1) Sediakan lingkungan aman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan)

R : Dengan menyediakan lingkungan yang aman dan rendah stimulus dapat memberikan rasa aman bagi klien

2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif

R : Dengan melakukan latihan rentang gerak dapat meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstermitas Klien.

Edukasi

1) Anjurkan tirah baring

R : Dengan tirah baring dapat memberikan klien beristirahat di tempat tidur dan membatasi aktivitas sehari-hari

2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

R : Dengan menganjurkan aktivitas bertahap pada klien dapat menunjang proses kesembuhan

c. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan membaik.

Kriteri hasil :

- 1) Nafsu makan membaik
- 2) peningkatan/mempertahankan berat badan dengan nilai normal
- 3) Membran mukosa membaik
- 4) Mual muntah menurun

Intervensi :

Manajemen Nutrisi

Observasi

- 1) Identifikasi makanan yang disukai

R : makanan yang disukai akan memberikan rasa menarik dan menambah nafsu makan

- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R : mengetahui makanan yang tidak disukai dan dihindari oleh klien

- 3) Monitor asupan makanan

R : mengidentifikasi kekurangan dan kebutuhan makanan

- 4) Monitor berat badan

R : memberikan informasi tentang kebutuhan diet

Terapeutik

- 1) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

R : makanan berserat tinggi dapat memperlancar proses pencernaan

- 2) Memberikan makanan dan nutrisi yang tinggi protein dan kalori dengan porsi besar seperti telur, ikan dan sayuran hijau

R : dapat membantu proses penyembuhan klien

- 3) Memberikan diet 4 sehat, 5 sempurna, tambahkan sebutir telur/hari, obat-obatan vitamin B kompleks dan Fe

R : Agar meningkatkan pencapaian dan mempertahankan berat badan yang sehat serta gaya hidup yang lebih kuat dan aktif

- 4) Berikan suplemen makanan, jika perlu

R : suplemen dapat menambah nafsu makan

Edukasi

- 1) Ajarkan diet yang diprogramkan

R : diet yang seimbang dapat memperbaiki kebutuhan nutrisi

Kolaborasi

- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

R : diet yang tepat dapat menurunkan masalah kebutuhan nutrisi

- d. Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin, leukopenia) respon inflamasi tertekan.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah risiko infeksi menurun.

Kriteria hasil : mengidentifikasi perilaku untuk mencegah/menurunkan resiko infeksi dan meningkatkan penyembuhan luka.

Intervensi :

Pencegahan Infeksi

Observasi

1) Monitor suhu tubuh, catat adanya menggigil dan takikardia dengan atau tanpa demam

R : adanya proses inflamasi /infeksi membutuhkan evaluasi/pengobatan, sistematis .

Terapeutik

1) Tingkatkan cuci tangan yang baik

R : mencegah kontaminasi silang/kolonisasi bakteri

2) Berikan perawatan

R : menurunkan resiko kerusakan kulit/jaringan dan infeksi

3) Batasi jumlah pengunjung

R : membatasi pemajanan pada bakteri/infeksi

4) Perawatan vulva hygiene

R : perawatan vulva hygiene dapat mencegah infeksi di daerah vulva, perineum, membantu penyembuhan luka dan menjaga kebersihan perineum dan vulva

Edukasi

- 1) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi

R : dapat mempercepat proses penyembuhan luka infeksi

- e. Risiko menyusui tidak efektif berhubungan dengan sekresi oksitosin Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan masalah risiko menyusui tidak efektif membaik. kriteria hasil : asi meneters, puting susu menonjol.

Intervensi :

Edukasi menyusui

Observasi

- 1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

R : Agar mengetahui kesiapan dan kemampuan klien menerima informasi

Terapeutik

- 1) Dukung ibu meningkatkan kepercayaan diri dalam menyusui

R : Agar ibu mempercayai dirinya untuk menyusui bayi

- 2) Libatkan pendukung suami, keluarga, dan tenaga kesehatan

R : Dengan melibatkan suami, anggota keluarga dan kesehatan agar ibu dapat menyusui bayinya

- 3) Memberikan motivasi kepada ibu dalam memberikan ASI dan pemenuhan kebutuhan istirahat

R : kebutuhan istirahat yang cukup dapat memperlancar produksi ASI pada ibu sehingga bayi dapat terpenuhi kebutuhan nutrisinya

- 4) Ajarkan perawatan payudara mengompres dengan air hangat, pijat payudara

R : Agar dapat memperlancar aliran ASI

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus pada klien dan berorientasi pada tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan di mana tindakan dilakukan dan diselesaikan, sebagaimana di gambarkan dalam rencana yang sudah dibuat diatas.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dari proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam melakukan evaluasi, perawat seharusnya memiliki pengetahuan dan kemampuan dalam menghubungkan keperawatan dalam kriteri hasil.

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Desain Studi Kasus

Penelitian Karya Tulis Ilmiah ini menggunakan rancangan deskriptif berupa studi kasus dengan pendekatan studi dokumentasi mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif misalnya klien, keluarga, kelompok, dan komunitas. Dalam penulisan deskriptif studi kasus ini untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan anemia. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan mengevaluasi asuhan keperawatan pada ibu postpartum dengan anemia.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam penelitian ini adalah individu dengan masalah ibu postpartum dengan anemia dengan kasus yang di kelola secara rinci. Adapun subyek yang akan diteliti berjumlah satu kasus dengan masalah keperawatan yang komprehensif dan holistik.

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Tabel 3.1 Definisi operasional

No	Istilah	Definisi
1	Masa Nifas	Masa nifas adalah masa pemulihan paska persalinan hingga seluruh organ reproduksi wanita kembali pulih seperti keadaan sebelum hamil
2	Anemia	Anemia adalah suatu keadaan dimana menurunnya sel darah merah atau kurang darah.
3	Asuhan Keperawatan	Asuhan keperawatan adalah serangkaian tindakan keperawatan untuk perawatan pada klien yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus asuhan keperawatan ini akan di lakukan selama 3 hari di Ruang Nifas 3 RSUD Ende.

E. Prosedur Studi Kasus

Studi kasus diawali dengan penyusunan usulan studi kasus dengan menggunakan metode studi kasus. Setelah disetujui oleh pembimbing studi kasus maka studi kasus dilanjutkan dengan kegiatan pengumpulan data. Sebelum pengumpulan data, pertama melakukan pengurusan surat ijin di kantor Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat (KESBANGPOL) Kabupaten Ende, kemudian ke ruangan

Administrasi RSUD Ende untuk mendapat ijin penelitian di ruangan selanjutnya di arah ke ruangan untuk bertemu dengan kepala ruangan untuk membantu proses penelitian sehingga bisa dilakukan pengumpulan data. Data studi kasus berupa hasil pengukuran observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek studi kasus.

F. Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Wawancara dipergunakan untuk pengumpulan data secara lisan dari pasien dan keluarga yaitu menanyakan mengenai identitas klien, riwayat haid, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat kesehatan, riwayat kontrasepsi, status perkawinan, pola nutrisi-metabolik, eliminasi, aktivitas/istirahat, personal hygiene, seksual, sirkulasi dan integritas ego.

2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Melakukan observasi atau pengamatan secara langsung pada pasien, pemeriksaan fisik yaitu metode pengumpulan data melalui 4 cara dalam pemeriksaan fisik yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (IPPA) pada tubuh klien.

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 yang digunakan adalah format Asuhan Keperawatan Maternitas mulai dari pengkajian sampai evaluasi.

H. Keabsahan Data

Untuk membuktikan kualitas data yang diperoleh dari penelitian sehingga data dengan validasi tinggi.

I. Analisa Data

Analisa 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 Lokasi Studi Kasus

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Ende merupakan RS tipe C milik pemerintah daerah Kabupaten Ende beralamat di Jalan Prof Dr. W.Z Yohanes, Kel.Paupire, Kec. Ende Tengah, Kab Ende, Nusa Tenggara Timur.

