**BAB I**

**PENDAHULAN**

* 1. **Latar Belakang**

Masa kehamilan merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan janin menuju masa kelahiran sehingga gangguan gizi yang terjadi pada masa kehamilan akan berdampak besar bagi kesehatan ibu maupun janin. Salah satu masalah gizi yang banyak terjadi pada ibu hamil adalah anemia, yang merupakan masalah gizi mikro terbesar dan tersulit diatasi di seluruh dunia (Lynch 2011).

Anemia adalah suatu keadaan dimana tubuh memiliki jumlah sel darah merah (eritrosit) yang terlalu sedikit, yang mana sel darah merah itu mengandung hemoglobin yang berfungsi untuk membawa oksigen ke seluruh jaringan tubuh (Proverawati, 2013). Penyebab langsung kematian ibu di Indonesia adalah karena perdarahan, infeksi dan eklampsi, sedangkan penyebab tidak langsung diantaranya adalah karena anemia. Anemia hamil disebut *Potential Danger To Mother and Children* (potensial membahayakan ibu dan anak), karena itulah anemia memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam pelayanan kesehatan pada lini terdepan (Manuaba, 1998).

Menurut WHO (2008), secara global prevalensi anemia pada ibu hamil di seluruh dunia adalah sebesar 41, 8 %. Prevalensi anemia pada ibu hamil diperkirakan di Asia sebesar 48,2 %, Afrika 57,1 %, Amerika 24,1 %, dan Eropa 25,1 %. (Astriana, Wily 2017).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, prevalensi anemia pada ibu hamil di Indonesia sebesar 37, 1 %. Pemberian tablet Fe di Indonesia pada tahun 2012 sebesar 85 %. Presentase ini mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2011 yang sebesar 83,3%. Meskipun pemerintah sudah melakukan program penanggulangan anemia pada ibu hamil yaitu dengan memberikan 90 tablet Fe kepada ibu hamil selama periode kehamilan dengan tujuan menurunkan angka anemia ibu hamil, tetapi kejadian anemia masih tinggi (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Berdasarkan hasil pengkajian tentang data penyakit anemia pada ibu hamil yang diderita satu tahun terakhir yang diperoleh dari puskesmas Desa Lama pada tahun 2016 sebanyak 2 orang, 2017 sebanyak 4 orang dan 2018 sebanyak 5 orang.

1

Dilihat dari angka kejadian Ibu Hamil dengan Anemia dari hasil praktik klinik keperawatan di Puskesmas Desa Lama , maka dari itu penulis membantu dan memberikan asuhan keperawatan sesuai data Ibu Hamil dengan Anemia. Dari data tersebut penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Pada Ny. M dengan Anemia Di Puskesmas Desa Lama Tahun 2019”.

* 1. **Tujuan**
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Pada Ny. M dengan Anemia Di Puskesmas Desa Lama Tahun 2019

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan Ibu Hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama .
2. Mahasiswa mampu merumuskan dignosa keperawatan Ibu Hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama .
3. Mahasiswa mampu membuat rencana keperawatan Ibu Hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama .
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan Ibu Hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama .
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan Ibu Hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama .
   1. **Metode Penulisan**

Dalam asuhan keperawatan penulis menggunakan penulisan deskriptif melalui metode yang menggambarkan tentang penulisan yang dibuat dengan cara mengumpulkan data dan menganalisa data serta menarik kesimpulan dari kasus yang diamati yaitu :

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Pengumpulan data didapat dengan cara menggali sumber-sumber pengetahuan melalui buku-buku dan jurnal terkini yang berkaitan dengan anemia pada ibu hamil

* + 1. **Wawancara**

Pengumpulan data didapat melalui Tanya jawab langsung kepada pasien.

* + 1. **Observasi**

Dengan melakukan pengamatan dan pengawasan dengan klien agar dapat melihat secara nyata mengenai asuhan keperawatan ibu hamil dengan anemia.

* + 1. **Dokumentasi**

Dengan mempelajari status klien dan catatan rekam medik atau hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap ibu hamil dengan anemia.

* 1. **Ruang Lingkup Penulisan**

Ruang lingkup penulisan laporan kasus ini mengacu pada asuhan keperawatan ibu hamil pada Ny. M dengan Anemia di Puskesmas Desa Lama.

* 1. **Sistematika Penulisan**

BAB I : Pendahuluan meliputi latar belakang, tujuan penulisan,

rumusan masalah, manfaat penulisan, sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis terdiri dari konsep Ibu hamil dengan nnAnemia dan askep.

BAB III : Tijauan kasus meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi,

implementasi, dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan.

BAB V : Kesimpulan dan Saran.

**BAB II**

**LANDASAN TEORI**

**2.1. Konsep Dasar**

**2.1.1. Defenisi**

Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruh jaringan (Tarwono, dkk 2007). Sedangkan menurut Pratami (2016) anemia dalam kehamilan didefenisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu memiliki kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/dl pada trimester I dan III, atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 g/dl pada trimester II.

Membicarakan anemia pada kehamilan tidak dapat dipisahkan dengan perubahan fisiologi yang terjadi selama proses kehamilan, umur janin, dan kondisi ibu hamil sebelumnya. Pemahaman tentang karakteristik kehamilan dimana terjadi ekspansi volume plasma puncaknya pada umur kehamilan 24 minggu dan terus meningkat sampai 37 minggu) berhubungan erat dengan terjadinya penurunan “relatif” kosentrasi *hemoglobin* (”*dilutional anemia"*). Anemia defisiensi merupakan keadaan yang sering dijumpai pada kehamilan dan penyebab tersering anemia dalam kelompok nya, yang kekerapannya semakin meningkat pada mereka dengan sosial ekonomi rendah dan kurang berpendidikan. Penyebab anemia pada permpuan hamil dapat bersifat multifaktorial, dari yang murni defisiensi besi, folat, dan B12, sampai karena malaria /hemolitik atau penyakit *Skickle cell* (Laksmi, Purwita 2014).

Beberapa kondisi yang menyebabkan kehilangan darah seperti lokasi implantasi plasenta yang abnormal, komorbidd lain seperti hemoroid akan semakin memperberat anemia defisiensi. Tanpamelihat umur kehamilan, nila dijumpai nilai Hb < 10,4 gr/dl sangat mungkin terlah terjadi penurunan yang sebenernya (*“true”*) dari massa SDM atau anemia kehamilan. Pasca melahirkan atau *puerpirium,* volume darah akan kembali normal dalam waktu 1-3 minggu. (Laksmi, Purwita 2014).

Nilai normal yang akurat untuk ibu hamil sulit dipastikan karena ketiga parameter laboratorium tersebut bervariasi selama periode kehamilan. Umumnya ibu hamil dianggap anemia jika kadar hemoglobinnya dibawah 11 g/dl atau hematokrit kurang dari 33%. Konsentrasi Hb kurang dari 11 g/dl pada akhir trimester pertama dan <10 g/dl pada trimester kedua dan ketiga menjadi batas bawah untuk menjadi penyebab anemia dalam kehamilan. Nilai – nilai ini kurang lebih sama nilai Hb terendah pada ibu - ibu hamil yang mendapat suplementasi besi, yaitu 11,0 g/dl pada trimester pertama dan 10,5 g/dl pada trimester kedua dan ketiga (Prawirohardjo,2010).

