

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **IV.1 Hasil Penelitian**

##### **Resume Pengkajian Keperawatan**

Ny. W dengan kehamilan trimester III berusia 37 tahun dilakukan pengkajian pada 26 Februari 2023 dengan G3P2A0 kehamilan 34 minggu. Didapatkan pengkajian Ny. W mengatakan mengeluh sering pusing, Ny.W mengatakan mengeluh mual saat pusing, Ny.W mengatakan selama hamil ia banyak mengurangi aktivitas, Ny. W mengatakan lebih banyak duduk karena pada saat melakukan aktivitas merasa mudah Lelah. Ny. W mengatakan sulit tidur, Ny. W mengatakan sering terbangun di malam hari untuk BAK, Ny.W mengatakan pola tidur berubah semenjak hamil. Ny.W mengatakan tidur malam kadang hanya 4-5 jam saja. Ny,W mengatakan biasa tidur siang bisa 3 jam.Ny.W mengatakan suka minum kopi kadang kadang, Ny.W mengeluh pegal dengan posisi tidur yang miring. Ny. W mengatakan kurang menyukai sayuran hijau. Ny. W mengatakan memiliki Riwayat anemia di kehamilan pertama dan kedua, Ny. W mengatakan masa remaja menstruasinya tidak teratur, Ny. W mengatakan sering pingsan di kehamilan kedua, Ny.W mengatakan hanya sedikit minum air putih perharinya kurang lebih 500 ml-800 ml. Ny. W mengatakan mulut terasa asam, Ny.W mengatakan kesulitan melihat jarak jauh, tidak ada masalah pada sistem panca indera perabaan,penciuman, dan pendengaran. Ny.W mengatakan sering BAK, Ny.W mengatakan bisa 1jam sekali BAK baik siang maupun malam hari.

Didapatkan hasil pemeriksaan Tekanan Darah : 90/60 mmHg, Pernapasan : 18x/menit, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,5°C. Hasil Laboratorium pada tanggal 22 Februari 2023 Hb: 10,5 gr/dl. Mendapat therapy obat B12, Vit C (oral). Ny. W tampak kelelahan, tampak pucat, konjungtiva tampak anemis, CRT <2 detik,akral teraba hangat, tampak cemas.

#### IV.1.1 Pengkajian Keperawatan

##### a. Identitas Pasien

Klien Ny.W , berusia 37 tahun, sebagai ibu rumah tangga dengan Pendidikan akhir SMP/Sederajat, menikah 7 tahun lalu dan sudah dikaruniai 2 anak perempuan, beragama islam, Tn.Y dan Ny. W tinggal di wilayah Pondok Petir Kota Depok.

##### b. Riwayat Keperawatan

###### 1) Riwayat Kesehatan sekarang

Ny.W mengatakan mengeluh sering merasa kelelahan, Ny.W mengatakan sering merasa pusing, sering merasa mual, Ny. W mengatakan lebih banyak mengurangi aktivitas karena merasa mudah Lelah, Ny. W mengatakan kurang mampu memenuhi kebutuhan asupan gizinya, dan Ny. W mengatakan kurang paham mengenai asupan gizi yang baik dan benar, Ny. W mengatakan kurang menyukai sayuran hijau.

###### 2) Riwayat Kesehatan masa lalu

Ny. W pernah di rawat di RS karena typhoid.

###### 3) Riwayat Kesehatan keluarga

Tidak ada perjalanan penyakit keluarga

##### c. Riwayat Obsetri dan Ginekologi

Kehamilan saat ini tidak direncanakan oleh Ny. W dan suami. Status kehamilan saat ini yaitu G3P2A0. Taksiran persalinan pada 12 April 2023 berdasarkan perhitungan HPHT 15 Juli 2022. Ny. W rutin melakukan pemeriksaan ANC minimal 1x dalam 1 bulan. Pada saat sebelum hamil haid tidak teratur dengan keluhan haid dengan nyeri yang berlebihan. Dan Riwayat anemia pada kehamilan kedua. Persalinan anak pertama dan kedua dilakukan secara operasi SC (*Sectio Caesarea*).

##### d. Riwayat Keluarga Berencana

Setelah kelahiran anak pertama, Ny.W melakukan KB suntik hingga anak pertama berusia 4 tahun, kemudian setelah anak kedua tidak melakukan KB hingga berusia 1,5 tahun. Ny. W mengatakan ingin mempunyai 2 anak saja, tapi kehamilan yang ketiga tidak terduga.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Fisik Sistem pernapasan

Frekuensi napas : 18x/menit, inspeksi thoraks : puting payudara menonjol, Palpasi thoraks (vocal fremitus) : ada getaran normal, Perkusi thoraks: bunyi dug dug dug, auskultasi thoraks: tidak ada bunyi suara tambahan, vesikuler, tidak ada masalah (khusus) pada saluran napas.

2) Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah 90/60 mmHg. Nadi :85x/menit, tidak ada problem pada sistem kardiovaskuler.

3) Pemeriksaan Fisik Sistem Imun Hematologi

Ny. W tampak pucat, Konjungtiva tampak anemis, dan capillary refill time <2 detik.

4) Pemeriksaan Fisik Sistem Panca indera

Ny. W mengatakan mulut terasa asam, Ny.W mengatakan kesulitan melihat jarak jauh, tidak ada masalah pada sistem panca indera perabaan,penciuman, dan pendengaran.

5) Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan

Ny. W mengatakan mual, Ny.W mengatakan mulut terasa asam

6) Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin

Ny.W tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid dan tidak terjadi tremor

7) Pemeriksaan Fisik Sistem Reproduksi

Terdapat pembesaran payudara, puting payudara menonjol dan Ny.W mengatakan warna sekitar puting menggelap, tidak ada keputihan, tidak ada varises vagina, dari hasil Leopold letak kepala janin dibagian bawah, bagian fundus lunak, tinggi fundus uteri ibu yaitu 3 jari diatas pusat. Punggung dibagian kanan perut ibu.

8) Pemeriksaan Manuver Leopold

a) Leopold I : Teraba lunak, agak melenting, seperti bokong, Tinggi fundus uteri ibu yaitu 3 jari diatas pusat

- b) Leopold II : Bagian kanan perut ibu teraba seperti memanjang dan keras maka ini merupakan bagian punggung janin
  - c) Leopold III : teraba bulat, keras, mudah digerakkan maka itu bagian kepala janin
  - d) Leopold IV : belum masuk panggul (konvergen)
- 9) Pemeriksaan Fisik Sistem Perkemihan
- Ny.W mengatakan sering BAK, Ny.W mengatakan bisa 1jam sekali BAK baik siang maupun malam hari
- 10) Pemeriksaan Sistem Integumen
- Turgor kulit elastis, tampak pucat, kekuatan tonus otot Ny.W normal, Capillary refill time <2 detik.

**Tabel 2 Data Fokus**

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ny. W mengatakan mengeluh sering pusing</li> <li>2. Ny.W mengatakan mengeluh mual saat pusing</li> <li>3. Ny.W mengatakan selama hamil iaa banyak mengurangi aktivitas</li> <li>4. Ny. W mengatakan lebih banyak duduk karena pada saat melakukan aktivitas merasa mudah Lelah</li> <li>5. Ny. W mengatakan sulit tidur</li> <li>6. Ny. W mengatakan sering terbangun di malam hari untuk BAK</li> <li>7. Ny.W mengatakan pola tidur berubah semenjak hamil.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasil TTV : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TD: 90/60 mmHg,</li> <li>b. RR: 18x/menit</li> <li>c. Nadi: 85x/menit</li> <li>d. Suhu: 36,5°C.</li> </ol> </li> <li>2. Hasil Laboratorium pada tanggal 22 Februari 2023 Hb: 10,5 gr/dl.</li> <li>3. Mendapat therapy obat B12, Vit C (oral).</li> <li>4. Ny. W tampak kelelahan,</li> <li>5. Ny.W tampak pucat</li> <li>6. konjungtiva tampak anemis</li> <li>7. CRT &lt;2 detik</li> <li>8. tampak cemas.</li> <li>9. Ny.W tampak menguap</li> <li>10. Kantung mata Ny.W tampak menghitam</li> </ol>

<p>8. Ny.W mengatakan tidur malam kadang hanya 4-5 jam saja.</p> <p>9. Ny,W mengatakan biasa tidur siang bisa 3 jam.</p> <p>10. Ny.W mengatakan suka minum kopi kadang kadang</p> <p>11. Ny.W mengeluh pegal dengan posisi tidur yang miring.</p> <p>12. Ny. W mengatakan kurang menyukai sayuran hijau.</p> <p>13. Ny. W mengatakan memiliki Riwayat anemia di kehamilan pertama dan kedua</p> <p>14. Ny. W mengatakan masa remaja menstruasinya tidak teratur</p> <p>15. Ny. W mengatakan sering pingsan di kehamilan kedua,</p> <p>16. Ny.W mengatakan hanya sedikit minum air putih perharinya kurang lebih 500 ml-800 ml.</p> <p>17. Ny.W mengatakan sering BAK</p> <p>18. Ny.W mengatakan bisa 1jam sekali BAK baik siang maupun malam hari.</p> <p>19. Ny. W mengatakan mulut terasa asam</p> <p>20. Ny.W mengatakan kesulitan melihat jarak jauh, tidak ada masalah pada sistem panca</p>	
---	--

<p>indera perabaan, penciuman, dan pendengaran.</p> <p>21. Ny.W mengatakan jarang minum obat tablet tambah darah.</p>	
---	--

**Tabel 3 Analisa Data**

No	Data Fokus	Problem	Penyebab
1.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ny.W mengatakan selama hamil ia banyak mengurangi aktivitas</p> <p>b. Ny.W mengatakan lebih banyak duduk, karena pada saat melakukan aktivitas merasa mudah Lelah</p> <p>c. Ny.w mengatakan jarang mengkonsumsi makanan yang mengandung zat besi khususnya sayuran hijau dan buah buahan</p> <p>d. Ny. W mengatakan memiliki Riwayat anemia di kehamilan pertama dan kedua</p> <p>e. . Ny. W mengatakan masa remaja menstruasinya tidak teratur</p> <p>f. Ny.W mengatakan hanya sedikit minum air putih</p>	<p>Perfusi perifer tidak efektif</p>	<p>Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/dl</p>

	<p>perharinya kurang lebih 500 ml-800 ml</p> <p>g. Ny.W mengatakan jarang minum obat TTD</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Ny.W tampak kelelahan</p> <p>b. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>c. Hb : 10.5gr/dl</p> <p>d. Kapiler &lt;2 detik</p> <p>e. Akral teraba hangat</p> <p>f. Kulit tampak pucat</p> <p>g. Turgor kulit elastis</p> <p>h. Hasil TTV :</p> <p>a) Tekanan Darah : 90/60 mmHg</p> <p>b) Pernapasan : 18x/menit</p> <p>c) Nadi: 85x/menit,</p> <p>d) Suhu: 36,5°C.</p>		
2.	<p>Data subjektif :</p> <p>a. Ny. W mengatakan sulit tidur</p> <p>b. Ny.W mengatakan kurang istirahat</p> <p>c. Ny. W mengatakan sering terbangun di malam hari untuk BAK</p> <p>d. Ny.W mengatakan pola tidur berubah semenjak hamil.</p>	<p>Gangguan pola tidur</p>	<p>Kurang kontrol tidur d.d mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup</p>

