

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**



OLEH :

SUNDARI RIZKY YUSNIAR
P0. 7220117074

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII KEPERAWATAN SAMARINDA**

2020

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS
GRAVIDARUM YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)
Pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim



OLEH :

SUNDARI RIZKY YUSNIAR
P0. 7220117074

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI DIII KEPERAWATAN SAMARINDA
2020**

SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari KTI orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun baik sebagian maupun keseluruhan. Jika terbukti bersalah, saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan yang berlaku.

Balikpapan, Mei 2020

Yang menyatakan

Sundari Rizky Yusniar
NIM. P07220117074

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI

UNTUK DIUJIKAN

TANGGAL, 14 MEI 2020

Oleh

Pembimbing

Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep. Mat

NIDN. 4013106302

Pembimbing Pendamping

Dr. Hj. Nina Mardiani, S.Pd.,M.Kes

NIDN. 4025096101

Mengetahui,

Ketua Program Studi D-III Keperawatan
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep

NIP. 196803291994022001

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis
Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit

Telah diuji

Pada tanggal, 14 Mei 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji

Rus Andraini, A.Kp., MPH
NIDN. 4006027101

Penguji Anggota

1. Ns. Grace C Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat
NIDN. 4013106302

2. Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes
NIDN. 4025096101

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Ketua Prodi D-III Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Kaltim

Hj. Umi Kalsum, S. Pd., M.Kes
NIP. 196508251985032001

Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep.
NIP. 196803291994022001



Halaman Persembahan

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Puji dan syukur kehadiran Allah Subhanahu Wa Ta'ala Yang telah melimpahkan Rahmat, Taufiq, dan Hidayah - Nya sehingga saya bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan keharibaan Rasulullah Muhammad Shallallahu Alaihi Wasallam. Saya persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat saya kasih dan sayangi

Teruntuk Orang Tua dan Adik Tersayang,

Terimakasih untuk ayah dan mama yang selalu memberi semangat dan doa yang sangat berarti dalam hidup saya, pengorbanan dan kesabaran yang luar biasa dalam menghadapi saya. Dan terimakasih atas dukungan dan suportnya selama ini. Semoga Allah selalu memberikan kesehatan kepada ayah, mama dan juga adik Aamiin