**2.1.2. Etiologi**

Menurut Prawirohardjo (2010), Proverawati (2011) dan Pratami (2016) penyebab anemia dalam kehamilan adalah :

1. Peningkatan volume plasma sementara jumlah eritrosit tidak sebanding dengan peningkatan volume plasma
2. Defesiensi zat besi mengakibatkan kekurangan hemoglobin (Hb), dimana zat besi adalah salah satu pembentuk hemoglobin.
3. Ekonomi : tidak mampu memenuhi asupan gizi dan nutrisi dan ketidaktahuan tentang pola makan yang benar
4. Kehilangan darah yang disebabkan oleh perdarahan menstruasi yang banyak dan perdarahan akibat luka
5. Mengalami dua kehamilan yang berdekatan
6. Mengalami menstruasi berat sebelum kehamilan
7. Hamil saat masih remaja

**2.1.3. Patofisiologi**

Anemia dalam kehamilan dapat disebabkan oeh banyak faktor, antara lain; kurang zat besi; kehilangan darah yang berlebihan; proses penghancuran eritrosit dalam tubuh sebelum waktunya; peningkatan kebutuhan zat besi (Pratami, 2016). Selama kehamilan, kebutuhan oksigen lebih tinggi sehingga memicu peningkatan produksi eritropenin. Akibatnya, volume plasma bertambah dan sel darah merah meningkat. Namun, peningkatan volume plasma terjadi dalam proporsi yang lebih besar jika dibandingkan dengan peningkatan eritrosit sehingga terjadi penurunan konsentrasi Hb (Prawirohardjo, 2010).

Sedangkan volume plasma yang terekspansi menurunkan hematokrit (Ht), konsentrasi hemoglobin darah (Hb) dan hitung eritrosit, tetapi tidak menurunkan jumlah Hb atau eritrosit dalam sirkulasi. Ada spekulasi bahwa anemia fisiologik dalam kehamilan bertujuan untuk viskositas darah maternal sehingga meningkatkan perfusi plasenta dan membantu penghantaran oksigen serta nutrisi ke janin (Prawirohardjo, 2010).

Ekspansi volume plasma mulai pada minggu ke 6 kehamilan dan mencapai maksimum pada minggu ke 24 kehamilan, tetapi dapat terus meningkat sampai minggu ke 37. Pada titik puncaknya, volume plasma sekitar 40% lebih tinggi pada ibu hamil. Penurunan hematokrit, konsentrasi hemoglobin, dan hitung eritrosit biasanya tampak pada minggu ke 7 sampai ke 8 kehamilan dan terus menurun sampai minggu ke 16 sampai 22 ketika titik keseimbangan tercapai (Prawirohardjo, 2010).

Jumlah eritrosit dalam sirkulasi darah meningkat sebanyak 450 ml. Volume plasma meningkat 45-65 %, yaitu sekitar 1.000 ml. Kondisi tersebut mengakibatkan terjadinya pengenceran darah karena jumlah eritrosit tidak sebanding dengan peningkatan plasma darah. Pada akhirnya, volume plasma akan sedikit menurun menjelang usia kehamilan cukup bulan dan kembali normal tiga bulan *postpartum.* Persentase peningkatan volume plasma yang terjadi selama kehamilan, antara lain plasma darah 30%, sel darah 18%, dan hemoglobin 19%. Pada awal kehamilan, volume plasma meningkat pesat sejak usia gestasi 6 minggu dan selanjutnya laju peningkatan melaambaat. Jumlah eritrosit mulai meningkat pada trimester II dan memuncak pada trimester III (Pratami, 2016).

**2.1.4. Tanda dan Gejala**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ringan | Sedang | Berat |
| Tingkat Hb :  10-12 g/dl  Gejala:   * Kelelahan * Penurunan perfungsi jaringan * Detak jantung meningkat * Ekstraksi O2 jaringan meningkat * Dilatasi sistem vaskuler perifer | 8-10 g/dl   * Fating * Sulit konsentrasi * Detak jantung > 100/m * Berdebar * *Dispnoe* pada aktivitas * Pucat | >8 g/dl   * “*Overwhelming”* * Fating/ exhaustion * “*dizzynes”* * Vertigo * Depresi,gangguan tidur * *Dispnoe* pada istirahat |

**2.1.5. Penatalaksanaan**

a. Penatalaksanaan Secara Medis

Penanganan anemia yang tepat merupakan hal penting untuk mengatasi anemia pada awal untuk mencegah atau meminimalkan konsekuensi serius perdarahan. Penanganan anemia secara efektif perlu dilakukan. Ibu hamil berhak memilih

kadar Hb normal selama kehamilan dan memperoleh

pengobatan yang aman dan efektif. Pengobatan yang aman dan efektif akan memastikan ibu hamil memiliki kadar Hb yang normal dan mencegah pelaksanaan tindakan tranfusi darah. Peningkatan oksigen melalui tranfusi darah telah ditentang selama dekade terakhir. Selain itu, tindakan tranfusi beresiko menimbulkan masalah yang lain, seperti transmisi virus dan bakteri (Pratami, 2016).

Tinjauan Cochrane terhadap 17 penelitian menemukan bahwa pemberian zat besi oral dapat menegurangi anemia defesiensi zat besi selama trimester II kehamilan dan meningkatkan kadar Hb dan firitin seru dibandingkan dengan pemberian plasebo. Penelitian tersebut diambil dari 101 penelitian yang sebagian besar uji cobanya berfokus pada hasil laboratorium tentang efek perlakuan berbeda terhadap ibu hamil yang mengalami anemia defesiensi zat besi, penilaian morbiditas ibu & bayi, parameter faal darah, dan efek samping pengobatan. Terdapat satu uji acak terkontrol yang menyatakan bahwa pemberian zat besi oral harian selama empat minggu memiliki hasil yang lebih baik dalam meningkatkan kadar Hb rata-rata 19,5 g/dl. Zat besi oral dan *iron polymaltose* aman diberikan dan dapat meningkatkan kadar Hb dengan lebih efektif dibandingkan dengan pemberian zat besi oral secara terpisah pada anemia defesiensi zat besiyang berkaitan dengan kehamilan (Pratami, 2016).

Konsumsi suplemen zat besi setiap hari berkaitan erat dengan peningkatan kadar Hb ibu sebelum dan sesudah pelahiran. Selain itu, tindakan tersebut juga mengurangi resiko anemia yang berkepanjangan. Ibu yang mengkonsumsi suplemen zat besi atau asam folat, baik harian maupun intermiten, tidak menunjukan perbedaan efek yang signifikan. Konsumsi zat besi oral yang melebihi dosis tidak meningkatkan hematokrit, tetapi meningkatkan kadar Hb. Pemberian suplemen zat besi oral sering kali menimbulkan efek samping mual dan sembelit. Sekitar 10-20% ibu yang mengkonsumsi zat besi oral pada dosis pengobatan mengalami efek saamping, seperti mual, muntah, konstipasi atau diare. Ibu hamil yang menderita anemia berat mungkin memerlukan tranfusi darah, yang terkadang tidak memberi peningkatan kondisi yang signifikan. Selain itu, tranfusi darah juga menimbulkan resiko, baik bagi ibu maupun janin (Pratami, 2016).