Studi kasus ini dilaksanakan pada tanggal 28 juli sampai dengan 30 Juli 2023 di Ruangan Nifas III Rumah Sakit Umum Daerah Ende. Tempat penelitian di Ruangan Nifas III RSUD Ende memiliki 8 ruangan yang terdiri dari 1 kantor, 1 ruangan ganti perawat, 1 ruangan tindakan, 2 ruangan perawat, 1 ruangan spulhook, administrasi dan 1 toilet.

2. Pengkajian

Pada tanggal 28 Juli 2023

a. Identitas Klien

Klien berinisial Ny.A.A.G umur 27 tahun dengan G2 P1 A1, klien beragama Katolik bertempat tinggal di Boawae Pendidikan terakhir D3 pekerjaan klien sebagai Ibu Rumah Tangga klien Partus pada tanggal 27 Juli 2023 dengan jenis Partus normal klien merupakan rujukan dari Puskesmas Boawae dengan perdarahan postpartum penanggung jawab klien suaminya berinisial Tn.M.B.B

umur 27 tahun beragama Katolik Pendidikan terakhir D3 pekerjaan sebagai Petani.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Klien partus hari kedua mengeluh pusing, lemah dan nyeri pada jalan lahir di bekas luka jahitan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien dirujukan dari Puskesmas Boawae pada tanggal 27 Juli 2023 jam 13.50 Wita dengan pendarahan pada saat partus, kemudian masuk di ruangan Nifas pada jam 16.25 wita klien tampak pucat, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelum hamil pernah mengalami sesak napas dan keluarga mengantarnya ke Puskesmas Boawae untuk berobat.

c. Riwayat Obstetri

klien mengatakan anak pertama di usia kehamilan 2 minggu mengalami abortus karena kaget dengar suara ledakan di kebun, anak kedua partus pada tanggal 27 Juli 2023 jam 11.15 di Puskesmas Boawae dengan usia kehamilan 9 bulan 40 minggu dan ditolong oleh bidan berjenis kelamin laki-laki dengan berat badan lahir 3.100 gr lahir dengan sehat.

d. Riwayat Kehamilan

1) Gangguan pada hamil muda

Klien mengatakan pada awal kehamilan sering mengalami mual muntah.

2) Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan selama kehamilan melakukan pemeriksaan 9 kali di Puskesmas Boawae, trimester I Hb 10 gr/dl dan trimester, trimester II dan III 12 gr/dl, selama hamil tidak mendapat obat sofero, hanya mendapat obat vit c dan asam folat

3) Obat yang diberikan

Klien mengatakan selama hamil mengkonsumsi asam folat 1 tablet dalam sehari dan vit C 3 kali dalam sehari.

4) Nutrisi selama hamil

Klien mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, telur, tahu, sesekali mengkonsumsi daging, minum air putih sehari 1.200 cc, Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu kedelai

e. Riwayat persalinan

Klien mengatakan bahwa sekarang ini merupakan persalinan pertama, jenis persalinan normal di bantu oleh bidan. Hb post partum 6 gr%

f. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat Kontrasepsi

g. Data psikologis

- 1) Respon ibu ketika bayi menangis : klien mengatakan disaat bayinya menangis ibu langsung menggendong bayinya.
- 2) Konsep diri
 - a) Kepuasan ibu terhadap kelahiran : klien mengatakan merasa senang dan puas karena bayi yang dilahirkan merupakan anak pertama dan dilahirkan secara normal.
 - b) Penerimaan diri ibu : klien mengatakan menerima dirinya sebagai ibu
- 3) Pengalaman melahirkan : klien mengatakan kelahirannya merupakan kelahiran pertama dan pengalaman pertama klien merasakan sakit, capek dan lelah.
- 4) Kecemasan : klien mengatakan jika bayinya sakit langsung membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat
- 5) Depresi : klien tidak tampak menangis, diam dan menarik diri
- 6) Konflik peran : klien mengatakan menerima perannya sebagai ibu dan sebagai seorang istri
- 7) Dukungan sosial (suami dan keluarga) : klien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga dan suami
- 8) Adaptasi psikologi ibu postpartum : klien mengatakan mendapat dukungan dan perhatian keluarga, klien belum

terlalu mampu mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya.

h. Pemenuhan kebutuhan dasar

1) Nutrisi

a) Selama hamil : klien mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, telur, tahu, sesekali mengkonsumsi daging minum air putih sehari 1.200 cc. Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu kedelai.

b) Setelah melahirkan : klien mengatakan makan 3x sehari makan 1 porsi dihabiskan, dengan jenis makanan nasi, sayur, tahu, telur, tempe, ikan dan minum 1.600 cc dalam sehari, klien mengatakan tidak ada makanan yang di pantang.

2) Eliminasi

a) BAB

(1) Selama hamil : klien mengatakan 1x sehari, warna kuning, bau khas feses dan konsistensi padat

(2) Setelah melahirkan : klien mengatakan 1 x sehari, warna kuning, bau khas feses dan konsistensi padat

b) BAK

(1) Selama hamil : klien mengatakan BAK 5-6 kali sehari

(2) Setelah melahirkan : klien mengatakan 3 kali sehari

3) Oksigenasi : pernapasan spontan dan tidak menggunakan alat bantu napas

4) Aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan selama hamil dapat melakukan aktivitas seperti mencuci, memasak dan lain-lain. Setelah melahirkan klien mengatakan lebih banyak istirahat dan jalan-jalan di sekitar rumah dan merawat bayinya

5) Pola tidur

a) Selama hamil : klien mengatakan tidur siang 1-2 jam/hari, tidur malam 7-8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur tidak ada, kadang terbangun pada malam hari untuk BAK dan setelah bangun susah untuk tidur kembali

b) Setelah melahirkan : klien mengatakan susah tidur karena rasa nyeri pada jalan lahir, dan rasa tidak nyaman sekitar rumah sakit karena bising

i. pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum : kesadaran composmentis

TTV : TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%

2. Muka : bentuk simetris, tampak pucat, bibir tampak pucat

3. Mata : konjungtiva anemis, sclera warna putih

4. Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid

5. Dada/mammae

- a) Inspeksi : bentuk simetris antara kiri dan kanan, tampak bersih, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrom/ASI sudah keluar warna putih kekuningan frekuensi sedikit
 - b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan
6. Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, tidak ada bekas luka operasi.
7. Genetalia :
- a) Perineum : keadaan luka basah, 9 kali jahitan.
 - b) Vagina : lokhea rubra
8. Ekstermitas
- a) Atas : kedua tangan kanan dan kiri tidak terdapat udema, tidak luka dan terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan.
 - b) Bawah : kedua kaki kiri dan kanan terdapat udema dan tidak ada varices.
- j. Pemeriksaan penunjang
- 1) Pemeriksaan laboratorium
 - a) Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 27 juli 2023 Hb : 6 gram/dl
 - b) Pemeriksaan Rapid Test Antigen Sars –Cov-2 Negatif
 - 2) Pemeriksaan penunjang lain :

Tabel 4. IV-1
Hasil Pemeriksaan Darah Rutin pada tanggal 27 juli 2023

Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai rujuk
WBC	19.28+	(3.60-11.00)
LYMPH#	2.67	(1.00-3.70)
MONO#	1.71+	(0.00-0.70)
EO#	0.01	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	(0.00-0.10)
NEUT#	14.88+	(1.50-7.00)
LYMPH%	13.8-	(25.0-40.0)
MONO%	8.9+	(2.0-8.0)
EO%	0.1-	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	(0.0-1.0)
NEUT%	77.1+	(50.0-70.0)
IG#	0.08	(0.00-7.00)
IG%	0.4	(0.0-72.0)
RBC	2.29-	(3.80-5.20)
HGB	6.0-	(11.7-15.5)
HCT	20.7-	(35.0-47.0)
MCV	90.4	(80.0-100.0)
MCH	30.6	(26.0-34.0)
MCHC	33.8	(32.0-36.0)
RDW-SD	41.9	(37.0-54.0)
RDW-CV	12.8	(11.5-14.5)
PLT	271	(150-440)
MPV	9.3	(9.0-13.0)
PCT	0.25	(0.17-0.35)
PDW	9.5	(9.0-17.0)
P-LCR	18.2	(13.0-43.0)

k. Obat/Therapy

Tabel 4.IV-2
Therapy Pengobatan

Nama obat	Dosis	Indikasi
Mefenamic Acid	3 x 1 mg	Sebagai terapi pengobatan dalam jangka pendek untuk mengobati nyeri ringan hingga sedang
Amoxicillin	3 x 1 mg	Mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri
Sofero	1 x 1 mg	Suplemen vitamin dan mineral yang dibutuhkan untuk mencegah dan pengobatan anemia

l. Tabulasi Data

Postpartum pada tanggal 27 Juli jam 11.15 wita Klien mengatakan pusing, lemah, nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan, setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan, tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, terpasang transfusi 2 bag, Hb : 6 gram/dl, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

m. Klasifikasi Data

Ds : klien mengatakan pusing, lemah, nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan dan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan

Do : Postpartum pada tanggal 27 Juli 2023 jam 11.15 wita klien tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, terpasang transfusi 2 bag, Hb : 6 gram/dl, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%, WBC 19.28+ (3.60-11.00), HCT 20.7- (35.0-47.0)

n. Analisa Data

Tabel 4.IV-3
Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds: klien mengatakan pusing dan lemah Do : klien tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, Hb: 6 gram/dl, HCT 20.7- terpasang infus, terpasang transfusi 2 bag, RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%, HCT 20.7- (35.0-47.0).	Penurunan komponen seluler (Hb)	Perubahan perfusi jaringan

Ds: klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.	Hambatan lingkungan (kebisingan)	Gangguan pola tidur
Ds: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%, WBC 19.28+ (3.60-11.0)	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)	Risiko infeksi

o. Prioritas masalah

- 1) Perubahan perfusi jaringan
- 2) Gangguan pola tidur
- 3) Risiko infeksi

3. Diagnosa keperawatan

- a. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb) yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan pusing dan lemah

Do : Postpartum pada tanggal 27 Juli 2023 jam 11.15 wita klien tampak pucat, bibir tampak pucat, pembengkakan di kaki konjungtiva anemis, Hb:6 gram/dl, HCT terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%, HCT 20.7- (35.0-47.0).

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

- c. Risiko infeksi factor risiko Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) dibuktikan dengan :

Ds : klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N:90x/menit, RR: 20x/menit, S:37°C, SPO2: 98%.

4. Intervensi keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb) yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan pusing dan lemah

Do : klien tampak pucat, bibir tampak pucat, pembengkakan di

kaki konjungtiva anemis, Hb:6 gram/dl, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

- Tujuan setelah Tindakan keperawatan diharapkan perubahan perfusi jaringan dapat teratasi dengan kriteria hasil : pusing menurun, lemah menurun, konjungtiva tidak anemis, Hb (11.7-15.5) dalam batas normal. Intervensi : 1. Observasi tanda-tanda vital. Rasional : untuk mengetahui keadaan umum klien. 2. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). R : untuk mempercepat proses produksi sel darah merah. 3. Anjurkan klien untuk konsumsi obat secara teratur. Rasional : agar dapat mempercepat proses penyembuhan. 4. Anjurkan porsi makanan dan minuman (seperti nasi 6 porsi, protein 4 porsi, sayur-sayuran 4 porsi, buah-buahan 4 porsi) R: Memenuhi kebutuhan energi dan protein yang meningkat. 5. Penatalaksanaan terapi pemberian obat sofero 1 x 1 mg. R : untuk mempercepat produksi sel darah merah.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) yang ditandai dengan :
- Ds : klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan
- Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S:

37°C, SPO2: 98%, WBC 19.28+ (3.60-11.0).

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : keluhan sulit tidur menurun. Intervensi :1. identifikasi factor pengganggu tidur (fisik/psikologis). R: untuk mengetahui kemungkinan adanya penyebab dan frekuensi gangguan tidur yang disebabkan beberapa factor-faktor tersebut. 2. Modifikasi lingkungan R: agar dapat menurunkan gangguan pola tidur. 3. Batasi waktu tidur siang, jika perlu. R: agar tidak terganggu tidur pada malam hari. 4. Batasi pengunjung. R: agar tidak terganggu jam istirahat klien

3. Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) dibuktikan dengan :

Ds : klien mengatakan nyeri pada jalan lahir di bekas luka jahitan

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan risiko infeksi menurun dengan kriteria hasil nyeri bekas jahitan berkurang, luka perineum mengering dan nyeri pada jalan lahir berkurang. Intervensi : 1. Monitor tanda dan gejala infeksi. R: untuk mengetahui terjadinya infeksi atau tidak. 2. Cuci tangan

sebelum dan sesudah kontak dengan klien. R: agar dapat mencegah risiko infeksi. 3. Ajar dan anjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis (tarik napas dalam). R: teknik ini dapat menurunkan ketegangan otot yang menunjang rasa nyeri. 4. Rawat vulva hygiene. R: dapat mencegah infeksi di daerah vulva, perineum, membantu penyembuhan luka dan menjaga kebersihan perineum dan vulva. 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi. R: agar dapat mempercepat proses penyembuhan luka infeksi.

5. Implementasi keperawatan

Implementasi dilakukan pada NY.A.A.G dilakukan selama 3 hari mulai dari tanggal 28-30 juli 2023. Implementasi dilakukan sesuai dengan masing-masing diagnose keperawatan :

a. Implementasi hari pertama pada tanggal 28 juli 2023

- 1) Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb). Jam 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, RR:20x/menit, S:37°C, SPO2:98%. Jam 07.33 melayani obat sofero 1 mg. Jam 07.35 menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). Jam 12.00 melayani makan dengan hasil klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan, 12.05 jam 12.05 menganjurkan makanan dan minuman seperti nasi 6 porsi, protein 4 porsi (ikan, telur, ayam), tahu tempe, sayur-sayuran, dan b

2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Jam 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%. Jam 07.33 mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan hasil klien mengatakan merasa terganggu susah tidur karena terasa nyeri di bekas jahitan dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena terlalu ribut. Jam 07.35 memodifikasi lingkungan yakni dengan meminta keluarga dan di sekitar rumah sakit menjaga ketenangan klien pada saat jam istirahat. Jam 07.37 membatasi waktu tidur siang klien dengan hasil menganjurkan klien agar mengurangi waktu tidur siang. Jam 07.40 membatasi pengunjung yakni dengan meminta keluarga cukup 1 orang yang menjaga klien dalam ruangan dan meminta tidak boleh memberi ijin pengunjung masuk pada saat jam istirahat klien. Jam 13.00 melayani makan klien dengan hasil klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan.

3) Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin). Jam 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit. Jam 07.33 memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien mengatakan nyeri di luka bekas jahitan. 07.35 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Jam 07.37 mengajarkan klien untuk melakukan

teknik non farmakologis dengan klien mengatakan pada saat terasa nyeri melakukan teknik napas dalam. Jam 07.40 merawat vulva hygiene klien dengan hasil luka perineum masih basah. 07.43 menganjurkan klien untuk mengkonsumsi telur dengan hasil klien mengatakan mengkonsumsi 1 butir telur dalam sehari. Jam 08.00 melayani obat mefenamic Acid 1 mg dan obat Amoxicillin 1 mg. Jam 12.30 melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan. Jam 13.00 melayani obat mefenamic Acid 1 mg

b. Implementasi hari kedua pada tanggal 29 juli 2023

- 1) Perubahan perfusi jaringan perhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb). Jam 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, N:80x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit. Jam 07.33 melayani obat Sofero 1 mg. Jam 07.35 menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). 11.00 mengobservasi pemberian transfuse darah dengan hasil tidak ada reaksi alergi. Jam 12.00 melayani makan dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan,. jam 12.05 menganjurkan diet TKTP dan menganjurkan jumlah makan dalam porsi banyak seperti sayuran hijau, buah-buahan, telur, susu,daging, tahu tempe dan kacang-kacangan.

- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Jam 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, N:80x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit. Jam 07.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil klien mengatakan klien mengatakan susah tidur karena terasa nyeri pada bekas jahitan. Jam 07.33 memodifikasi lingkungan dengan hasil keluarga di sekitar rumah sakit sudah mulai menjaga ketenangan klien. 07.37 membatasi waktu tidur siang klien. Jam 07.40 membatasi pengunjung pada saat jam istirahat klien. Jam 12.00 melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan. Jam 13.30 mengontrol klien sedang tidur.
- 3) Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin). Jam 07.30 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, N:80x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit. Jam 07.33 memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien mengatakan nyeri di luka bekas jahitan. 07.35 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Jam 07.37 menganjurkan klien untuk melakukan teknik non farmakologis dengan klien mengatakan pada saat terasa nyeri melakukan teknik napas dalam. Jam 07.40 merawat vulva hygiene klien dengan hasil luka perineum sudah mulai kering. 07. 43 menganjurkan klien untuk mengkonsumsi telur

dengan hasil klien mengatakan mengkonsumsi 1 butir telur dalam sehari. Jam 08.00 melayani obat mefanamic Acid 1 mg dan obat Amoxicillin 1 mg. Jam 12.00 melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan. Jam 13.00 melayani obat mefenamic Acid 1 mg.

c. Implementasi hari ketiga pada tanggal 30 juli 2023

- 1) Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen saluler (Hb). Jam 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit. Jam 07.30 melayani makan dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan, jam 07.33 melayani obat sofero 1 mg, 07.35 menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam). Jam 07.40 menganjurkan klien mengkonsumsi obat secara teratur. Jam 12.22 melakukan Av infus klien di pulangkan. Jam 13.30 klien pulang.
- 2) Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan). Jam 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit. Jam 07.30 mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil klien sudah mulai tidur dengan tenang karena rasa nyeri sudah berkurang. Jam 07.33 menganjurkan Ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup dirumah. Jam 07.37 menganjurkan ibu untuk membatasi waktu istirahat siang dirumah. 07.39

menganjurkan keluarga klien agar di rumah tetap menjaga ketenangan dan tidak keributan agar klien dapat istirahat dengan baik.

- 3) Risiko infeksi faktor risiko ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin). Jam 07.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit. Jam 07.30 melayani obat mefenamic Acid 1 mg dan obat amoxicillin 1 mg. 07.33 memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien mengatakan nyeri sudah berkurang dan luka perineum sudah mulai kering. Jam 07.37 menganjurkan klien melakukan tarik napas dalam apabila masih terasa nyeri. 07.40 menganjurkan klien di rumah agar tetap mengkonsumsi telur. 07.42 menganjurkan klien mengkonsumsi obat secara teratur. Jam 12.22 melakukan Av infus klien di pulangkan. Jam 13.30 klien pulang.

6. **Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi hari pertama pada tanggal 28 juli 2023. Diagnosa 1. Perubahan perfusi jaringan. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan pusing dan lemah. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, Hb:6 gram/dl, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, A: masalah perubahan perfusi jaringan belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2 gangguan pola tidur. Evaluasi yang dilakukan : S: klien mengatakan setelah melahirkan susah

tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan. O: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:100/70 mmHg, S:37°C, N:80×/menit, RR:19×/menit, SPO2: 98%. A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. Diagnosa 3 Risiko Infeksi. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan. O: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD:100/70 mmHg, S:37°C, N:80×/menit, RR:19×/menit, SPO2: 98%. A: Risiko infeksi belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari kedua pada tanggal 29 juli 2023. Diagnosa 1 perubahan perfusi jaringan. Evaluasi yang dilakukan : S: klien mengatakan pusing dan lemah. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang darah bag 2 20 tpm, terpasang infus RL 20 tpm tangan kana, TD:120/80 mmHg, N: 80×/menit, RR: 19×/menit, SPO2:98%, S:36,9°C. A: masalah perubahan perfusi jaringan belum teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Diagnosa 2 gangguan pola tidur. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan sudah mulai tidur dengan tenang karena rasa nyeri sudah berkurang. O: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:120/80 mmHg, N: 80×/menit, RR: 19×/menit, teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Diagnosa 3 Risiko infeksi. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan nyeri pada jalan ahir dibekas luka jahitan

sudah berkurang. O: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum sudah mulai mengering, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:120/80 mmHg, N: 80x/menit, RR: 19x/menit, SPO2:98%, S:36,9°C. A: Risiko infeksi sebagian teratasi. P: intervensi dilanjutkan. Evaluasi hari ketiga pada tanggal 30 juli 2023. Diagnosa 1 perubahan perfusi jaringan. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan pusing dan lemah berkurang. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Hb 10 gr/dl terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99% A: masalah perubahan perfusi jaringan sebagian teratasi. P: intervensi dihentikan. Klien pulang. Diagnosa 2 gangguan pola tidur. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan tidur mulai tenang karena nyeri sudah berkurang dan tidak ada keributan. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD: 110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%. masalah gangguan pola tidur teratasi. P: intervensi dihentikan. Klien pulang. Diagnosa 3 Risiko infeksi. Evaluasi yang dilakukan: S: klien mengatakan nyeri berkurang. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, luka jahitan mulai kering, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%. A: risiko infeksi tidak terjadi. P: Intervensi dihentikan. Klien pulang. Intervensi dihentikan. Klien pulang.

A. Catatan Perkembangan

Nama : NY.A.A.G

Hari/tanggal : Minggu, 30 Juli 2023

Tabel 4.4
Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	Dx	Jam	Catatan perkembangan
Minggu, 30 juli 2023	1	07.00	S: klien mengatakan pusing dan lemah berkurang O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Hb 10 gr/dl terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99% A: masalah perubahan perfusi jaringan sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan I:
		07.15	Melayani sofero 1 mg
		07.17	Menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam).
		12.20	menganjurkan klien mengkonsumsi obat secara teratur.
		13.30	melakukan Av infus klien di pulangkan. klien pulang. E: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Hb 10 gr/dl, TD:120/80 mmHg, S:36°C, RR:20x/menis, SPO2:99%, N:80x/menit
Minggu, 30 juli 2023	2	07.00	S: klien mengatakan tidur mulai tenang karena nyeri sudah berkurang dan tidak ada keributan O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD: 110/80 mmHg, N:88x/menit,RR:19x/menit, SPO2:99% A: masalah gangguan pola tidur sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan I:
		07.15	mengidentifikasi faktor pengganggu tidur

	07.17	menganjurkan Ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup dirumah.
	07.20	menganjurkan keluarga klien di rumah tetap menjaga ketenangan dan tidak keributan agar klien dapat istirahat dengan tenang
	13.30	melakukan Av infus klien di pulangkan. Klien pulang. E: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit,RR:19x/menit, SPO2:99%
Minggu, 30 juli 3 2023	07.00	S: klien mengatakan nyeri berkurang. O: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, luka jahitan mulai kering, TD:110/80mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%. A: Risiko infeksi sebagian teratasi P: Intervensi dilanjutkan I: Melayani obat mefenamic Acid 1 mg Melayani obat amoxillin 1 mg
	07.17	menganjurkan klien melakukan tarik napas dalam apa bila masih terasa nyeri.
	07.20	menganjurkan klien di rumah agar tetap mengkonsumsi telur.
	13.30	melakukan Av infus klien di pulangkan. Klien pulang. E: keadaan umum baik, kesadaran composmentis, bekas luka jahitan mulai kering, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%.