	<p>e. Ny.W mengatakan tidur malam kadang hanya 4-5 jam saja</p> <p>f. Ny.W mengatakan tidur siang bisa 3 jam</p> <p>Data Objektif :</p> <p>a. Ny. W tampak menguap</p> <p>b. Kantung mata Ny.W tampak menghitam</p> <p>c. Hasil TTV :</p> <p>a) Tekanan Darah : 90/60 mmHg</p> <p>b) Pernapasan : 18x/menit</p> <p>c) Nadi: 85x/menit</p> <p>d) Suhu: 36,5°C.</p>		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <p>a. Ny.W mengatakan selama hamil iaa banyak mengurangi aktivitas,</p> <p>b. Ny. W mengatakan lebih banyak duduk karena pada saat melakukan aktivitas merasa mudah Lelah</p> <p>Data objektif :</p> <p>a. Tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</p> <p>b. Tampak lemah</p> <p>c. Tekanan Darah : 90/60 mmHg</p>	Intoleransi aktivitas	Kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah

#### IV.1.2 Diagnosa Keperawatan

No.	Masalah Keperawatan	Tanggal ditemukan
1.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin tentang factor pemberat ditandai dengan warna kulit pucat, konjungtiva anemis	26 Februari 2023
2.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup	26 Februari 2023
3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah	26 Februari 2023

#### IV.1.3 Intervensi Keperawatan

- a. Intervensi DX 1 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/d

**1) SLKI: Perfusi perifer (Kode L.02011, hlm.84)**

- a) Warna kullit pucat menurun
- b) Tekanan darah sistolik membaik
- c) Tekanan darah diastolic membaik

**2) SIKI : Edukasi diet (Kode I.12369, hlm.54)**

Observasi

- a) Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi
- b) Identifikasi tingkat pengetahuan saat ini
- c) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- d) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan

- e) Identifikasi keterbatasan finansial untuk menyediakan makanan
- Edukasi
- a) Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap Kesehatan
  - b) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
  - c) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
- b. Intervensi DX 2 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup
- 1) SLKI : Pola Tidur (Kode L.05045, hlm. 96)**
- a) Keluhan sulit tidur meningkat
  - b) Keluhan pola tidur berubah meningkat
  - c) Keluhan istirahat tidak cukup meningkat
  - d) Konjungtiva anemis menurun
- 2) SIKI : Dukungan Tidur (Kode I.05174, hlm.48)**
- Observasi
- a) Identifikasi pola aktivitas dan tidur
  - b) Identifikasi faktor pengganggu tidur
  - c) Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur
- Terapeutik
- 1) Batasi waktu tidur siang
  - 2) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan
- Edukasi
- 1) Anjurkan menghindari makanan dan minuman yang mengganggu tidur
- c. Intervensi DX 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun
- 1) SLKI : Toleransi Aktivitas (Kode L.05047, hlm.149)**
- a) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
  - b) Keluhan lelah menurun
  - c) Perasaan lemah menurun
  - d) Warna kulit membaik

e) Tekanan darah membaik

**2) SIKI : Manajemen energi (Kode I.05178, Hlm.176).**

Observasi

- a) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- b) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- c) Monitor pola jam tidur
- d) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- a) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan (istirahat sambil mendengar music/ murottal)

Edukasi

- a) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- b) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

#### **IV.1.4 Implementasi Keperawatan**

a. Tanggal 26 Februari 2023

- 1) Implementasi DX 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/d.

**Pukul 14.00 WIB** dilakukan pemeriksaan TTV. Didapatkan hasil TD: 90/60 mmHg, RR: 18x/menit, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,5°C. Ny.W tampak lemah, Konjungtiva tampak anemis, Kapiler <2detik, Akral teraba hangat Kulit tampak pucat, Turgor kulit menurun. Perawat menganjurkan Ny.W mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai kondisi yang dialami. Hasil dari Tindakan adalah Ny.W mengatakan masih merasa pusing, Ny.W mengatakan merasa mual mulai berkurang Ny.w mengatakan jarang mengkonsumsi makanan yang mengandung

zat besi khususnya sayuran hijau dan buah buahan, Ny. W mengatakan memiliki Riwayat anemia di kehamilan pertama dan kedua, Ny. W mengatakan masa remaja menstruasinya tidak teratur, Ny.W mengatakan hanya sedikit minum air putih perharinya kurang lebih 500 ml-800 ml, Ny.W mengatakan jarang minum obat TTD. Perawat menganjurkan perbanyak cairan oral dengan minum sedikit tapi sering, Ny.W mengatakan akan sering minum air mineral sedikit tapi sering Perawat mengedukasi serta memberi jus Bayam untuk meningkatkan kadar HB pada klien. Ny.W tampak minum air mineral sekitar 250ml(aqua gelas), dan Ny.W tampak minum jus bayam hingga abis sekitar 250ml. perawat melibatkan keluarga dalam pemberian asupan dan penyediaa jus bayam untuk Ny.W, Keluarga mengatakan mengerti dan akan menyediakan jus bayam dan makanan minuman yang mengandung zat besi untuk Ny.W.