Teruntuk Dosen Pembimbing,

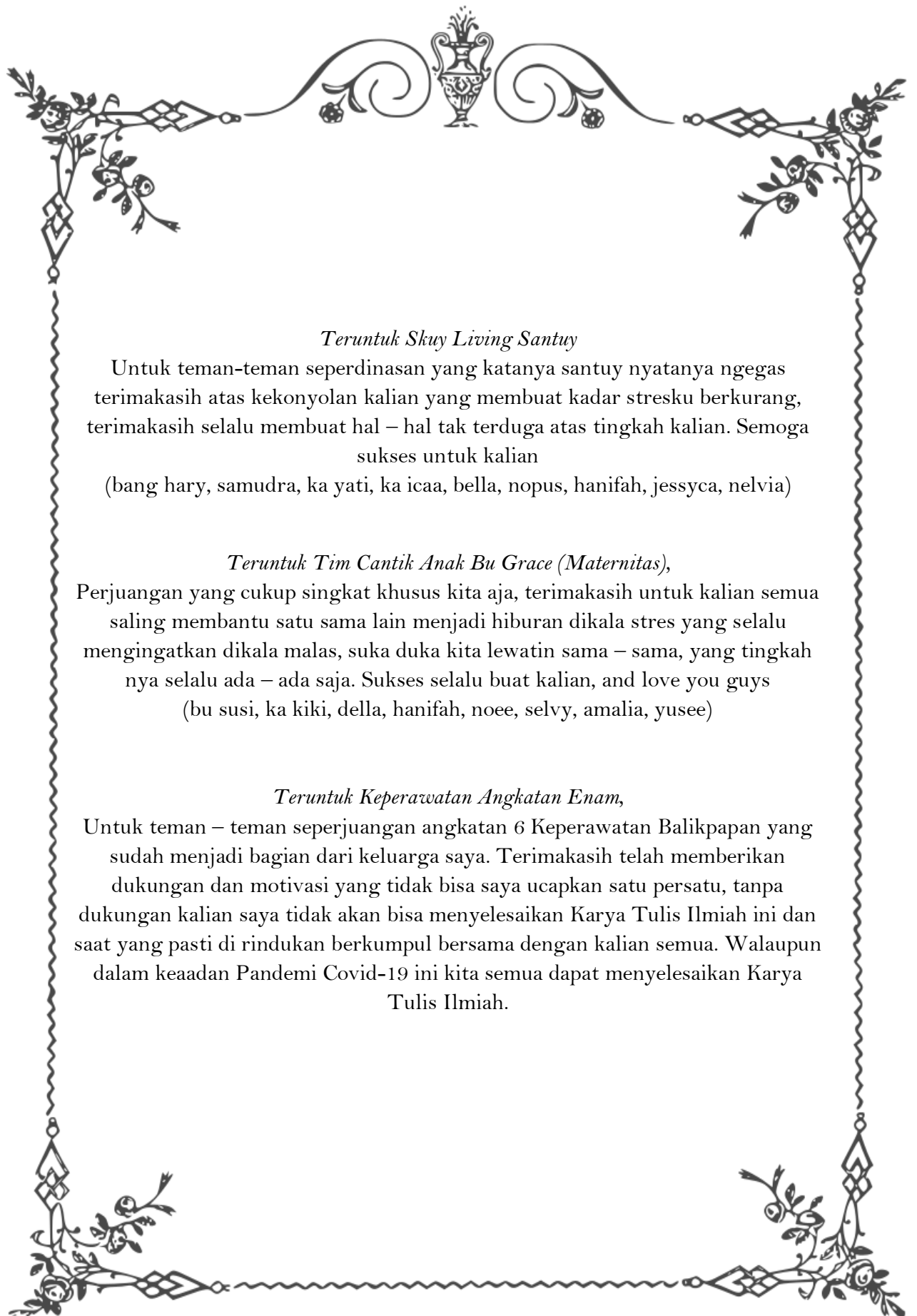
Terimakasih untuk Ibu Ns.Grace Carol Sipasulta, M.Kes., Sp.Kep.Mat dan Ibu Dr. Hj. Nina Mardiani, S.Pd.,M.Kes atas waktu dan tenaganya yang sudah sangat sabar membantu membimbing saya dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Teruntuk Dosen Keperawatan,

Terimakasih telah membimbing saya dengan sabar dalam tiga tahun ini serta ilmu dan pengalaman berharga yang akan selalu berguna dikemudian hari.

Teruntuk Sahabatku,

Nisa, Ka Yati, Ecaa terima kasih karena kalian selalu menemani dan menghibur saya, mendengarkan setiap keluh kesah saya, hal – hal konyol yang selalu kalian lakukan mengurangi kadar stres saya, terimakasih sudah menjadi tim suport yang terkadang menyebalkan juga.



Teruntuk Skuy Living Santuy

Untuk teman-teman seperdinasan yang katanya santuy nyatanya ngegas terimakasih atas kekonyolan kalian yang membuat kadar stresku berkurang, terimakasih selalu membuat hal – hal tak terduga atas tingkah kalian. Semoga sukses untuk kalian
(bang hary, samudra, ka yati, ka icaa, bella, nopus, hanifah, jessyca, nelvia)

Teruntuk Tim Cantik Anak Bu Grace (Maternitas),

Perjuangan yang cukup singkat khusus kita aja, terimakasih untuk kalian semua saling membantu satu sama lain menjadi hiburan dikala stres yang selalu mengingatkan dikala malas, suka duka kita lewatin sama – sama, yang tingkah nya selalu ada – ada saja. Sukses selalu buat kalian, and love you guys
(bu susi, ka kiki, della, hanifah, noee, selvy, amalia, yusee)

Teruntuk Keperawatan Angkatan Enam,

Untuk teman – teman seperjuangan angkatan 6 Keperawatan Balikpapan yang sudah menjadi bagian dari keluarga saya. Terimakasih telah memberikan dukungan dan motivasi yang tidak bisa saya ucapkan satu persatu, tanpa dukungan kalian saya tidak akan bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dan saat yang pasti di rindukan berkumpul bersama dengan kalian semua. Walaupun dalam keadaan Pandemi Covid-19 ini kita semua dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. Data Diri