Pemberian suplemen zat besi secara rutin pada ibu hamil yang tidak menunjukan tanda kekurangan zat besi dan memiliki kadar Hb lebih dari 10,0 g/dl terbukti memberi dampak positif, yaitu prevelensi anemia selama hamil dan enam minggu *postpartum* berkurang. Efek samping berupa hemokonsentrasi, yaitu kadar Hb lebih dari 13,o g/dl lebih sering terjadi pada ibu yang mengkonsumsi suplemen zat besi atau asam folat setiap hari dibandingkan ibu yang tidak mengkonsumsi supleman. Dalam menagani anemia, profesional kesehatan harus menerapkan strategi yang sesuai dengan kondisi yang dialami oleh ibu hamil. Penanganan anemia defesiensi zat besi yang tepat akan meningkatkan parameter kehamilan fisiologis dan mencegah kebutuhan akan intervensi lebih lanjut (Pratami, 2016).

b. Penatalaksanaan Keperawatan di rumah

Pendidikan kesehatan pada ibu hamil yang menderita anemia adalah dengan menkonsumsi nutrisi yang baik untuk mencegah terjadinya anemia jika sedang hamil, makan makanan yang tinggi kandungan zat besi (seperti sayuran berdaun hijau, daging merah, sereal, telur, dan kacang tanah) yang dapat membantu memastikan bahwa tubuh menjaga pasokan besi yang diperlukan untuk berfungsi dengan baik. Selain itu pemebrian vitamin adalah cara terbaik untuk memastikan bahwa tubuh memiliki cukup asam besi dan folat, dan pastikan tubuh mendapatkan setidaknya 27 mg zat besi setiap hari, yaitu dengan cara mengkonsumsi makanan yang tinggi kandungan zat besi (Proverawati, 2011).

**2.2. Konsep Asuhan Keperawatan**

**2.2.1. Pengkajian**

1. Identitas klien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, diagnosa medis.

1. Keluhan utama

Biasanya ditemukan keluhan cepat lelah, sering pusing, dan mata berkunang-kunang .

1. Riwayat kesehatan
   1. Riwayat kesehatan dahulu

Pada pengkajian ini ditemukan riwayat kehamilan yang berdekatan, dan riwayat penyakit-penyakit tertentu seperti infeksi yang dapat memungkinkan terjadinya anemia

* 1. Riwayat kehamilan dan persalinan

Biasanya ditemukan kehamilan pada usia muda, dan kehamilan yang berdekatan

1. Pola Aktivitas Sehari-hari
   1. Pola makan

Ditemukan ibu kurang mengkonsumsi makanan yang kaya nutrisis seperti sayuran berdaun hijau, daging merah dan tidak mengkonsumsi tablet Fe

* 1. Pola aktivitas/istirahat

Biasanya pada ibu hamil yang menderita anemia

mudahkelelahan, keletihan, malaise, sehingga kebutuhan untuk tidur dan istirahat lebih banyak

1. Pemeriksaan Fisik a. Keadaan umum

Ibu hamil terlihat lemah, lesu, tekanan darah menurun, nadi menurun, pernapasan lambat.

1. Kepala
   * + 1. Rambut biasanya rontok dan terdapat bintik hitam diwajah,
       2. Mata

Biasanya konjungtiva anemis dan skelera tidak ikterik

* + - 1. Mulut

Biasanya bibirnya pucat dan membran mukosa kering

* + - 1. Abdomen

Inspeksi : pembesaran perut tidak sesuai usia kehamilan

Palpasi : tidak teraba jelas bagian janinya

Auskultrasi : denyut jantung janin antara 120-130 kali/menit

2) Ekstremitas

CRT>2 detik, terdapat varises dikaki, tidak ada udema, dan akral biasanya dingin

6. Pemeriksaan Laboraturium

Pemeriksaan labor dasar

Hb : Biasanya Hb pada trimester pertama dan ke tiga

kurang dari 11 g/dl dan pada timester dua <10,5 g/dl

Hematokrit : <37% (normal 37-41%)

Eritrosit : <2.8 juta/mm3 (normal 4,2-5,4 juta/mm3)

Trombosit : <200.000 (normal 200.000 – 400.000/mel)

**2.2.2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul :

1. Risiko perdarahan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang kewaspadaan perdarahan
2. Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kurang asupan makanan
4. Mual berhubungan dengan rasa makan/minum yang tidak enak
5. Keletihan berhubungan dengan kelesuan fisiologis (anemia dalam kehamilan)
6. Risiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin
7. Ansietas berhubungan dengan Kurang pengetahuan