- 2) Implementasi DX 2: Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup

**Pukul 15.00 WIB** Perawat mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur klien dan mengidentifikasi faktor pengganggu tidur. Ny.W mengatakan tidur malam kadang hanya 4-5 jam, Ny.W mengatakan biasanya tidur siang kurang lebih 3 jam lamanya, Ny.W mengeluh sulit tidur, Ny.W mengeluh sering terbangun untuk BAK, Ny.W mengeluh pegal dengan posisi tidur miring, Ny.W mangatakan pola tidur berubah semenjak hamil, Ny.W tampak menguap, kantung mata Ny.W tampak menghitam. Perawat mengajarkan Teknik relaksasi napas dalam dan menyarankan untuk membatasi minum banyak sebelum tidur. Ny.W mengatakan lebih relaks setelah melakukan Teknik relaksasi napas dalam

- 3) Implementasi DX 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah.

**Pukul 16.00 WIB** Perawat mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan. Ny.W mengatakan kelelahan disebabkan kehamilan yang sudah membesar, dan merasa mudah Lelah jika beraktivitas sedikit. Perawat memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan untuk Ny.W dengan menyarankan saat istirahat sambil mendengarkan murottal atau music yang disukai, Ny.W mengatakan lebih tenang saat istirahat sambil mendengarkan murottal. Perawat menganjurkan klien untuk istirahat dengan cukup dengan tidur guna mengurangi tanda gejala berkepanjangan seperti rasa pusing, Ny.W mengatakan pusing berkurang saat berbaring tidur. Ny.W masih tampak lemah, Ny.W tampak sedikit lebih tenang dan rileks

b. Tanggal 27 Februari 2023

**1) Implementasi DX 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/dl.**

**Pukul 13.00 WIB** perawat melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 110/60 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu: 36,3°C dan RR 20 x/menit. Perawat mengidentifikasi pola makan saat ini dan masa lalu, Ny.W mengatakan sebelum hamil sehari kadang hanya 2x/hari, setelah hamil pada trimester awal sempat berkurang karena mual, pada trimester III ini nafsu makan bertambah namun seminggu akhir ini sedikit kurang nafsu makan karena mual yang diakibatkan dari pusingnya. Perawat mengajarkan cara merencanakan makanan serta merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet dengan mengedukasi klien dan keluarga agar menyediakan asupan nutrisi yang mengandung zat besi dan asam folat seperti sayur bayam, sup ayam, sup telur dan buah buahan yang masih terjangkau harganya seperti semangka, buah naga, dll. Keluarga mengatakan akan menyediakan asupan nutrisi yang mengandung zat besi dan asam folat, dan tampak ibu mertua membawakan buah buahan seperti jeruk dan pisang, Ny.W mengatakan kurang suka dengan sayuran hijau, tetapi dia tetap ingin makan agar asupan nutrisi pada janin terjamin. Tampak Ny.W sambil memakan

jeruk. Perawat memberikan asupan oral berupa jus buah naga guna meningkatkan kadar Hb untuk memproduksi sel darah merah dan mengatasi anemia semakin parah. Ny.W tampak menghabiskan jus buah naganya. Perawat memotivasi Ny.W agar banyak asupan cairan, Ny.W mengatakan hari ini sudah minum sekitar 2 botol aqua sedang sekitar 1000ml. Ny.W tampak pucat berkurang, wajah Ny.W tampak lebih segar.

**2) Implementasi DX 2: Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup**

**Pukul 14.00 WIB** Perawat mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur. Ny.W mengatakan suka minum banyak di malam hari sebelum tidur dan suka minum kopi kadang kadang. menyarankan klien agar membatasi waktu tidur siang, agar tidur malam klien lebih Panjang waktunya dan perawat menjelaskan mengenai prosedur terapi musik, dengan menanyakan musik apa yang di sukai oleh Ny.W mengatakan suka lagu shalawat. Perawat juga mengatur posisi yang nyaman, perawat juga mengatur volume musik dan perawat menganjurkan untuk posisi rileks pada saat terapi. Ny.W mengatakan lebih nyaman dan rileks dalam melakukan terapi musik ini, Ny.W tampak memahami terapi music. Ny.W mengatakan akan mencobanya setiap akan tidur. Ny.W tampak tenang. Ny.W mengatakan tidur semalam mulai sedikit nyenyak dengan menerapkan anjuran perawat untuk membatasi minum banyak sebelum tidur, dan menerapkan relaksasi napas dalam. Ny.W tampak sedikit lebih segar

**3) Implementasi DX 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah.**

**Pukul 15.30 WIB** Perawat memonitor kelelahan fisik dan emosional klien, Ny.W mengatakan Lelah berkurang, hanya dipagi hari kadang Lelah mengurus anak-anaknya yang susah makan. Perawat memonitor/mengidentifikasi pola jam tidur klien, Ny.W mengatakan

Tidur kadang-kadang sering terbangun karena ingin BAK terus, kurang nyaman dengan posisi tidur yang miring Ny.W mengatakan merasa pegal dipundak tidur dengan posisi miring. Perawat memonitor dan mengidentifikasi lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas, Ny.W mengatakan tidak nyaman berdiri terlalu lama seperti melakukan aktivitas seperti mengepel lantai, menyapu karena pinggang terasa pegal. Perawat memberikan dan mengajarkan aktivitas distraksi yang menenangkan dan mengurangi rasa pegal dengan cara relaksasi napas guna menenangkan otot-otot pinggang saat beraktivitas. Ny.W tampak melakukan relaksasi napas dalam, Ny. W mengatakan terasa lebih nyaman setelah dilakukan relaksasi napas dalam.

c. Tanggal 28 Februari 2023

- 1) Implementasi DX 1: Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/dl.