1. Nama : Sundari Rizky Yusniar
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Bandung, 21 Desember 1999
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Soekarno Hatta Km.29 Rt.07
Kec. Samboja Kel. Karya Merdeka

B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 034 Samboja Tahun 2006 - 2011.
2. SMP Negeri 17 Balikpapan Utara Tahun 2011 - 2014.
3. SMA Negeri 9 Balikpapan Utara Tahun 2014 - 2017.
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim tahun 2017 sampai sekarang.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Jurusan Keperawatan Samarinda Kampus C Balikpapan dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit".

Dalam penyusunan KTI ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Dalam penyusunan KTI ini penulis telah mendapatkan bantuan, dorongan dan bimbingan dari berbagai pihak baik materil maupun moril. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. H. Supriyadi B, S.Kp., M.Kep selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
3. Ns. Andi Lis Amring Gandini, M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.Mat, selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kaltim dan sekaligus Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan sehingga KTI ini dapat terselesaikan dengan baik.
5. Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd.,M.Kes selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan sehingga KTI ini dapat terselesaikan dengan baik.

6. Dosen dan Staf Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Poltekkes Kemenkes Kaltim.
7. Bapak Yusuf dan Ibu Nurhayati selaku orang tua saya terimakasih banyak yang selalu mendukung, selalu memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan dan mendoakan tanpa hentinya.
8. Teman-teman angkatan ke – 6 Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan yang selalu mendukung dalam penyusunan KTI ini.

KTI ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu masukan, saran, serta kritik sangat diharapkan guna kesempurnaan KTI ini. Akhirnya hanya kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala kita kembalikan semua urusan dan semoga dapat memberikan manfaat dan kebaikan bagi banyak pihak dan bernilai ibadah di hadapan Allah Subhanahu Wa Ta'ala.

Balikpapan, Mei 2020

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM YANG DI RAWAT DI RUMAH SAKIT

Hiperemesis gravidarum mempengaruhi status kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin, kehamilan 16 minggu pertama 70-80% wanita mengalami mual muntah, 60% mengalami muntah, sementara 33% hanya mengalami mual sehingga dapat menyebabkan berat badan menurun, turgor kulit berkurang, timbul asetonuria, mengalami dehidrasi. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.

Penelitian ini menggunakan metode *literature review* dengan pendekatan asuhan keperawatan pada dua klien dengan kasus hiperemesis gravidarum. Instrument penyusunan data menggunakan format Orem melalui proses keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Analisa dilakukan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Hasil analisa data pengkajian kedua kasus ibu hiperemesis gravidarum ditemukan 2 keluhan sama yaitu masalah defisit nutrisi dan kekurangan cairan, dalam penegakkan diagnosa menurut SDKI dapat ditemukan 9 masalah. Sedangkan pada klien 1 ditemukan 4 masalah dan klien 2 ditemukan 3 masalah sesuai NANDA. Klien 1 terdapat 1 masalah yang sesuai SDKI. Sedangkan klien 2 terdapat 2 masalah yang sesuai SDKI. Rencana keperawatan menggunakan SIKI SLKI tetapi dalam kasus kedua klien menggunakan NIC NOC. Pelaksanaan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien sesuai dengan perencanaan menggunakan NIC NOC. Evaluasi pada klien 1 semua masalah tidak teratasi dan klien 2 semua masalah teratasi.

Kesimpulan : pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terdapat perbedaan pemberian asuhan keperawatan pada klien hiperemesis gravidarum, tergantung pada beberapa faktor baik internal maupun eksternal. Bagi perawat diharapkan dapat melakukan tindakan secara komprehensif dan meningkatkan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya pada klien hiperemesis gravidarum.

Kata kunci : *hiperemesis gravidarum, asuhan keperawatan*

ABSTRACT

NURSING PREGNANCY IN PREGNANT MOTHERS WITH GRAVIDARUM HYPEREMESIS THAT ARE HOSPITALIZED IN HOSPITAL

Hyperemesis gravidarum affects the health status of the mother and fetal growth and development, the first 16 weeks of pregnancy 70-80% of women experience nausea, vomiting 60% experience vomiting, while 33% only experience nausea which can cause weight loss, reduced skin turgor, acetonuria arise, experience dehydration. This study aims to provide an overview of the implementation of nursing care for pregnant women with hyperemesis gravidarum.