**2.2.3. Perencanaan / Implementasi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil**  **NOC** | **Intervensi**  **NIC** |
| **Risiko perdarahan berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang kewaspadaan**  **perdarahan**    **Defenisi :**  Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan. | Setelah dilakukan tindakan  keperawatan, pasien mampu  mengatasi resiko kehilangan  darah dengan kriteria hasil :   1. Tidak ada kehilangan darah yang terlihat 2. Tidak ada distensi abdomen 3. Tidak ada perdarahan pervaginam 4. Tidak ada penurunan tekanan darah sistolik 5. Tidak ada penurunan tekanan darah diastolik 6. Tidak ada kehilangan panas tubuh 7. Tidak ada penurunan Hemoglobin (Hb) 8. Tidak ada penurunan Hematokrit (Ht) | **Pencegahan perdarahan :**   1. Monitor tanda dan gejalah perdarahan 2. Lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan 3. Hindari mengangkat benda berat 4. Instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K 5. Cegah konstipasi (misalnya, memotivasi untuk meningkatkan asupan cairan dan   mengkonsumsi pelunan feses) jika diperlukan   1. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat) 2. Instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan.(misalnya, lapor kepada perawat) |
| **Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan**  **antara suplai dan**  **kebutuhan oksigen**  **Defenisi :**  Ketidakcakupan energi psikologis atau fisiologis untuk mempertahankan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari yang harus  atau yang ingin dilakukan  **Batasan Karakteristik**   1. Ketidaknyamanan   setelah beraktivitas   1. Keletihan 2. Respon tekanan darah abnormal terhadap aktivitas | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu menunjukkan toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil :  1. Frekuennsi nadi saat beraktivitas tidak terganggu (80-100 kali/menit)   1. Tekanan darah sistolik dalam beraktivitas tidak terganggu (110-   140 mmHg)   1. Tekanan darah diastolik dalam beraktivitas tidak terganggu (75-85 mmHg) 2. Frekuensi pernapasan ketika beraktivitas tidak terganggu (12-20 kali/menit) | **Peningkatan Latihan**   1. Gali hambatan individu terkait latihan fisik (seperti, senam hamil, dll) 2. Dukung ungkapan perasaan mengenai latihan atau kebutuhan untuk melakukan latihan 3. Dukung individu untuk memulai atau melanjutkan latihan 4. Lakukan latihan bersama individu, jika diperlukan 5. Libatkan keluarga/orang yang memberikan perawatan dalam merencanakan dan   meningkatkan program latihan   1. Instruksikan individu terkait frekuensi, durasi, dan intensitas prodram latihan yang diinginkan 2. Monitor respon individu terhadaap program latihan 3. Sediakan umpan balik positif atau usaha yang dilakukan individu |
| **Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan**  **kurang asupan makanan**    **Definisi:**  Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik.  **Batasan Karakteristik:**   1. Bising usus hiperaktif 2. Cepat kenyang setelah makan 3. Kurang informasi 4. Kurang minat pada makanan 5. Membran mukosa pucat 6. Nyeri andomen 7. Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu menunjukkan keseimbangan nutrisi tidak terganggu dengan kriteria hasil :   1. **Nafsu Makan :**   Indikator :   * 1. Keinginan untuk makan tidak terganggu   2. Rangsangan   untuk makan  tidak terganggu   1. **Status Nutrisi : Asupan makanan & cairan**   Indikator :   * 1. Asupan makanan secara oral tidak   terganggu   * 1. Asupan cairan secara oral tidak terganggu | **Manajemen Nutrisi**   1. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 2. Monitor kalori dan asupan makanan 3. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan dan kenaikan berat badan 4. Berikan arahan bila diperlukan   **Monitor Nutrisi**   1. Timbang berat badan pasien 2. Monitor kecendrungan turun dan naiknya berat badan 3. Identifikasi pertumbuhan berat badan terakhir 4. Monitor tugor kulit dan mobilitas 5. Monitor adanya mual muntah 6. Monitor adanya (warna) pucat, kemerahan dan jaringan konjungtiva yang kering 7. Lakukan pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht ) |
| **Mual berhubungan dengan rasa makan/minuman yang**  **tidak enak**  **Defenisi**  Suatu fenomena subjektif tentang rasa tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung, yang dapat atau tidak dapat mengakibatkan  muntah  **Batasan karakteristik**   1. Keengganan terhadap makanan 2. Mual 3. Rasa asam   didalam mulut  Sensasi muntah | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu mengontrol mual & muntah, dibuktikan kriteria hasil :   1. Mampu mengenali onset muntah 2. Mampu mengenali pencetus stimulus (muntah) 3. Mampu menghindari bau yang tidak menyenangkan 4. Melaporkan mual, muntah-muntah, dan muntah yang terkontrol | **Manajemen mual :**   1. Dorong pasien untuk memantau pengalaman diri terhadap mual 2. Dorong pasien untuk belajar strategi mengatasi mual sendiri 3. Kurangi atau hilangkan faktor-faktor yang bersifat personal yang memicu atau meningkatkan mual (kecemasan, takut, kelelahan, dan kurangnya pengetahuan) 4. Lakukan penilaian lengkap terhadap mual, termasuk frekuensi, durasi, tingkat keparahan, dan faktor-faktor pencetus 5. Dorong penggunaan teknik nonfarmakologis sebelum mual 6. Monitor asupan makanan terhadap kandungan gizi dan kalori 7. Timbang berat badan secara teratur 8. Monitor efek dari manajemen mual secara keseluruhan 9. Tingkatkan istirahat dan tidur yang cukup |
| **Keletihan berhubungan dengan kelesuan fisiologis (anemia dalam kehamilan)**  Defenisi : keletihan terusmenerus dan penurunan kapasitas untuk kerja fisik dan mental pada tingkat yang lazim  **Batasan Karakteristik :**   1. Gangguan konsentrasi 2. Kelelahan 3. Kurang energi 4. Mengantuk 5. Peningkatan kebutuhan istirahat 6. Peningkatan keluhan fisik | Setelah dilakukan tindakan  keperawatan, pasien mampu  mengurangi tingkat kelelahan  dengan kriteria hasil :   1. Tidak terjadi kelelahan 2. Tidak ada kelesuan 3. Tidak ada kehilangan selera makan 4. Tidak ada penurunan motivasi 5. Tidak ada sakit kepala 6. Tidak terjadi nyeri otot 7. Kuliatas tidur tidak terganggu 8. Kualitas istirahat tidak terganggu. | **Manajemen Energi :**   1. Tentukan melakuian pekerjaan rumah 2. Bantu pasien untuk mengangkat yang berat-berat dan memlih aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan 3. Anjurkan istirahat yang cukup 4. Bantu pasien untuk menjadwalkan priode   istirahat   1. Instruksikan pasien/orang yang terdekat dengan pasien mengenai kelelahan (gejala yang mungkin muncul dan kekambuhan yang mungkin nanti akan muncul kembali). 2. Monitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat   **Manajemen Nutrisi**   1. Tentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan untuk memenuhi persyaratan gizi 2. Monitor kalori dan asupan makanan 3. Monitor kecendrungan terjadinya penurunan |
| **Risiko infeksi berhubungan dengan**  **penurunan hemoglobin**    **Definisi:** Rentan mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan. | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu mengontrol infeksi , dengan kriteria hasil :   1. Mampu   Mengidentifikasifaktor  risiko infeksi   1. Mengetahui konsekuens   terkait infeksi   1. Mampu mengidentifikasi tanda dan gejalah infeksi 2. Mempu menunjukan mencuci tangan untuk pencegahan infeksi 3. Tidak ada kemerahan 4. Tidak ada demam 5. Tidak ada hipotermia 6. Tidak ada kestabilan suhu 7. Tidak ada kehilangan nafsu makan 8. Tidak ada malaise | **a. Kontrol infeksi**   1. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 2. Tingkatkan intake nutrisi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal 4. Inspeksi kulit dan membran mukosa   terhadap kemerahan, panas, drainase   1. Monitor adanya luka 2. Dorong masukan cairan 3. Dorong istirahat 4. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan   gejala infeksi |
| **Ansietas berhubungan dengan perubahan**  **status kesehatan**    **Definisi** :Perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang samar disertai respon autonom (sumber sering kai tidak spesifik) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Perasaan ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan bahaya yang akan terjadi dan memampukan individu melakukan tindakan untuk  menghadapi ancaman  **Batasan Karakteristik**  *Perilaku*   1. Penurunan produktivitas 2. Mengekspresikan kekhawatiran akibat perubahan dalam 3. peristiwa hidup 4. Gelisah 5. Kontak mata buruk *Fisiologis* 6. Peningkatan keringat 7. Gemetar/tremor 8. Suara bergetar | Setelah dilakukan tindakan  keperawatan, pasien  menunjukkan tanda-tanda vital  dalam rentang normal dengan  kriteria hasil :   1. Suhu tubuh dalam rentang normal 2. Tingkat pernapasan dalam rentang normal 3. Tekanan darah sistolik dalam rentang normal 4. Tekanan darah diastolik dalam rentang normal 5. Kedalaman inspirasi dalam rentang normal | **Terapi Relaksasi :**   1. Tentukan apakah ada intervensi relaksasi dimasa lalu yang sudah memberikan manfaat 2. Berikan deskripsi detail terkait intervensi relaksasi yang dipilih 3. Ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan 4. Dapatkan perilaku yang menungjukan terjadinya relaksasi, misalnya bernapas dalam, menguap, pernapasan perut, atau banyangan yang menyenangkan 5. Minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi 6. Tunjukan dan praktekan teknik relaksasi pada pasien 7. Evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi |

**2.2.4. Evaluasi**

Evaluasi merupakan pengukuran dari keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Tahap evaluasi merupakan kunci keberhasilan dalam menggunakan proses keperawatan. Hasil yang diharapkan :

1. Mengatakan pemahaman situasi dan faktor program pengobatan individu,
2. Menunjukan teknik/prilaku yang mampu kembali melakukan aktivitas,
3. Melaporkan kemampuan melakukan peningkatan toleransi aktivitas.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

**3.1. Pengkajian**

**3.1.1. Biodata Pasien**

.1. Identitas Klien

Nama : Ny.M

Umur : 26 Tahun

Pendidikan : SMP

Suku bangsa : Minang

Pekerjaan : RT

Alamat : Jln. Rambutan 6 no 74

Agama : Islam

2. Suami

Nama : Tn. R

Umur : 24 Tahun

Pendidikan : SMA

Suku bangsa : Minang

Pekerjaan : Pegawai Swasta

Alamat : Jln. Rambutan 6 no 74

Agama : Islam

* + 1. **Riwayat Kesehatan**
  1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan Saat dikaji : Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 29 Mei 2019 pukul 08.30 Wib didapatkan pasien mengeluh sering terasa sakit pada pinggang dan sering pusing, badan terasa cepat letih ketika melakukan aktivitas seperti mencuci dan membersihkan rumah, ibu mengatakan jarang mengkonsumsi buah dan sayur karena tidak mengerti dengan manfaat sayuran dan buah-buahan, dan ibu juga tidak mengerti dengan penyebab anemia yang terjadi pada kehamilanya. Ibu juga mengatakan takut dengan keadaan janinya apabila tubuhnya mengalami penambahan berat badan. Ibu juga mengatakan sering terasa buang air kecil.