**Pukul 15.00 WIB WIB** perawat melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil TD: 120/70 mmHg, Nadi : 81x/menit, Suhu: 36,0°C dan RR 21 x/menit. Perawat mengidentifikasi pola makan saat ini, Ny.W mengatakan hari ini sudah makan 3x/hari, perawat merekomendasikan makanan yang sesuai dengan diet dan terjangkau harganya yaitu orek tempe dan sup telur, Ny.W mengatakan akan mencoba memasak orek tempe dan sup telur besok pagi. Perawat menganjurkan memberikan asupan oral, keluarga Ny.W mengatakan tadi siang membuat jus jambu untuk Ny.W. perawat mendorong klien untuk memenuhi kebutuhan cairannya lebih banyak lagi. Ny.W mengatakan hari ini sudah minum air mineral 1 botol besar aqua dan 1 botol sedang aqua, sekitar 2000ml. Ny. W tampak sudah tidak pucat, tampak tidak lemas.

- 2) Implementasi DX 2 : Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup.

**Pukul 16.00 WIB** perawat menganjurkan klien untuk menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur dengan menganjurkan

untuk tidak mengonsumsi kopi pada saat kehamilan. Ny.W mengatakan akan mengurangi atau tidak mengonsumsi kopi sementara, perawat mengajarkan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan saat tidur dengan melakukan pijat sederhana seperti memijat kaki, tangan, dan bagian Pundak, tetapi hindari pijatan di area pinggul, perut, dan perut karena bisa memicu kontraksi dan perawat mengajarkan pengaturan posisi tidur dengan sering mengubah posisi tidur miring kanan miring kiri sesekali berbaring telentang tapi tidak boleh lama agar tidak pegal disatu sisi. Ny.W mengatakan terasa lebih nyaman, dan pegal berkurang. Ny.W mengatakan tidurnya semalam sudah nyenyak dan hanya terbangun sekali untuk BAK, kantung mata Ny.W tampak sudah memudar hitamnya, Ny.W tampak lebih segar, Ny.W mengatakan bisa tidur lebih awal dan Ny.W mengatakan merasa relaks saat tidur.

- 3) Implementasi DX 3: Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah.

**Pukul 17.00 WIB** perawat memonitor dan mengidentifikasi kelelahan fisik dan emosional klien. Ny.W mengatakan Lelah sudah sangat berkurang karena menerapkan relaksasi napas dalam dan saat beristirahat sambil mendengarkan murottal. Perawat mengajarkan dan memberikan distraksi yang menenangkan untuk istirahat dengan menonton kajian atau film melalui youtube di ponsel. Ny.W mengatakan untuk menonton youtube menunggu suaminya pulang kerja karena yang memiliki ponsel hanya suaminya, untuk meminjam ke saudara klien merasa tidak enak, perawat menganjurkan klien untuk menghubungi perawat jika ada tanda dan gejala kelelahan yang tidak berkurang. Ny.W mengatakan akan memberi tau jika merasa kelelahannya tidak berkurang, Ny.W tampak terlihat tidak Lelah, tampak sudah tidak lesu, tampak lebih bersemangat dari hari sebelumnya.

#### IV.1.5 Evaluasi Keperawatan

- a. Evaluasi Keperawatan DX 1 : Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin d.d warna kulit pucat, konjungtiva anemis, Hb 10.5gr/dl

##### 1) Tanggal 26 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan masih merasa pusing , Ny.W mengatakan merasa mual mulai berkurang, Ny.W mengatakan akan sering minum air mineral sedikit tapi sering, keluarga mengatakan akan memantau asupan nutrisi serta menyediakan jus bayam atau makanan minuman yang mengandung zat besi untuk Ny.W

**O:** TD : 90/60 mmHg, RR: 18x/menit, Nadi: 85x/menit, Suhu: 36,5°C. Ny.W tampak lemah, Konjungtiva tampak anemis , Akral teraba hangat, Kulit tampak pucat, Turgor kulit menurun, Ny.W tampak minum air mineral sekitar 250ml(aqua gelas), dan Ny.W tampak minum jus bayam hingga abis sekitar 250ml

**A:** Masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungann dengan Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat ditandai dengan warna kulit pucat, konjungtiva anemis belum teratasi

**P:** Intervensi Edukasi diet dilanjutkan :

- a) Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu
- b) Identifikasi persepsi pasien dan keluarga tentang diet yang di programkan
- c) Ajarkan cara merencanakan makanan yang sesuai program
- d) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
- e) Berikan asupan oral (Jus buah naga)
- f) Dorong klien minum jus bayam atau makanan minuman mengandung zat besi
- g) Dorong klien memenuhi kebutuhan cairan

##### 2) Tanggal 27 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan sebelum hamil sehari kadang hanya 2x/hari, setelah hamil pada trimester awal sempat berkurang karena mual, pada

trimester III ini nafsu makan bertambah namun seminggu akhir ini sedikit kurang nafsu makan karena mual yang diakibatkan dari pusingnya. Ny.W mengatakan mual juga mulai berkurang lagi, Keluarga mengatakan akan menyediakan asupan nutrisi yang mengandung zat besi dan asam folat, Ny.W mengatakan kurang suka dengan sayuran hijau, tetapi dia tetap ingin makan agar asupan nutrisi pada janin terjamin.

**O:** TD: 110/60 mmHg, Nadi : 89x/menit, Suhu: 36,3°C dan RR 20 x/menit, tampak ibu mertua membawakan buah buahan seperti jeruk dan pisang, Tampak Ny.W sambil memakan jeruk, Ny.W tampak menghabiskan jus buah naganya.Ny.W mengatakan hari ini sudah minum sekitar 2 botol aqua sedang sekitar 1000ml. Ny.W tampak pucat berkurang, wajah Ny.W tampak lebih segar.