This study uses a literature review method with a approach nursing care on two clients with hyperemesis gravidarum cases. The data preparation instrument uses the Orem format through the nursing process of assessment, nursing diagnoses, planning, implementation and evaluation. Analysis was carried out according to the inclusion and exclusion criteria.

The results of data analysis of the two cases of maternal hyperemesis gravidarum found 2 similar complaints, namely the problem of nutritional deficits and lack of fluids, in diagnosing according to the SDKI 9 problems can be found. Whereas client 1 found 4 problems and client 2 found 3 problems according to NANDA. Client 1 there is 1 problem which is in accordance with SDKI. While client 2 there are 2 problems that are in accordance with the SDKI. The nursing plan uses SIKI SLKI but both clients use NIC NOC. Nursing is performed on both clients in accordance with the planning using NIC NOC. Evaluate client 1 all issues are not resolved and client 2 all issues are resolved.

Conclusion : the implementation of nursing care that has been done there are differences in the provision of nursing care to clients hyperemesis gravidarum, depending on several factors both internal and external. Nurses are expected to take comprehensive action and improve their skills in implementing nursing care, especially for hyperemesis gravidarum clients.

Keywords : *hyperemesis gravidarum, nursing care*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
SURAT PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	v
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR BAGAN	xv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum.....	7
1. Definisi	7
2. Klasifikasi.....	7
3. Etiologi	9
4. Manifestasi Klinis	10

5. Patofisiologi.....	11
6. Pemeriksaan Penunjang	12
7. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum	12
B. Konsep Masalah Keperawatan	15
1. Pengertian	15
2. Kriteria mayor dan minor.....	15
3. Faktor yang berhubungan	15
4. Pathway.....	16
5. Masalah Keperawatan Hiperemesis Gravidarum	17
C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	30
1. Pengkajian	30
2. Diagnosa Keperawatan.....	36
3. Intervensi Keperawatan.....	38
4. Implementasi Keperawatan	58
5. Evaluasi Keperawatan.....	59
BAB III METODE PENELITIAN	61
A. Desain Penelitian	61
B. Subyek Penelitian	61
C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)	61
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	62
E. Prosedur Penelitian	63
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	63
G. Keabsahan Data	64
H. Analisa Data	64

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A.	Hasil	Error! Bookmark not defined.
1.	Gambaran Lokasi Penelitian	Error! Bookmark not defined.
2.	Gambaran Asuhan Keperawatan	66
B.	Pembahasan	106
1.	Pengkajian	106
2.	Diagnosa keperawatan	109
3.	Intervensi Keperawatan	114
4.	Implementasi Keperawatan	117
5.	Evaluasi Keperawatan	119

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A.	Kesimpulan	121
B.	Saran	122

LAMPIRAN - LAMPIRAN

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Hiperemesis Gravidarum.....	14
---	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pengkajian Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.....	66
Tabel 4.2 Data Fokus Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum	77
Tabel 4.3 Analisa Data Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.....	79
Table 4.4 Diagnosa Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum	82
Tabel 4.5 Perencanaan Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum	85
Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.....	89
Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.....	99

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Konsultasi
Lampiran 2	Format Pengkajian Keperawatan Maternitas
Lampiran 3	Format Analisa Data
Lampiran 4	Format Daftar Diagnosa Keperawatan
Lampiran 5	Format Perencanaan Keperawatan
Lampiran 6	Format Pelaksanaan Tindakan Keperawatan
Lampiran 7	Format Evaluasi Keperawatan
Lampiran 8	Data <i>Literature Review</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kehamilan merupakan sesuatu yang wajar terjadi pada wanita usia produktif, tetapi kurangnya pengetahuan berkaitan dengan reproduksi dapat menimbulkan kecemasan tersendiri (Handayani, 2017). Dalam kehamilan mual muntah adalah gejala yang normal dan sering terjadi pada trimester pertama (Setyawati et al, 2014). Namun, apabila berlebihan dapat mengganggu pekerjaan sehari-hari dan keadaan umum menjadi buruk sehingga ibu kekurangan energi dan juga zat gizi yang disebut hiperemesis gravidarum (Rofi'ah et al, 2019).