* 1. Riwayat Kesehatan Lalu :

Pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit kurang darah sebelumnya dan klien rutin kontrol kehamilan ke pelayanan kesehatan setiap 1 kali sebulan. mengatakan tidak ada mempunyai penyakit keturunan seperti hipertensi dan DM.

* 1. Riwayat Kesehatan Keluarga : pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit kurang darah sebelumnya dan tidak ada menderita penyakit keturunan seperti hipertensi dan DM
  2. Riwayat Obstetri

1. Riwayat Menstruasi
   * + - 1. Umur : 12 tahun
         2. Siklus : teratur (28 hari)
         3. Lamanya : 6 hari
         4. Banyaknya : 3x ganti pembalut dalam sehari
         5. Konsistensi : merah encer
         6. Keluhan (disminore,dll) : sakit perut
         7. HPHT : 10-10-2018
         8. Taksiran Persalinan : 17-07-2019
2. Perkawinan
   * + - 1. Lamanya Perkawinan : 1 tahun 5 bulan
         2. Berapa Kali Kawin : 1 kali
   1. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu : G1 A0 P0

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TGL/ THN | TEMPAT  PERSALIN  AN | CARA  PERSALINAN | PENOL  ONG | JK  ANAK | BB/  PB | NIFAS | KEADAAN  ANAK  SEKARANG |
| - | - | - | - | - | - | - | - | - |

* 1. Data Keluarga Berencana

Ibu mengatakan tidak pernah mengikuti KB sebelumnya dan ada rencana untuk ikut KB Sekarang karena ingin membesarkan anak

terlebih dahulu.

* 1. Kehamilan Sekarang

Ibu mengatakan saat hamil muda kemarin ibu sering merasa mual dan muntah, dan saat hamil tua yang sering terasa hanya pusing pandangan mata kabur

* + 1. **Data psikologi**

Ibu mengatakan kehamilan Sekarang adalah kehamilan yang diinginkan, dan anak yang lahir sekarang disusui selama 2 tahun, dan adanya dukungan suami untuk menyusui, selama interaksi antara ibu dengan bayi serta suami sangat baik

* + 1. **Data Spiritual**

Pasien merupakan seorang beragama islam dan percaya dengan adanya tuhan

* + 1. Data Sosial Ekonomi

Pasien dari ekonomi rendah tinggal bersama keluarga perempuan belum mempunyai rumah, sehingga tidak mampu mencukupi untuk kebutuhan sehari-hari.

* + 1. **Aktivitas Sehari-hari**

1. Dapat menolong diri sendiri : mandiri

2. Ditolong dengan bantuan minimum : tidak ada

1. Ditolong dengan bantuan maksimum : tidak ada
2. Nafsu makan : baik
3. Makan / minum : makan 3x sehari tidak

mengkonsumsi sayur

1. Istirahat ditambah tidur siang : tidur 8 jam perhari tidak

siang

|  |  |
| --- | --- |
| **3.1.7 Pemeriksaan Fisik**  a. Pemeriksaan Umum  1) Keadaan umum |  |
| a).Tinggi / Berat badan | : 152 cm / 56 kg |
| b).Tekanan darah | : 100/60 mmHg |
| c). Suhu | : 36,60C |
| d). Nadi | : 80 x/i |
| e). Pernapasan | : 20 x/i |

* + 1. Kepala : rambut bersih, tidak ada ketombe, tidak ada

rambut rontok

* + 1. Muka : wajah tampak pucat, tidak tampak bintik-bintik

Hitam pada wajah.

* + 1. Mata : Konjungtiva pucat, sklera tidak ikterik.
    2. Hidung : simetris kiri kanan dan tidak ada pernapasan

Cuping hidung

* + 1. Mulut : bibir tampak pucat, mukosa bibir lembab
    2. Telingga : simetris kiri kanan, tidak ada keluar cairan

dariTelingga.

* + 1. Leher : tidak ada pembesaran kelenjer getah bening

Dan Vena jugularis

* + 1. Payudara :simetris kiri kanan, papila mamae menonjol,

tidak ada lecet, tidak ada pembengkakan dan

tampak bersih.

* + 1. Palpasi
       1. Perut ibu sebelah kanan teraba panjang dan keras seperti papan Leopold I : TFU pertengahan pusat dan px, teraba bundar, keras, tidak rata dan tidak melenting kemungkinan bokong janin
       2. Leopold II : pada kemungkinan punggung janin dan bagian kiri perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil kemungkinan ekstremitas janin.
       3. Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras, dan masih bisa digoyangkan, kepala janin belum masuk PAP.
       4. Leopold IV : pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, melenting dan belum masuk PAP.
    2. Auskultrasi

Pada perut ibu bagian kanan terdengar detak jantung janin (140 x/i)

* + 1. Perkusi

Reflek patela : positif kiri dan kanan

* + 1. **Data Penunjang** (29 Mei 2019)

a. Data Laboratorium

Darah :

Hb : 9,7 gr%

* + 1. **Program Terapi Dokter**

Obat Oral : Sf, vit.C,

* + 1. **Analisa Data**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| Data subjektif :   * Ibu mengatakan sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri * Ibu mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti mencuci dan membersihkan rumah   Data objektifnya :   * Hb 9,7 gr/dl * Ibu terlihat susah untuk beraktivitas karena kehamilan sudah mulai tua * Wajah terlihat pucat, konjungtiva anemis * TD: 100/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i | Kelesuan fisik | Keletihan |
| Data subjektif :   * Ibu mengatakan takut apabila   janinya besar   * Ibu mangatakan mengurangi makananya supaya berat badanya   tidak naik  Data objektifnya :   * Ibu terlihat takut dengan perubahan yang terjadi pada janinya * Ibu juga terlihat banyak bertanya tentang perubahan yang terjadi pada janinya | Kurang pengetahuan | Ansietas |
| Data subjektif :   * Ibu mengatakan sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri * Ibu mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti mencuci dan membersihkan rumah   Data objektifnya :   * Hb 9,7 gr/dl   Wajah terlihat pucat, konjungtiva anemis   * TD: 100/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i | Penurunan kadar Hb | Resiko perdarahan |

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

1. Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan ditandai dengan Ibu mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas Hb 9,7 gr/d dan sering terasa pusing
2. Ansietas berhubungan dengan Kurang pengetahuandi tandai dengan Ibu mengatakan takut apabila janinya besar mengurangi makananya supaya berat badanya tidak naik dan takut dengan perubahan yang terjadi.
3. Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB ditandai dengan ibu mengatakan Ibu mengatakan sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri dan cepat lelah, Hb : 9,7 g/dl. Wajah pucat, konjungtivaanemis.