**A:** Masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungann dengan Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat ditandai dengan warna kulit pucat, konjungtiva anemis teratasi sebagian

**P:** Intervensi Edukasi Diet dilanjutkan

- a) Identifikasi pola makan saat ini
- b) Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet
- c) Berikan asupan oral
- d) Dorong klien memenuhi kebutuhan cairan

### 3) Tanggal 28 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan hari ini sudah makan 3x/hari, Ny.W mengatakan akan mencoba memasak orek tempe dan sup telur besok pagi. keluarga Ny.W mengatakan tadi siang membuat jus jambu untuk Ny.W. Ny.W mengatakan hari ini sudah minum air mineral 1 botol besar aqua dan 1 botol sedang aqua, sekitar 2000ml.

**O:** TD: 120/70 mmHg, Nadi : 81x/menit, Suhu: 36,0°C dan RR 21 x/menit. Ny. W tampak sudah tidak pucat, tampak tidak lemas.

**A:** Masalah Perfusi perifer tidak efektif berhubungann dengan Kurang terpapar informasi tentang factor pemberat ditandai dengan warna kulit pucat, konjungtiva anemis teratasi sebagian

- P:** Intervensi dipertahankan dan dilanjutkan secara mandiri oleh Ny.W
- b. Evaluasi Keperawatan DX 2: Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurang kontrol tidur ditandai dengan mengeluh sulit tidur, mengekuk pola tidur berubah, dan mengeluh istirahat tidak cukup

1) Tanggal 26 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan tidur malam kadang hanya 4-5 jam, Ny.W mengatakan biasanya tidur siang kurang lebih 3 jam lamanya, Ny.W mengeluh sulit tidur, Ny.W mengeluh sering terbangun untuk BAK, Ny.W mangatakan pola tidur berubah semenjak hamil, Ny.W mengatakan lebih relaks setelah melakukan Teknik relaksasi napas dalam. Ny.W mengatakan suka pegal dimalam hari karena posisi tidur miring

**O:** Ny.W tampak masih sedikit menguap, kantung mata Ny.W masih tampak menghitam.

**A:** Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur belum tertatasi

**P:** Intervensi dukungan tidur dilanjutkan

- a) Batasi waktu tidur siang
- b) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

2) Tanggal 27 Februari 2023

**S :** Ny.W mengatakan suka lagu shalawat. Perawat juga mengatur posisi yang nyaman, Ny.W mengatakan lebih nyaman dan rileks dalam melakukan terapi musik ini. Ny.W mengatakan akan mencobanya setiap akan tidur. Ny.W mengatakan tidur semalam mulai sedikit nyenyak dengan menerapkan anjuran perawat untuk membatasi minum banyak sebelum tidur, dan menerapkan relaksasi napas dalam. Ny.W mengatakan suka minum kopi kadang kadang

**O:** Ny.W tampak tenang saat melakukan terapi musik, Ny.W tampak memahami terapi music, Ny.W tampak sedikit lebih segar.

**A:** Masalah Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi sebagian

**P:** intervensi dukungan tidur dilanjutkan :

- a) Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur
- b) Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi)

3) Tanggal 28 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan akan mengurangi atau tidak mengonsumsi kopi sementara, Ny.W mengatakan terasa lebih nyaman, dan pegal berkurang. Ny.W mengatakan tidurnya semalam sudah nyenyak dan hanya terbangun sekali untuk BAK, Ny.W mengatakan bisa tidur lebih awal dan Ny.W mengatakan merasa relaks saat tidur

**O:** kantung mata Ny.W tampak sudah memudar hitamnya, Ny.W tampak lebih segar

**A:** Masalah gangguan pola tidur berhubungan kurang kontrol tidur teratasi sebagian

**P:** intervensi dipertahankan, dilanjutkan secara mandiri oleh Ny.W

c. Evaluasi Keperawatan DX 3 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan mengeluh Lelah, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, tekanan darah menurun, Hb rendah

1) Tanggal 26 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan kelelahan disebabkan kehamilan yang sudah membesar, dan merasa mudah Lelah jika beraktivitas sedikit, Ny.W mengatakan lebih tenang saat istirahat sambil mendengarkan murottal, Ny.W mengatakan pusing berkurang saat berbaring tidur.

**O:** Ny.W masih tampak lemah, Ny.W tampak sedikit lebih tenang dan rileks

**A:** Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan belum teratasi

**P:** Intervensi Manajemen Energi Dilanjutkan :

- a) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- b) Monitor pola jam tidur
- c) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

- d) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan (relaksasi napas dalam)
  - e) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
  - f) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
- 2) Tanggal 27 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan Lelah berkurang, hanya dipagi hari kadang Lelah mengurus anak-anaknya yang susah makan. Ny.W mengatakan Tidur kadang-kadang sering terbangun karena ingin BAK terus, kurang nyaman dengan posisi tidur yang miring Ny.W mengatakan merasa pegal dipundak tidur dengan posisi miring. Ny.W mengatakan tidak nyaman berdiri terlalu lama seperti melakukan aktivitas seperti mengepel lantai, menyapu karena pinggang terasa pegal. Ny. W mengatakan terasa lebih nyaman setelah dilakukan relaksasi napas dalam

**O:** Ny.W tampak melakukan relaksasi napas dalam, Ny.W tampak sudah tidak pucat, Ny.W tampak terlihat tidak terlalu Lelah

**A:** Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi sebagian

**P:** Intervensi manajemen energi dilanjutkan

- a) Monitor kelelahan fisik dan emosional
  - b) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
  - c) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
  - d) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan
- 3) Tanggal 28 Februari 2023

**S:** Ny.W mengatakan Lelah sudah sangat berkurang karena menerapkan relaksasi napas dalam dan saat beristirahat sambil mendengarkan murottal. Ny.W mengatakan untuk menonton youtube menunggu suaminya pulang kerja karena yang memiliki ponsel hanya suaminya, untuk minjam ke saudara klien merasa tidak enakan, Ny.W

mengatakan akan memberi tau jika merasa kelelahannya tidak berkurang.