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan penjelasan rinci hasil studi kasus sesuai dengan tujuan studi kasus dikaitkan dengan konsep teori dan hasil studi kasus sebelumnya. Pada pengkajian secara teoritis menurut Biges, (2018). Didapatkan tanda dan gejala pada Ibu Nifas dengan Anemia. Data yang ada pada teori terdapat 5 masalah keperawatan yakni, pusing, lemas, Lelah, letih, lesu, sesak napas, mata berkunang, kunang, perdarahan hebat, peningkatan suhu tubuh karena kelelahan, konjungtiva anemis, mukosa bibir kering dan pucat, warna kulit pucat, penurunan konsentrasi, CRT > 3 detik, kadar Hb kurang dari 11 gr/dl dengan masalah perubahan perfusi jaringan. Rasa lemah, lelah, pusing, mata berkunang-kunang, sakit kepala, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, aktivitas di bantu, pembengkakan di kaki, tampak lemah, aktivitas berkurang dengan masalah inefektif aktivitas. Pusing, lemah, mual muntah, nafsu makan menurun, tampak pucat, mukosa bibir kering dan pucat, penurunan nutrisi/makanan dengan masalah deficit nutrisi. Keluar lokhea pada jalan lahir, adanya pengeluaran lokhea pada jalan lahir dengan masalah risiko infeksi. Payudara terasa kencang, mammae membesar, payudara bengkak, kencang dan puting susu menonjol/tidak, ASI tidak menetes, aerola mammae berwarna kecoklatan dengan masalah risiko menyusui tidak efektif. Sedangkan data pada kasus terdapat 3 masalah keperawatan yakni Ds: klien mengatakan pusing dan lemah. Do: klien tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, Hb:6 gr/dl, HCT 20.7- terpasang infus RL 20

tpm, terpasang transfuse 2 bag, TD:120/70 mmHg, RR:20 x/menit, SPO2:98%, S:37, N:90x/menit dengan masalah perubahan perfusi jaringan. Ds: klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan. Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm, TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, S:37, SPO2:98% dengan masalah gangguan pola tidur. Ds: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir di bekas luka jahitan. Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm. TD:120/70 mmHg. N:90x/menit, SPO2:98%, RR:20x/menit, S: 37, WBC 19.28+ (3.60-11.0). Data yang tidak ada di teori tetapi ada di kasus ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan dengan masalah gangguan pola tidur.

Berdasarkan pengkajian ditemukan kesenjangan diagnose keperawatan yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan yang ditandai dengan Ds: ibu mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan. Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tmp, TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, RR:20x/menit, SPO2:98.

Intervensi keperawatan yang ada pada teori semuanya di rencanakan pada kasus Ny.A.A.G dan dijalankan dengan baik.

Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan perencanaan yang telah direncanakan. Pelaksanaan pada Ny.A.A.G dapat dijalankan dengan

baik karena di dukung oleh sarana dan partisipasi keluarga dan petugas Kesehatan. Dan dengan demikian semua intervensi yang di rencanakan dapat dilaksanakan dengan baik.

Evaluasi keperawatan merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah perubahan perfusi jaringan sebagian teratasi, gangguan pola tidur sebagian teratasi dan risiko infeksi tidak terjadi.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil studi kasus gambaran asuhan keperawatan Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas III RSUD Ende pada tanggal 28-30 Juli 2023 (3 hari) maka dapat disimpulkan sebagai berikut : NY.A.A.G dengan umur 27 tahun dengan anemia.

Pengkajian pada kasus ditemukan data yang ada di teori tetapi tidak ada di kasus yaitu : mata berkunang-kunang, lelah, letih, sesak napas, dan sakit kepala, merasa tidak setelah aktivitas. Aktivitas dibantu, sesak napas, aktivitas berkurang ditetapkan dengan masalah inefektif aktivitas. Lemah, mual muntah, nafsu makan menurun. mukosa bibir kering, penurunan masukan nutrisi atau makanan dengan masalah defisit nutrisi. payudara terasa kencang. mammae membesar, payudara bengkak, kencang dan puting susu menonjol atau tidak, aerola mammae berwarna kecoklatan dengan masalah risiko menyusui tidak efektif.

Diagnosa keperawatan yang tidak ditemukan pada kasus namun ada pada teori yaitu : diagnosa inefektif aktivitas, defisit nutrisi dan risiko menyusui tidak efektif. Diagnosa yang ada di kasus nyata dan yang ada pada teori adalah perubahan perfusi jaringan dan risiko infeksi. Sedangkan ada penambahan 1 diagnosa pada kasus nyata yaitu gangguan pola tidur. Intervensi keperawatan pada klien ibu nifas dengan anemia mengacu pada teori dan dimodifikasi sesuai dengan keadaan klien dan memudahkan

dalam pelaksanaannya. Evaluasi pada kasus NY.A.A.G Setelah dilaksanakan tindakan keperawatan selama 3 (tiga) hari masalah perubahan perfusi jaringan sebagian teratasi, gangguan pola tidur sebagian teratasi dan risiko infeksi tidak terjadi.

B. Saran

1. Bagi perawat

Diharapkan hasil dari studi kasus ini dapat digunakan informasi tentang kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada ibu nifas dengan anemia

2. Bagi rumah sakit

Diharapkan dari hasil studi kasus ini rumah sakit dapat mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan

3. Bagi institusi pendidikan

Agar informasi dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan tambahan untuk memperkaya pengetahuan dan meningkatkan kualitas Pendidikan

4. Bagi ibu

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

DAFTAR PUSTAKA

- Amiruddin , A., & Delima, A. (2022). Hubungan Anemia dalam kehamilan. *UMI Medical Journal*.
- Biges , M. (2018). Gambaran Pengetahuan Ibu Nifas Anemia Postpartum. *Jurnal Kesehatan Bina Generasi*.
- E. Arnoldia. (2019). Pathway Ibu Nifas dengan Anemia
- Erlyn , W., & Yasin, Z. (2021). Anemia Berhubungan Dengan Perdarahan Postpartum. *Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Faizah, A., Wasilah, H., & Rahmatila, N. (2020). *Keperawatan Medical Bedah*.
- Gandaria Purba, A., & Syara , A. (2022). Perbandingan Kadar Hemoglobin. *Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi*.
- Gambaran Pengetahuan Ibu Nifas Postpartum. (2018). *Jurnal Kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). Data dan Informasi Kesehatan Indonesia
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2014). *Asuhan Kebidanan Ibu Nifas*.
- Pratami, E. (2016). *Evidence based dalam kebidanan*. Jakarta: EGC
- Proverawati, 2011. *Anemia dan anemia kehamilan*. yogyakarta. *Nuha media*
- Pratiwi, L., Liswanti, Y., & Nawangsari, H. (2022). *Anemia Pada Ibu Hamil*.
- Ratnasari , F., & Purwanti, D. (2022). Penyebab Perdarahan Ibu Postpartum. *Nusantara Hasana Journal*.
- Saragih, K., & Jambormias, J. (2022). Peningkatan Kadar Hemoglobin Ibu Postpartum Dengan Anemia. *Jurnal Kebidanan*.
- Sari, V., & Tonasih. (2019). *Asuhan Kebidana Masa Nifas*.
- Trisnawanti, I., & Antini, A. (2021). Perbedaan Kadar Hemoglobi. *Jurnal Penelitian Suara Forikes*.
- TIM Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- TIM Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI.
- Wabyuni, S., & Fitriani , L. (2021). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas*.

Wahyuningsih, S. (2019). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Postpartum*. Yogyakarta: Cv Budi Utama..

Yuliani, E. (2020). Anemia Postpartum Pada Masa Nifas. *Jurnal Kebidanan*.

INFORMED CONSENT
PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai studi kasus yang dilakukan oleh Maria Selviana Ngaro dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ibu Nifas dengan Anemia di Ruang Nifas 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, 28 juni 2023

Saksi Persetujuan



Anjelina Mako

Ende, 28 Juni 2023
Yang Memberi



Anastasia A.A. Gowa

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN STUDI KASUS

1. Kami adalah mahasiswa dari Poltekkes Kemenkkes 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, perumusan diagnose, penetapan rencana intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan) yang akan berlangsung kurang lebih 20-30 menit setiap kali pertemuan. Cara ini 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: 082145001031



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

FORMAT PENGKAJIAN PADA IBU NIFAS

1. Pengkajian

Hari/tanggal : Jumat, 28 Juli 2023

Oleh : Maria Selviana Ngaro

a. Identitas

	Pasien	Penanggung Jawab
Nama	Ny.A.A.G	Tn. M.B.B
Umur	27 Tahun	27 Tahun
Agama	Katolik	Katolik
Pendidikan	D3	D3
Pekerjaan	IRT	Petani
Alamat	Boawae	Boawae
Tanggal Partus	27 Juli 2023	
Jenis Partus	Normal	

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Klien mengatakan pusing, lemah dan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan

2) Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien dirujuk dari puskesmas Boawae pada tanggal 27 Juli 2023 jam 13.50 dengan pendarahan pada saat partus, kemudian masuk di ruangan Nifas pada jam 16.25 wita dengan keluhan pusing, lemah, nyeri pada jalan lahir, klien tampak pucat, terpasang infus RL 20 tpm di tangan kanan.