**3.3. iNTERVENSI KEPERAWATAN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dx Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan | Setelah dilakukan tindakan  keperawatan, pasien mampu  mengurangi tingkat kelelahan  dengan kriteria hasil :   * Tidak terjadi keletihan * Tidak terasa pusing saat melakukan aktivitas * Hb = 10,5 g/dl * Tidak terjadi tanda-tanda anemis | * Mentukan melakuian pekerjaan rumah * Menganjurkan kepada keluarga pasien/suami agar dapat menolong pekerjaan rumah dan memilih pekerjaan nya yang tidak berat * Memberikan penyuluhan kesehatan tentang anemi yang dapat mengakibatkan kelelahan * Memberitahukan kepada pasien untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak merasakan keletihan * Membantu pasien untuk menjadwalkan periode istirahat * Menganjurkan makan sayuran dan buah-buahan. |
| Ansietas berhubungan dengan perubahan  status kesehatan | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien menunjukkan tanda-tanda cemas dalam rentang normal dengan kriteria hasil :   * Ibu tampak tenang kondisi janin nya * Ibu tidak banyak bertanya dan dapat memahami * Ibu mengerti akan kebutuhan nutrisi pada janinnya * Ibu menerima perubahan fisiologis pada dirinya | * Memberikan penjelasan tentang kesehatan janin nya sehubungan tentang keadaan ibu anemia * Memberikan penjelasan terhadap perubahan pisikologis pada dirinya yang dapat mengakibatkan anemia * Memberitahukan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman agar pasien merasakan tenang dalam menghadapi perubahan status kesehatan * Memberitahukan kepada ibu mengkonsumsi nutrisi yang seimbang dan menganjurkan ibu memberikan suplemen zat besi sesuai anjuran tenaga kesehatan |
| Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB | Setelah dilakukan tindakan keperawatan, pasien mampu mengatasi resiko kehilangan darah dengan kriteria hasil :   * Tidak terjadi anemis * Tidak cepat lelah ketika beraktivitas * Hb = 10,5 g/dl * Tidak ada tanda-tanda resiko penderahan akibat penuruan Hb | * Meobservasi tanda dan gejala perdarahan * Memberitahukan kepada pasien untuk pemeriksaan Hb * Menghindari mengangkat benda berat * Menginstruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin * Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat) |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Tanggal** | **Diagnosa Keperawatan** | **Implementasi** | **Evaluasi** |
| 1. | 30 Mei 2019 | Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan | * Mentukan melakuian pekerjaan rumah * Menganjurkan kepada keluarga pasien/suami agar dapat menolong pekerjaan rumah dan memilih pekerjaan nya yang tidak berat * Memberikan penyuluhan kesehatan tentang anemi yang dapat mengakibatkan kelelahan * Memberitahukan kepada pasien untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak merasakan keletihan * Membantu pasien untuk menjadwalkan periode istirahat * Menganjurkan makan sayuran dan buah-buahan. | **S :** Ibu mengatakan masih oyong jika melakukan aktifitas  **O :**   * Ibu terlihat susah untuk beraktivitas seperti biasa * ibu tampak di bantu oleh keluarga. * Wajah masih pucat. * Hb:10,2 g/dl * TD: 110/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i   **A :** Masalah teratasi sebagian  **Phj:jjj**Intervensi ndilanjutkan |
| 2. | 30 Mei 2019 | Ansietas berhubungan dengan perubahan  status kesehatan | * Memberikan penjelasan tentang kesehatan janin nya sehubungan tentang keadaan ibu anemia * Memberikan penjelasan terhadap perubahan pisikologis pada dirinya yang dapat mengakibatkan anemia * Memberitahukan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman agar pasien merasakan tenang dalam menghadapi perubahan status kesehatan * Memberitahukan kepada ibu mengkonsumsi nutrisi yang seimbang dan menganjurkan ibu memberikan suplemen zat besi sesuai anjuran tenaga kesehatan | **S :** Klien mengatakan masih takut akan kehamilannya terhadap kesehatan janin nya.  **O :** pasien terlihat masih memikirkan kesehatannya.  **A :** Masalah belum teratasi  **Pn:**Intervensi dilanjutkan |
| 3. | 30 Mei 2019 | Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB | * Meobservasi tanda dan gejala perdarahan * Memberitahukan kepada pasien untuk pemeriksaan Hb * Menghindari mengangkat benda berat * Menginstruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K * Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat) | **S :** Klien mengatakan masih terasa pusing apabila terlalu lama berdiri dan masih sulit memulai aktivitas seperti biasa tetapi masih bisa tertatih.  **O :** Klien tampak masih oyong berjalan sendiri   * Hb : 10,2 g/dl * Wajar terlihat masih pucat. * TD: 110/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i   **An:**Masalah belum teratasi  **P :** Intervensi  Dilanjutkan |
| 4. | 31 Mei 2019 | Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan | * Mentukan melakuian pekerjaan rumah * Menganjurkan kepada keluarga pasien/suami agar dapat menolong pekerjaan rumah dan memilih pekerjaan nya yang tidak berat * Memberikan penyuluhan kesehatan tentang anemi yang dapat mengakibatkan kelelahan * Memberitahukan kepada pasien untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak merasakan keletihan * Membantu pasien untuk menjadwalkan periode istirahat * Menganjurkan makan sayuran dan buah-buahan. | **S :** Ibu mengatakan masih lemas jika beraktifitas  **O :** Ibu terlihat susah untuk beraktivitas seperti biasa tampak di bantu oleh keluarga   * Hb:10,8 g/dl * TD: 110/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i   **A :** Masalah teratasi sebagian  **Phj:jjj**Intervensi ndilanjutkan |
| 5 | 31 Mei 2019 | Ansietas berhubungan dengan perubahan  status kesehatan | * Memberikan penjelasan tentang kesehatan janin nya sehubungan tentang keadaan ibu anemia * Memberikan penjelasan terhadap perubahan pisikologis pada dirinya yang dapat mengakibatkan anemia * Memberitahukan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang nyaman agar pasien merasakan tenang dalam menghadapi perubahan status kesehatan * Memberitahukan kepada ibu mengkonsumsi nutrisi yang seimbang dan menganjurkan ibu memberikan suplemen zat besi sesuai anjuran tenaga kesehatan | **S n:** Klien mengatakan sudah tidak takut akan kehamilannya terhadap kesehatan janin nya.  **On:**pasien terlihat tenang dalam memikirkan kesehatannya.  **An:**Masalah teratasi  **Pn:**Intervensi dihentikan |
| 6. | 31 Mei 2019 | Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB | * Meobservasi tanda dan gejala perdarahan * Memberitahukan kepada pasien untuk pemeriksaan Hb * Menghindari mengangkat benda berat * Menginstruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K * Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat) | **S :** Ibu mengatakan masih sedikit pusing tapi tidak seperti sebelum nya.  **O :** Klien tampak segar  tidak pucat terlihat  dari wajah   * Hb : 10,8 g/dl. * TD: 110/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i   **A :** Masalah teratasi  **P :** Intervensi  Dihentikan |
| 7. | 1 Mei 2019 | Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan | * Mentukan melakuian pekerjaan rumah * Menganjurkan kepada keluarga pasien/suami agar dapat menolong pekerjaan rumah dan memilih pekerjaan nya yang tidak berat * Memberikan penyuluhan kesehatan tentang anemi yang dapat mengakibatkan kelelahan * Memberitahukan kepada pasien untuk istirahat yang cukup agar ibu tidak merasakan keletihan * Membantu pasien untuk menjadwalkan periode istirahat * Menganjurkan makan sayuran dan buah-buahan. | **S :** Ibu mengatakan sudah mampu beraktifitas tanpa di bantu keluarga.  **O :** Ibu terlihat aktifitas mandiri, wajah tidak pucat   * Hb:12 g/dl * TD: 110/60 mmHg * T : 36,6OC * HR :80 x/i * RR : 20 x/i   **A :** Masalah teratasi  **Pj:jj**Intervensi  Dihentikan |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