**O:** Ny.W tampak terlihat tidak Lelah, tampak sudah tidak lesu, tampak lebih bersemangat dari hari sebelumnya

**A:** Masalah Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan teratasi Sebagian

**P:** Intervensi dipertahankan, dilanjutkan secara mandiri oleh Ny.W

## **IV.2 Pembahasan**

### **IV.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari semua proses asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mendapatkan atau mengumpulkan informasi data pasien baik di rumah sakit maupun di komunitas, dengan cara mengukur data, memvalidasi data, dan mendokumentasikan data yang didapatkan. Dalam pengkajian keperawatan bisa disebut juga dengan pengumpulan, validasi, dan mendokumentasikan data secara sistematis dan berkesinambungan. Contohnya pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk menentukan hasil dari Tindakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi untuk pencapaian tujuan (Jannah. M, 2019).

Terdapat kesamaan antara hasil pengkajian secara teori dan berdasarkan fenomena yang terjadi. Factor pendukung yang penulis dapatkan saat melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik adalah Ny.W sangat kooperatif sehingga tidak ditemukan factor penghambat dalam melakukan tahap pengkajian terhadap Ny.W.

### **IV.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana Tindakan asuhan keperawatan. Dan diagnosa keperawatan juga merupakan suatu kesimpulan yang dihasilkan dari Analisa data, diagnosa keperawatan merupakan suatu Langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan Kesehatan baik factual maupun potensial (Baringbing, J. O, 2020).

Berdasarkan teori terdahulu, yang kemungkinan beberapa diagnosa yang muncul saat anemia pada kehamilan adalah seperti masalah perfusi perifer tidak

efektif, gangguan ventilasi spontan, deficit nutrisi, intoleransi aktivitas, keletihan, deficit pengetahuan, ansietas, gangguan citra tubuh, resiko infeksi, dan resiko jatuh, gangguan pola tidur.

Berdasarkan hasil kesimpulan yang diperoleh dari literature terdahulu, sebagai acuan penulis menegakkan diagnosa keperawatan dengan menggunakan SDKI (2016-2017) yaitu perfusi perifer tidak efektif (D.0009, Edisi 1, Cetakan III. SDKI, 2017: 37), Gangguan Pola Tidur (D.0055, Edisi 1, Cetakan III. SDKI, 2017: 126), Intoleransi aktivitas (D.0056, Edisi 1, Cetakan III. SDKI, 2017: 128).

Diagnosa prioritas Perfusi perifer tidak efektif terjadi Ketika penurunan sirkulasi darah pada kapiler yang dapat mengganggu metabolisme tubuh, jadi Ketika tidak dilakukan pengobatan sehingga dapat muncul gangguan Kesehatan pada ibu hamil, aktivitas ibu dan berpengaruh terhadap pertumbuhan janin. Asuhan keperawatan dilakukan untuk pengobatan (RA Dhany, 2021).

Diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan pola tidur kondisi dimana sering dialami oleh ibu hamil trimester III, yang bisa terjadi karena perubahan adaptasi baik fisiologis maupun psikologis, perubahan fisiologis yang terlihat yaitu pembesaran perut karena bertambahnya usia kehamilan,. Selain itu ibu hamil sering mengalami nyeri punggung, tidur kurang nyenyak, kaki membengkak dan sering BAK. Dengan pertumbuhan janin yang semakin membesar dapat terjadi penekanan pada kandung kemih ibu yang mengakibatkan kapasitas kandung kemih jadi terbatas sehingga ibu sering kali ingin buang air kecil, terutama pada malam hari, hal ini yang dapat mengganggu istirahat ibu termasuk waktu tidurnya (Nurfazriah et al, 2021).

Diagnosa keperawatan ketiga yaitu intoleransi aktivitas. Pada ibu hamil dengan anemia mudah sekali mengalami kelelahan atau merasa Lelah dalam melakukan aktivitas sehari-hari, intoleransi aktivitas pada ibu hamil dengan anemia bisa disebabkan dari tanda dan gejala serta penyebab nya, yang awalnya terjadi gangguan pola tidur yang menyebabkan kurang tidur menurun timbul tanda gejala seperti pusing, anoreksia, lemas, dan cepat Lelah, dan muncul diagnose keperawatan intoleransi aktivitas.

Terdapat kesamaan antara diagnose dengan literature terdahulu yang membahas anemia pada kehamilan trimester III, bahwa dimana ibu hamil dengan

anemia pada kehamilan trimester III mengalami masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif yang mengakibatkan perburukan pada ibu dan janin serta kurangnya asupan gizi yang mengandung zat besi akan menyebabkan Kesehatan pada janin seperti berat badan lahir rendah (BBLR). Kemudian dari kondisi ibu hamil trimester III dapat timbul gangguan pola tidur yang membuat ibu tidak nyaman atau tidak nyenyak karena kurangnya waktu tidur. Factor pendukung dalam menegakkan ketiga diagnose keperawatan tersebut adalah penulis dapat melakukan pengkajian dan mengumpulkan data secara langsung kepada pasien tanpa orang ketiga. Namun terdapat factor penghambat yaitu tidak ada hasil pemeriksaan penunjang medis secara lengkap karena keterbatasan penullis dalam melakukan asuhan keperawatan secara mandiri di lingkungan komunitas.

### **IV.2.3 Intervensi Keperawatan**

Rencana keperawatan merupakan fase ketiga dalam proses asuhan keperawatan sebagai suatu susunan atau untuk mengarahkan Tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah , dan mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pada tahap ini perawat merencanakan suatu Tindakan keperawatan agar dalam melakukan Tindakan terhadap pasien efektif dan efisien.