3) Riwayat Kesehatan Dahulu

Klien mengatakan sebelum hamil pernah mengalami sesak napas dan keluarga mengantarnya ke puskesmas Boawae untuk berobat.

c. Riwayat Obstetri G? P? A?

G: 2 P: 1 A:1

d. Riwayat Kehamilan

1) Gangguan pada hamil muda

Klien mengatakan pada awal kehamilan sering mengalami mual muntah.

2) Tempat memeriksa kehamilan

Klien mengatakan selama kehamilan melakukan pemeriksaan di Puskesmas Boawae.

3) Obat yang diberikan

Klien mengatakan selama hamil mengkonsumsi asam folat 1 tablet dalam sehari dan vit C 3 kali dalam sehari

4) Nutrisi selama hamil

Klien mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, telur, tahu, sesekali mengkonsumsi daging, minum air putih sehari 1.200 cc Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu kedelai

e. Riwayat persalinan

Klien mengatakan bahwa sekarang ini merupakan persalinan pertama, jenis persalinan normal di bantu oleh bidan. Hb post partum 6 gr%.

f. Riwayat kontrasepsi

Ibu mengatakan belum pernah menggunakan alat Kontrasepsi

g. Data psikologis

1) Respon ibu ketika bayi menangis : klien mengatakan disaat bayinya menangis ibu langsung menggendong bayinya

2) Konsep diri

a) Kepuasan ibu terhadap kelahiran : klien mengatakan merasa senang dan puas karena bayi yang dilahirkan merupakan anak pertama dan dilahirkan secara normal

b) Penerimaan diri ibu : klien mengatakan menerima dirinya sebagai ibu

- c) Pengalaman melahirkan : klien mengatakan kelahirannya merupakan kelahiran pertama dan pengalaman pertama klien merasakan sakit, capek dan lelah.
 - d) Kecemasan : klien mengatakan jika bayinya sakit langsung membawa bayinya ke fasilitas kesehatan terdekat
 - e) Depresi : klien tidak tampak menangis, diam dan tertarik diri
 - f) Konflik peran : klien mengatakan menerima perannya sebagai ibu dan sebagai seorang istri
 - g) Dukungan sosial (suami dan keluarga) : klien mengatakan mendapat dukungan dari keluarga dan suami
- 3) Adaptasi psikologi ibu post partum : klien mengatakan mendapat dukungan dan perhatian keluarga, klien belum terlalu mampu mengambil tanggung jawab dalam merawat bayinya

h. Pemenuhan kebutuhan dasar

1) Nutrisi

- a) Selama hamil : klien mengatakan selama hamil makan 3x sehari dengan jenis makanan nasi, sayur, ikan, telur, tahu, sesekali mengkonsumsi daging minum air putih sehari 1.200 cc. Selain itu, klien juga mengkonsumsi susu kedelai.

b) Setelah melahirkan : klien mengatakan makan 3x sehari makan 1 porsi dihabiskan, dengan jenis makanan nasi, sayur, tahu, telur, tempe, ikan dan minum 1.600 cc dalam sehari

2) Eliminasi

a) BAB

(1) Selama hamil : klien mengatakan 1x sehari, warna kuning, bau khas feses dan konsistensi padat

(2) Setelah melahirkan : klien mengatakan 1 x sehari, warna kuning, bau khas feses dan konsistensi padat

b) BAK

(1) Selama hamil : klien mengatakan BAK 5-6 kali sehari

(2) Setelah melahirkan : klien mengatakan 3 kali sehari

3) Oksigenasi : pernapasan spontan dan tidak menggunakan alat bantu napas

4) Aktivitas dan istirahat

Klien mengatakan selama hamil dapat melakukan aktivitas seperti mencuci, memasak dan lain-lain. Setelah melahirkan klien mengatakan lebih banyak istirahat dan jalan-jalan di sekitar rumah dan merawat bayinya

5) Pola tidur

a) Selama hamil : klien mengatakan tidur siang 1-2 jam/hari, tidur malam 7-8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur tidak

ada, kadang terbangun pada malam hari untuk BAK dan setelah bangun susah untuk tidur Kembali

b) setelah melahirkan : klien mengatakan susah tidur karena rasa nyeri pada jalan lahir, dan rasa tidak nyaman dilingkungan sekitar rumah sakit karena kebisingan

f. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum : kesadaran composmentis

TTV : TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

2) Muka : bentuk simetris, tampak pucat, bibir tampak pucat

3) Mata : konjungtiva anemis, sclera warna putih

4) Leher : tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid

5) Dada/mammae

a) Inspeksi : bentuk simetris antara kiri dan kanan, tampak bersih, areola hiperpigmentasi, puting susu menonjol, kolostrom/ASI sudah keluar warna putih kekuningan frekuensi sedikit

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6) Abdomen : kontraksi uterus baik, TFU 2 jari dibawah pusat, tidak ada bekas luka operasi

7) Genetalia

a) Perineum : keadaan luka basah, 9 kali jahitan

b) Vagina : nyeri bekas jahitan dan lokhea rubra

8) Ekstermitas

- a) Atas : kedua tangan kanan dan kiri tidak terdapat udema, tidak luka dan terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan.
- b) Bawah : kedua kaki kiri dan kanan terdapat udema dan tidak ada varices

g. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

- a) Pemeriksaan dilakukan pada tanggal 27 juli 2023 Hb : 6 gram/dl
- b) Pemeriksaan Rapid Test Antigen Sars –Cov-2 Negatif

2) Pemeriksaan penunjang lain :

Tabel 4.1

Hasil Pemeriksaan Darah Rutin pada tanggal 27 juli 2023

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
WBC	19.28+	(3.60-11.00)
LYMPH#	2.67	(1.00-3.70)
MONO#	1.71+	(0.00-0.70)
EO#	0.01	(0.00-0.40)
BASO#	0.01	(0.00-0.10)
NEUT#	14.88+	(1.50-7.00)
LYMPH%	13.8-	(25.0-40.0)
MONO%	8.9+	(2.0-8.0)
EO%	0.1-	(2.0-4.0)
BASO%	0.1	(0.0-1.0)
NEUT%	77.1+	(50.0-70.0)

IG#	0.08	(0.00-7.00)
IG%	0.4	(0.0-72.0)
RBC	2.29-	(3.80-5.20)
HGB	6.0-	(11.7-15.5)
HCT	20.7-	(35.0-47.0)
MCV	90.4	(80.0-100.0)
MCH	30.6	(26.0-34.0)
MCHC	33.8	(32.0-36.0)
RDW-SD	41.9	(37.0-54.0)
RDW-CV	12.8	(11.5-14.5)
PLT	271	(150-440)
MPV	9.3	(9.0-13.0)
PCT	0.25	(0.17-0.35)
PDW	9.5	(9.0-17.0)
P-LCR	18.2	(13.0-43.0)

h. Obat/Therapy

Tabel 4.2 Therapy Pengobatan

Nama Obat	Dosis	Indikasi
Mefenamic Acid	3 x 1 mg	Sebagai terapi pengobatan dalam jangka pendek untuk mengobati nyeri ringan hingga sedang
Amoxicillin	3 x 1 mg	Mengatasi penyakit akibat infeksi bakteri
Sofero	1 x 1 mg	Suplemen vitamin dan mineral yang dibutuhkan untuk mencegah dan pengobatan anemia

i. Tabulasi Data

Klien mengatakan pusing, lemah, nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan, setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan, tampak pucat, tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, Hb : 6 gram/dl, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

h. Klasifikasi Data

Ds : klien mengatakan pusing, lemah, nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan dan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan

Do : klien tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, Hb : 6 gram/dl, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%

i. Analisa Data

Tabel 4.3 Analisa Data

Sign/symptom	Etiologi	Problem
Ds:klien mengatakan pusing dan lemah Do : klien tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, Hb: 6 gram/dl, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.	Penuruna komponen seluler (Hb)	Perubahan perfusi jaringan
Ds: klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL	Hambatan lingkungan (kebisingan)	Gangguan pola tidur

20 tpm, TD: 120/70
mmHg, N:
90x/menit, RR:
20x/menit, S: 37°C,
SPO2: 98%.