Setelah penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M : Ibu Hamil dengan Anemia Di Puskesmas Desa Lama Tahun 2019 Penulis mendapatkan kesenjangan antara tinjauan teoritis dan tinjauan kasus melalui tahapan asuhan keperawatan anak mulai pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

**4.1 Pengkajian**

Pada pengkajian di dapatkan biodata pasien bernama Ny. M ,berusia 26 tahun,dengan pendidikan teakhiryaitu SMA, sudah menikah dengan Tn.R selam 1,5 tahun, pasien datang ke Puskesmas Desa lama dengan keluhan pusing mual , dan sulit beraktivitas , ketika beridiri seperti jatuh.dan mengatakan jarang mengkonsumsi sayurran buah karena takut janin yang dikandungnya bertambah berat badan yang mengakibatkan ibu selalu merasakan ingin jatuh saat beraktivitas. Kondisi ini dikarenakan ibu hamil pertama kalinya dan tidak mengerti kondisi kehamilan. Ketika di cek Hemoglobin di dapatkan hasil 9,7 g/dl dimana nilai hemoglobin normal yaitu 12-14 g/dl. Kondisi ini diperparah dengan ibu tidak mengkonsumsi buah dan sayur.

Riwayat penyakit dahulu Ibu tidak memiliki riwayat penyakit menular, Ibu mengatakan saat hamil muda kemarin ibu sering merasa mual dan muntah, dan saat hamil tua yang sering terasa hanya pusing pandangan mata kabur.

Penulis melakukan pengkajian fisik melalui wawancara dan observasi didapatkan kesadaran composmentis, Tinggi Badan 146 cm dengan berat badan 56 Kg, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu tubuh 36,6oC, Nadi 84x/i, pernapasan 20x/i, bentuk kepala simetris, rambut bersih tidak ada ketombe. Wajah simetris, tampak pucat, Mata konjungtiva anemis, sklera ikterik.hidung simetris tidak ada cuping hidung. Telinga simetris kanan dan kiri. Palpasi Leopold I : TFU pertengahan pusat dan px, teraba bundar, keras, tidak rata dan tidak melenting kemungkinan bokong janin. Leopold II : pada perut ibu sebelah kanan teraba panjang dan keras seperti papan kemungkinan punggung janin dan bagian kiri perut ibu teraba tonjolan-tonjolan kecil kemungkinan ekstremitas janin. Leopold III : pada perut ibu bagian bawah teraba bulat, keras, dan masih bisa digoyangkan, kepala janin belum masuk PAP. Leopold IV : pada bagian bawah perut ibu teraba bulat, melenting dan belum masuk PAP. Auskultrasi Pada perut ibu bagian kanan terdengar detak jantung janin (140 x/i).

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa yang muncul pada kasus ini adalah Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan ditandai dengan Ibu mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas Hb 9,7 gr/d dan sering terasa pusing. Diagnosis ini ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian pasien yang mengalami sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri, cepat lelah saat melakukan aktivitas seperti mencuci dan membersihkan rumah, sementara data mendukung lainya Hb 9,7 gr/dl, Ibu terlihat susah untuk beraktivitas karena kehamilan sudah mulai tua, Wajah terlihat pucat, konjungtiva anemis. Diagnosis pertama ini sesuai dengan teori Proverawati (2011) tanda dan gejalah anemia dalam kehamilan adalah kelelahan, penurunan energi, tampak pucat dan tekanan darah rendah. Menurut Prawirohardjo (2010), Proverawati (2011) dan Pratami (2016) jika ibu hamil kurang mengkonsumsi buah dan sayur (kekurangan zat besi) maka akan sering merasa keletihan karena salah satu penyebab anemia dalam kehamilan adalah defesiensi zat besi, maka akan mengakibatkan kekurangan hemoglobin (Hb) pada ibu hamil dimana zat besi adalah salah satu pembentuk hemoglobin.

Ansietas berhubungan dengan Kurang pengetahuandi tandai dengan Ibu mengatakan takut apabila janinya besar mengurangi makananya supaya berat badanya tidak naik dan takut dengan perubahan yang terjadi. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Ibu mengatakan cemas apabila janinya besar, ibu juga mangatakan mengurangi makananya supaya berat badanya tidak naik. Diagnosis kedua juga sesuai dengan teori yang menjelaskan tanda dan gejalah anemia adalah mengalami penurunan pola pikir atau penurunan tekanan darah, maka apabila pasien mengalami penurunan tekanan darah dan penurunan pola pikir maka akan terjadi suatu gejalah ansietas (kecemasan) (Proverawati, 2011).

Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB ditandai dengan Ibu mengatakan sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri dan cepat lelah, Hb : 9,7 g/dl. Wajah pucat, konjungtiva anemis.

Anemia adalah kondisi dimana berkurangnya sel darah merah (eritrosit) dalam sirkulasi darah atau massa hemoglobin sehingga tidak mampu memenuhi fungsinya sebagai pembawa oksigen keseluruh jaringan (Tarwono, dkk 2007). Sedangkan menurut Pratami (2016)anemia dalam kehamilan didefenisikan sebagai suatu kondisi ketika ibu memiliki kadar hemoglobin kurang dari 11,0 g/dl pada trimester I dan III, atau kadar hemoglobin kurang dari 10,5 g/dl pada trimester II. Rentan mengalami penurunan volume darah, yang dapat mengganggu kesehatan.

* 1. **Perencanaan**

Sesuai dengan proses keperawatan setelah dilakukan pengkajian dan didapatkan data berupa keluhan yang dinyatakan oleh pasien, penulis telah menegakan diagnosa keperawatan. Setelah diagnosa keperawatan ditegakan maka penulis merencanakan tindakan dengan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan. Diagnosa yang pertama Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan dengan tujuan pasien mampu mengurangi tingkat kelelahan dengan kriteria hasil : Tidak terjadi keletihan, tidak terasa pusing saat melakukan aktivitas, Hb = 10,5 g/dl, tidak terjadi tanda-tanda anemis. Tindakan yang penulis rencanakan pada diagnosa ini adalah Tentukan melakuian pekerjaan rumah,bantu pasien untuk mengangkat yang berat-berat dan memlih aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan,anjurkan istirahat yang cukup, bantu pasien untuk menjadwalkan priode istirahat,Instruksikan pasien/orang yang terdekat dengan pasien mengenai kelelahan (gejalah yang mungkin muncul dan kekambuhan yang mungkin nanti akan muncul kembali), anjurkan makan sayuran dan buah-buahan.