Penulis dalam melakukan perencanaan yang sesuai penulis mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (2019) bertujuan untuk menentukan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan penulis untuk dicapai, kemudian mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018) dalam menentukan rencana keperawatan yang tepat agar tujuan dan kriteria hasil dapat tercapai pada Ny.W berdasarkan dari data yang didapat sebagai factor pendukung dalam menentukan perencanaan ini. Maka tidak ada factor penghambat dalam menentukan rencana keperawatan pada Ny.W.

Pada diagnose keperawatan Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin penulis membuat rencana Tindakan keperawatan untuk menganjurkan Ny.W mengungkapkan perasaan secara verbal mengenai kondisi yang dialami agar penulis tahu mengenai keluhan apa saja yang dialami klien, penulis juga menganjurkan minum sedikit tapi sering untuk

meningkatkan asupan cairan. Dan penulis juga memberikan asupan oral berupa jus bayam, jambu, serta jus buah naga untuk meningkatkan kadar HB. Dilihat juga dari hasil penelitian terdahulu dimana pemberian asupan oral berupa jus bayam, jambu dan buah naga efektif untuk meningkatkan kadar hemoglobin. Dimana dari hasil penelitian terdahulu salah satunya pemberian jus jambu biji merah di berikan 1x/hari 250ml dapat meningkatkan kadar hemoglobin hingga 2,89 gr/dl. Penulis juga mengajak keluarga agar terlibat dalam memenuhi kebutuhan asupan nutrisi klien.

Pada masalah dengan diagnose keperawatan Gangguan pola tidur perawat merencanakan melakukan Tindakan keperawatan berupa relaksasi napas dalam, terapi music, pengaturan posisi dan pijat untuk memberikan kenyamanan dan merilekskan Ny.W dan menganjurkan Ny.W untuk menerapkan Tindakan tersebut jika sulit tidur.

Dalam masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, penullis merencanakan Tindakan keperawatan dengan memberikan aktivitas distraksi yang menenangkan untuk Ny.W dengan menyarankan saat istirahat sambil mendengarkan murottal atau music yang disukai untuk menenangkan saat istirahat dan mengurangi kelelahan. Dilihat juga dar hasil penelitian terdahulu bahwa mendengarkan murrottal untuk menenangkan saat istirahat itu efektif baik menenangkan fikiran maupun fisik.

#### **IV.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi merupakan perwujudan dari sebuah intervensi keperawatan yang telah direncanakan di tahap perencanaan. Implementasi ini bertujuan untuk mencapai keberhasilan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam Tindakan keperawatan berpengaruh pada hasil yang di harapkan. Implementasi keperawatan juga merupakan suatu perwujudan wacana pada aktivitas keperawatan untuk meraih tujuan dan hasil yang sudah di tetapkan.(Sahputri,A.H, 2020).

Dalam melakukan Tindakan keperawatan pada Ny.W, penulis tidak melakukan Tindakan khusus saat mengimplementasikan intervensi atau rencana Tindakan keperawatan yang telah dibuat. Namun terdapat Tindakan keperawatan

rutin yang dilaksanakan pada setiap pertemuan untuk mendapatkan hasil yang dapat melihat perkembangan atau perubahan yang terjadi setelah dilakukan implementasi keperawatan. Penulis memberikan asupan oral yang mengandung zat besi selama 3 hari untuk meningkatkan kadar Hb pada klien.

Terdapat hambatan dalam melakukan Tindakan keperawatan pada Ny.W terkhusus pada masalah intoleransi aktivitas karena keterbatasan perawat tidak dapat memantau Ny.W selama 24 jam.

#### **IV.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan suatu proses terakhir dalam asuhan keperawatan yang dilakukan dengan cara melakukan identifikasi untuk melihat keberhasilan dari suatu Tindakan keperawatan tercapai atau tidak. Dan untuk melihat apakah ada dampak lain setelah dilakukan rencana asuhan keperawatan yang telah dilakukan. Peran kita sebagai perawat dalam proses evaluasi keperawatan ini diharuskan berfikir secara kritis karena sangat penting dalam mencapai keberhasilan dari perawatan kepada klien. (Fatimah, 2019)

Penulis mengevaluasi perkembangan Ny.W setelah dilakukan implementasi keperawatan yang diharapkan dapat mencapai kriteria hasil yang ditetapkan pada diagnose keperawatan Perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, intoleransi aktivitas. Dari implementasi yang telah dilakukan atau diberikan selama 3x pertemuan, diharapkan Tindakan untuk mengatasi atau mengurangi masalah perfusi perifer tidak efektif, gangguan pola tidur, dan intoleransi aktivitas dapat di teruskan Ny.W dengan melakukan secara mandiri.

Ketersediaan dan keterbukaan Ny.W dan keluarga merupakan menjadi factor pendukung dalam tahap evaluasi keperawatan ini, sehingga dapat mencapai kriteria hasil yang diharapkan yaitu dilihat dari Ny.W yang mulai paham mengenai anemia pada kehamilan, dan mulai menerapkan asupan gizi yang baik dan benar. Kemudian intervensi dilanjutkan secara mandiri oleh Ny.W. masalah gangguan pola tidur dan intoleransi aktivitas dapat mencapai tujuan dan kriteria hasil sehingga masalah tersebut akan ikut teratasi seussai dilaksanakannya Tindakan keperawatan. Setelah intervensi di hentikan oleh perawat, Ny.W dianjurkan untuk melakukan Tindakan atau metode secara mandiri untuk mengurangi masalah tersebut.