Ds:	klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan	Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penuurunan hemoglobin	Risiko infeksi
-----	--	---	----------------

Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL
20 tpm, TD: 120/70
mmHg, N:
90x/menit, RR:
20x/menit,
S: 37°C, SPO2:
98%.

j. Prioritas masalah

- 1) Perubahan perfusi jaringan
- 2) Gangguan pola tidur
- 3) Risiko infeksi

2. Diagnose Keperawatan

- a. Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb) yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan pusing dan lemah

Do : klien tampak pucat, bibir tampak pucat, pembengkakan di kaki
konjungtiva anemis, Hb:6 gram/dl, terpasang infus RL 20 tpm, TD:
120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%

- b. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) yang ditandai dengan :

Ds : klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan

Do : tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm,

TD: 120/70 mmHg, N:90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

- c. Risiko infeksi factor risiko Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin) dibuktikan dengan :

Ds: klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan

Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lochea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg,N:

90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.

3. Intervensi Keperawatan

No	Diagnose	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
1	Perubahan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan komponen seluler (Hb) yang ditandai dengan Ds:klien mengatakan pusing dan lemah Do: klien tampak pucat, bibir tampak pucat, pembengkakan di kaki konjungtiva anemis,Hb:6 gram/dl,terpasang infus RL 20 tpm, TD:120/70 mmHg,N:90x/menit, RR: 20x/menit,S:37°C, SPO2: 98%.	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan perubahan perfusi perifer membaik dengan kriteria hasil : 1. Pusing menurun 2. Lemah menurun 3. Konjungtiva tidak anemis 4. Hemoglobin dalam batas normal	1. Observasi tanda-tanda vital 2. Observasi pemberian transfuse darah 3. Anjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam) 4. Anjurkan klien untuk konsumsi obat secara teratur 5. Penatalaksanaan terapi pemberian obat sofero 1 x 1 mg	1. Untuk mengetahui keadaan umum klien 2. Untuk mengetahui peningkatan jumlah sel pembawa oksigen dan memperbaiki defisiensi eritrosit 3. Untuk mempercepat proses produksi sel darah merah 4. Agar dapat mempercepat proses penyembuhan 5. Untuk mempercepat produksi sel darah merah.
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan (kebisingan) yang ditandai dengan Ds: klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena rasa nyeri dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena kebisingan Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg,N:90x/menit,	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan sulit tidur menurun	1. Identifikasi factor pengganggu tidur 2. Modifikasi lingkungan 3. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 4. Batasi pengunjung	1. untuk mengetahui kemungkinan adanya penyebab dan frekuensi gangguan tidur yang disebabkan beberapa factor-faktor tersebut 2. agar dapat menurunkan gangguan pola tidur 3. agar tidak terganggu tidur

	RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%			4. pada malam hari agar tidak terganggu jam istirahat klien
3	<p>Risiko infeksi factor risiko</p> <p>Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (penurunan hemoglobin)</p> <p>dibuktikan dengan</p> <p>Ds:klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan</p> <p>Do: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm, TD: 120/70 mmHg, N: 90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%.</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan diharapkan risiko infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nyeri berkurang 2. luka perineum mengering 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi 2. Cuci tangan sesudah dan sebelum kontak dengan klien 3. Ajar dan anjurkan klien untuk melakukan teknik 4. Rawat vulva hygiene 5. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui terjadinya infeksi atau tidak 2. agar dapat mencegah risiko infeksi 3. agar dapat menurunkan rasa nyeri 4. dapat mencegah infeksi di daerah vulva, perineum, membantu penyembuhan luka dan menjaga kebersihan perineum dan vulva 5. agar dapat mempercepat proses penyembuhan luka infeksi.

Implementasi Keperawatan

Hari/tanggal	No Dx	Jam	Implementasi	Evaluasi
Jumat, 28/07/23	1	07.30	Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, RR:20x/menit, S:37°C, SPO2:98%	Jam. 13.30 S : klien mengatakan pusing dan lemah O : keadaan umum baik, kesadaran composmentis, tampak pucat, bibir tampak pucat, konjungtiva anemis, Hb:6 gram/dl, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan A: masalah perubahan perfusi jaringan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		07.33	melayani obat sofero 1 mg	
		07.35	menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam)	
		13.00	Melayani makan dengan hasil klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan	
	2	07.30	mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, RR: 20x/menit, S: 37°C, SPO2: 98%	Jam. 13.30 S:klien mengatakan setelah melahirkan susah tidur karena ra O: tampak pucat, konjungtiva anemis, terpasang

				<p>infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:100/70 mmHg, S:37°c, N:80×/menit, RR:19×/menit, SPO2: 98%. A: masalah gangguan pola tidur belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>
		07.33	<p>mengidentifikasi factor pengganggu tidur dengan hasil klien mengatakan merasa terganggu susah tidur karena terasa nyeri di bekas jahitan dan tidak nyaman dilingkungan rumah sakit karena terlalu ribut</p>	
		07.35	<p>memodifikasi lingkungan yakni dengan meminta keluarga dan di sekitar rumah sakit menjaga ketenangan klien pada saat jam istirahat</p>	
		07.37	<p>membatasi waktu tidur siang klien dengan hasil menganjurkan klien agar mengurangi waktu tidur siang</p>	
		07.40	<p>membatasi pengunjung yakni dengan meminta keluarga cukup 1 orang yang menjaga klien dalam ruangan dan meminta tidak boleh memberi ijin pengunjung masuk pada saat jam istirahat klien.</p>	
		13.00	<p>melayani makan klien dengan hasil klien dapat menghabiskan 1 porsi makanan</p>	

	3	07.30	mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:120/70 mmHg, N:90x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit.	Jam. 13.30 S: : klien mengatakan klien mengatakan nyeri pada jalan lahir dibekas luka jahitan O: : tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum masih basah, lochea A: Risiko infeksi belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		07.33	33 memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien mengatakan nyeri di luka bekas jahitan	
		07.35	mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien. Jam	
		07.37	mengajarkan klien untuk melakukan Teknik non farmakologis dengan klien mengatakan pada saat terasa nyeri melakukan teknik napas dalam	
		07.40	merawat vulva hygiene klien dengan hasil luka perineum masih basah	
		07.43	menganjurkan klien untuk mengkonsumsi telur dengan hasil klien mengatakan mengkonsumsi 1 butir telur dalam sehari	
		08.00	melayani obat mefanamic Acid 1 mg dan obat Amoxicillin 1 mg	
		12.30	30 melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan	

		13.00	Melayani obat mefenamic Acid 1 mg	
Sabtu, 29/07/23	1	07.30	mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, N:80x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit	Jam. 13.30 S:klien mengatakan pusing dan lemah O:keadaan umum baik, kesadaran com A: masalah perubahan perfusi jaringan belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
		07.33	melayani obat Sofero 1 mg	
		07.35	menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam)	
		11.00	mengobservasi pemberian transfuse darah dengan hasil tidak ada reaksi alergi	
		12.00	melayani makan dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan.	
	2	07.00	07.00 mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:1	Jam. 13.30 S:klien mengatakan sudah mulai tidur dengan tenang karena rasa nyeri sudah berkurang O: tampak pucat, k A: masalah gangguan pola tidur Sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan
		07.30	mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasil klien mengatakan klien mengatakan susah tidur karen	