Diagnosa yang kedua Ansietas berhubungan dengan Kurang pengetahuandengan tujuan pasien menunjukkan tanda-tanda cemas dalam rentang normal dengan kriteria hasil : Ibu tampak tenang kondisi janin nya, ibu tidak banyak bertanya dan dapat memahami, ibu mengerti akan kebutuhan nutrisi pada janinnya, Ibu menerima perubahan fisiologis pada dirinya. Tindakan yang penulis rencanakan pada diagnosa ini adalah Beri penjelasan tentang kebutuhan nutrisi pada janin nya, berikan penjelasan terhadap perubahan fisilogis pada dirinya, berikan deskripsi detail terkait intervensi relaksasi yang dipilih, ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan**,** dapatkan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnya bernapas dalam, menguap, pernapasan perut, atau banyangan yang menyenangkan**,** minta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi**,** tunjukan dan praktekan teknik relaksasi pada pasien**,** evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi.

Diagnosa yang ketiga Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB ditandai dengan ibu mengatakan Ibu mengatakan sering terasa pusing apabila terlalu lama berdiri dan cepat lelah, Hb : 9,7 g/dl. Wajah pucat, konjungtiva anemis dengan tujuan pasien mampu mengatasi resiko kehilangan darah dengan kriteria hasil : Tidak terjadi anemis, tidak cepat lelah ketika beraktivitas, Hb = 10,5 g/dl, tidak ada tanda-tanda resiko penderahan akibat penuruan Hb Tindakan yang penulis rencanakan pada diagnosa ini adalah Monitor tanda dan gejalah perdarahan, lindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan, hindari mengangkat benda berat, instruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K, instruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat)

* 1. **Implementasi**

Setelah merencanakan tindakan keperawatan maka langkah selanjutnya penulis akan melakukan implementasi keperawatan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan yaitu: Implementasi pada diagnosa Pertama Mentukan melakuian pekerjaan rumah, membantu pasien untuk mengangkat yang berat-berat dan memlih aktivitas-aktivitas yang akan dilakukan, menganjurkan istirahat yang cukup, membantu pasien untuk menjadwalkan priode istirahat, mengnstruksikan pasien/orang yang terdekat dengan pasien mengenai kelelahan (gejalah yang mungkin muncul dan kekambuhan yang mungkin nanti akan muncul kembali)

Implementasi pada diagnosa kedua adalah Memberikan penjelasan tentang kebutuhan nutrisi pada janin nya, memberikan penjelasan terhadap perubahan fisilogis pada dirinya, memberikan deskripsi detail terkait intervensi relaksasi yang dipilih**,** menciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa distraksi dengan lampu yang redup dan suhu lingkungan yang nyaman, jika memungkinkan**,** mengintrusikan perilaku yang menunjukkan terjadinya relaksasi, misalnya bernapas dalam, menguap, pernapasan perut, atau banyangan yang menyenangkan**,** meminta klien untuk rileks dan merasakan sensasi yang terjadi**, m**enunjukan dan praktekan teknik relaksasi pada pasien**,** evaluasi dan dokumentasikan respon terhadap terapi relaksasi.

Implementasi diagnosa dengan resiko perdarahan sudah dilakukan implementasi yaitu **Pencegahan perdarahan :** Memonitor tanda dan gejalah perdarahan, melindungi pasien dari trauma yang dapat menyebabkan perdarahan, menghindari mengangkat benda berat, menginstruksikan pasien untuk meningkatkan makanan yang kaya vitamin K, Menginstruksikan pasien dan keluarga untuk memonitor tanda-tanda perdarahan dan mengambil tindakan yang tepat jika terjadi perdarahan (misalnya melapor kepada perawat).

* 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan pengukuran dari keberhasilan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. Tahap evaluasi merupakan kunci keberhasilan dalam menggunakan proses keperawatan. Berikut evaluasi keperawatan yang telah dilakukan penulis dimana dua diagnosa keperawatan telah teratasi sebagian yaitu Risiko perdarahan berhubungan dengan penurunan kadar HB dan Keletihan berhubungan dengan anemia dalam kehamilan. Sedangkan diagnosa Ansietas berhubungan dengan Kurang pengetahuantelah teratasi.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

**5.1. Kesimpulan**

Setelah melakukan melakukan Asuhan Keperawatan Pada Ny. M : Ibu Hamil dengan Anemia Di Puskesmas Desa Lama Tahun 2019. Maka penulis menyimpulkan :

1. Tahap pengkajian ditemukan pasien mengeluh sering terasa sakit pada pinggang dan sering pusing, badan terasa cepat letih ketika melakukan aktivitas dengan Hb : 9,7 g/dl dan jarang mengkonsumsi buah dan sayur karena takutakan berat janin nya. sesuai yang dialami pasien. Penulis tidak menemukan kesulitan dalam hal ini karena keluarga dan pasien mau berkerja sama dengan penulis.
2. Berdasarkan pengkajian yang dilakukan, penulis menemukan tiga masalah yang ditegakan menjadi diagnosa keperawatan yang terdiri dari satu diagnosa potensial dan dua diagnosa aktual. Untuk diagnosa resiko peradarhani masalah sebagian teratasi, untuk diagnosa keletihan dalm kehamilan anemia masalah sebagian teratasi, dan untuk diagnosa ansietas masalah teratasi.
3. Pada tahap perencanaan dilakukan berdasarkan prioritas masalah yang disesuaikan dengan kebutuhan dasar Maslow. Perencanaan keperawatan penulis buat berdasarkan buku panduan Asuhan Keperawatan Nanda Nic Noc.
4. Dalam tahap pelaksanaan dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dirumuskan, faktor penghambatnya kurang nya mengkonsumsi sayur dan buah karena takut akan berat janinya
5. Untuk tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan telah dilakukan evaluasi dimana dua diagnosa masalah sebagian teratasi dan satu diagnosa keperawatan teratasi.

**5.2. Saran**

* 1. Diharapkan kepada keluarga agar lebih memperhatikan kondisi kesehatan ibu yang sedang hamil dengan menjaga pola makan.
  2. Diharapkan kepada keluarga untuk lebih peduli dengan kondisi janin yang dikandung, dan memberi motivasi kepada ibu yang sedang hamil.
  3. Diharapkan kepada pasien agar menjaga makanan sehingga terpenuhi kebutuhan nutrisi
  4. Diharapkan kepada pasien agar membatasi aktivitas yang berat
  5. Diharapkan kepada pasien agar memintingkan waktu untuk beristirahat.

.

**Daftar Pustaka**

Astriana Willy., 2017. ” Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil Ditinjau Dari Paritas dan Usia”. Jurnal Ilmu Kesehatan No. 2.

Kementerian Kesehatan RI. 2013.”Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2012”*.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

Laksmi. Purwita., 2014. “Penyakit-Penyakit Pada Kehamilan Peran Seorang Internis”. Jakarta : Pusat Buku Penyakit Dalam.

Lynch SR. 2011.”Why nutritional iron deficiency persists as a worldwide problem”. J Nutr 141:763S-768S.

Manuaba, IBG.1998. “Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana”. Jakarta: EGC.

Nanda. 2015. “Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10”. Jakarta : EGC.

Pratami, 2016. “Keperawatan Keluarga Konsep Teori, Proses dan Praktik Kepereawatan”. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Prawirohardjo, 2010. “Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktek dalam Keperawatan”. Jakarta : Salemba Medika.

Proverawati, A..2013. “Anemia dan Anemia Kehamilan”.Yogyakarta: Nuha Medika.

Tarwono, dkk 2007. “Obsterti Williams Panduan Ringkas”. Jakarta : EGC.