		07.33	memodifikasi lingkungan dengan hasil keluarga di sekitar rumah sakit sudah mulai menjaga ketenangan klien	
		07.37	Membatasi waktur tidur siang klien	
		07.40	membatasi pengunjung pada saat jam istirahat klien	
		13.00	melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan	
		13.00	mengontrol klien	
	3	07.30	mengobservasi vital dengan hasil TD:110/8 mmHg, N:80x/menit, S:37°C, SPO2:98%, RR:18x/menit	Jam. 13.30 S:klien mengatakan nyeri pada jalan O: tampak pucat, konjungtiva anemis, keadaan luka perineum sudah mulai kering, lokhea rubra, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD:120/80 mmHg, A: risiko infeksi sebagian teratasi P: intervensi dilanjutkan
		07.33	memonitor tanda dan gejala infeksi dengan hasil klien mengatakan nyeri di luka bekas jahitan	
		07.35	mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan klien	
		07.37	Menganjarkan klien untuk melakukan teknik non farmak	

		07.40	merawat vulva hygiene klien	
		07.43	menganjurkan klien untuk mengkonsumsi telur dengan hasil klien mengatakan mengkonsumsi 1 butir telur dalam sehar	
		08.00	melayani obat mefanamic Acid 1 mg dan obat Amoxicillin 1 mg	
		12.30	melayani makan klien dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan. Jam	
		13.00	melayani obat	
Minggu, 30/07/23	1	07.00	mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit	Jam.13.00 S:klien mengatakan pusing dan lemah berkurang O:keadaan umum baik, kesadaran composmentis, Hb 10 gr/dl terpasang infus RL 20 tpm tangankanan, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99% A: masalah perubahan perfusi jaringan Sebagian teratasi P: intervensi dihentikan. Klien pulang.
		07.30	melayani makan dengan hasil klien menghabiskan 1 porsi makanan	
		07.33	melayani	

		07.35	menganjurkan klien untuk mengkonsumsi sayuran hijau (bayam)	
		07.40	Menganjurkan klien mengkonsumsi obat secara teratur	
		12.22	melakukan Av infus	
		13.30	klien pulang	
	2	07.00	mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil TD:110/80 mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit	Jam. 13.00 S: klien mengatakan tidur m O:keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, TD: 110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%. masalah gangguan pola tidur teratasi P: intervensi dihentikan. Klien pulang
		07.30	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur dengan hasi	
		07.33	menganjurkan Ibu untuk istirahat dan tidur yang cukup dirumah	
		07.37	menganjurkan ibu untuk me	
		07.39	menganjurkan keluarga klien agar di rumah tetap menjaga ketenangan dan tidak keributan agar klien dapat istirahat dengan baik.	

		12.22	melakukan Av infus	
		13.30	melakukan Av infus	
	3	07.00	mengobservasi vital dengan hasil TD:110/80mmHg, S:36,9°C, SPO2:99%, N:88x/menit, RR:19x/menit	Jam. S: klien mengatakan nyeri berkurang O:keadaan umum baik, kesadaran composmentis, terpasang infus RL 20 tpm tangan kanan, luka jahitan mulai kering, TD:110/80 mmHg, N:88x/menit, RR:19x/menit, SPO2:99%. A: risiko infeksi tidak terjadi. P:Intervensi dihentikan. Klien pulang
		07.30	melayani obat mefenamic	
		07.33	memonitor tanda dan gejala ir	
		07.33	Menganjurkan klien melakukan terik napas dalam apabila masih	
		07.40	menganjurkan klien di rumah agar tetap mengkonsumsi telur	
		07.42	Menganjurkan klien mengkonsumsi	
		12.22	melakukan Av infus klien di pulangkan	
		13.30	klien pulang	



LEMBAR KONSUL KTI

Nama : Maria Selviana Ngaro
NIM : PO.5303202200500
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis 10/08/23	Bab IV : hasil studi kasus	1. Diskusi hasil pengkajian 2. Lengkapi pengkajian sampai evaluasi	
2.	Selasa 15/08/23	Bab IV : hasil studi kasus	1. Diskusi hasil pengkajian 2. Lengkapi pengkajian pembahasan	
3	Rabu 23/08/23	Bab IV : hasil studi kasus	1. Tambahkan gambaran studi kasus 2. Tambahkan data Riwayat Kesehatan sekarang 3. Tambahkan data Riwayat Kesehatan dahulu 4. Tambahkan data pengkajian nutrisi 5. Tambahkan implementasi hari pertama pada diagnose risiko infeksi 6. Perbaiki pembahasan	
4	Kamis 31/08/23	Bab IV : hasil studi kasus	1. Perbaikipengkajian identitas klien 2. Perbaiki implementasi 3. Perbaiki pengetikan kurang lebih huruf	

5	Jumat 01/09/23	Bab I- Bab V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perbaiki cover 2. Perbaiki lembar pengesahan 3. Perbaiki latar belakang kalimat proposal diganti dengan karya tulis ilmiah 4. Perbaiki abstrak 5. Perbaiki daftar Pustaka 	↓
6	Senin 04/09/23	Bab I-V	ACC	↓

Mengetahui



 Ketua Program Studi D III Keperawatan

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



LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama : Maria Selviana Ngaro
NIM : PO.5303202200500
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho, S.ST., M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Rabu 08/03/23	Konsultasi judul proposal	1. Perbaiki cover 2. Tambahkan data-data 3. Perbaiki cara pengetikan tanda titik, koma dan spasi	
2	Rabu 17/05/23	Bab I- III	1. Lengkapi lembar pengesahan 2. Lengkapi lembar persetujuan 3. Tambahkan data yang masih kurang	
3	Senin 24/05/23	Bab I-III	1. Perbaiki NIP 2. Perbaiki kata pengantar 3. Perbaiki pengetikan titik, koma dan spasi	
4	Senin 29/05/23	Bab I-III	1. Perbaiki lembar pengesahan 2. Perbaiki latar belakang tambahkan data 3. Perbaiki titik koma 4. Perbaiki batasan istilah	

5	Selasa 30/05/23	Bab I-III	1. Perbaiki daftar pustaka sesuai abjad 2. Perbaiki kalimat kurang lebih huruf	+
6	Rabu 31/05/23	Bab I-III	ACC	+



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN ENDE



LEMBAR KONSUL REVISI KTI

Nama : Maria Selviana Ngaro
NIM : PO.5303202200500
Pembimbing Utama : Dr. Sisilia Leny Cahyani, S.Kep.,Ns., MSc
Pembimbing Pendamping : Martina Bedho, S.ST., M.Kes

No	Tanggal	Materi	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	Kamis 07/09/23	Bab IV -V	<ol style="list-style-type: none">1. Tambahkan tanggal pengkajian2. Tambahkan keluhan utama partus hari ke berapa3. Lengkapi riwayat obstetric4. Perbaiki kalimat tertarik5. Perbaiki pemeriksaan fisik di bagian genetalia6. Tambahkan data penunjang di masalah keperawatan risiko infeksi dan perubahan perfusi jaringan7. Perbaiki bagian pembahasan	
2	Selasa 12/09/23	Bab IV – V	<ol style="list-style-type: none">1. Tambahkan transfuse darah di intervensi hari kedua2. Cari teori nyeri3. Lengkapi data di riwayat kehamilan4. Perbaiki bagian pembahasan	



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

a. Data Diri

Nama : Maria Selviana Ngaro
Tempat/tanggal lahir : Kotabaru, 04 Juni 2000
Alamat : Jln. Prof. W.Z Yohanes
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Katolik

b. Riwayat Pendidikan

1. SDK SOKOLAGO
2. SMPN 2 MAUROLE
3. SMK ST. THOMAS MAUMERE
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan Ende

MOTO

Hidup tak selalu harus berlari

Berjalan sudah cukup asal bisa sampai