Hiperemesis Gravidarum terjadi di seluruh dunia dengan angka kejadian beragam mulai dari 0,3% di Swedia, 0,5% di California, 0,8% di Canada, 10,8% di China, 0,9% di Norwegia, 2,2% di Pakistan dan 1,9% di Turki dan 0,5%-2% di Amerika Serikat (Oktavia, 2016). Sedangkan di Indonesia menurut Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) komplikasi kehamilan dengan hiperemesis gravidarum terjadi sekitar 3% (SDKI, 2017).

Diseluruh dunia diperkirakan setiap tahun terjadi 210 juta kehamilan. Dari jumlah ini 20 juta wanita mengalami kesakitan sebagai akibat kehamilan. Sekitar 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, dan lebih dari 500.000 meninggal, insidensi terjadinya kasus hiperemesis gravidarum sebesar 0,8 sampai 3,2% dari seluruh kehamilan atau sekitar 8 sampai 32 kasus per

1.000 kehamilan di dunia, hampir 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara, termasuk Indonesia (Sumarni, 2017).

Masalah terbesar yang terjadi di Indonesia adalah angka kematian dan kesakitan pada wanita hamil. Diperkirakan 15% kehamilan dapat mengalami resiko tinggi dan komplikasi obstetri apabila tidak segera ditangani maka dapat membahayakan ibu maupun janinnya (Kemenkes RI, 2014). Penyebab kematian dan kesakitan wanita hamil diantaranya adalah infeksi, aborsi tidak aman, kehamilan ektopik, mola hidatidosa dan anemia (Sumarni, 2017).

Hiperemesis gravidarum dapat mempengaruhi status kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin, pada kehamilan 16 minggu pertama 70-80% wanita mengalami mual dan muntah, 60% wanita mengalami muntah, sementara 33% wanita hanya mengalami mual. Apabila semua makanan yang dimakan dimuntahkan pada ibu hamil, maka berat badan akan menurun, turgor kulit berkurang dan timbul asetonuria. Hiperemesis juga berdampak negatif, seperti anemia. Sedangkan anemia sendiri dapat mengakibatkan syok disebabkan kekurangan asupan gizi yang dimakan dan diminum dimuntahkan semua (Morgan et al, 2010).

Penyebab hiperemesis gravidarum masih belum diketahui secara pasti, meskipun peningkatan kadar *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) tampaknya berperan besar. Penyebab lain adalah peningkatan kadar hormon progesteron serta peningkatan hormon estrogen. Faktor psikologis juga berperan terhadap terjadinya hiperemesis gravidarum seperti tekanan pekerjaan, rumah tangga yang retak dan dapat menyebabkan konflik mental

sehingga memperparah mual dan muntah (Runiari, 2010).

Dampak yang terjadi pada hiperemesis gravidarum yaitu dehidrasi yang menimbulkan konsumsi O₂ menurun, gangguan fungsi liver dan terjadi ikterus, terjadi perdarahan pada parenkim liver sehingga menyebabkan gangguan fungsi umum pada alat vital sampai dapat menimbulkan kematian (Manuaba, 2010). Hiperemesis gravidarum juga berdampak pada peningkatan risiko untuk berat bayi lahir rendah, kelahiran premature, kecil untuk usia kehamilan, dan kematian perinatal (Vikaner et al, 2013).

Penanganan ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum perlu menjalani perawatan di rumah sakit untuk melakukan proses pengobatan. Pengobatan dilakukan dengan tujuan untuk menghentikan mual dan muntah, mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat muntah berlebihan, serta menambah asupan nutrisi dalam tubuh. Jika tidak dilakukan pengobatan, maka kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan ibu hamil tidak terpenuhi sehingga dapat mengganggu kesehatan, aktifitas ibu hamil dan berpengaruh pada pertumbuhan janin. Pengobatan dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan (Willy, 2019).

Asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat harus berkualitas sehingga perawat perlu mengembangkan ilmu pengetahuan dan praktik pengobatan. Salah satu model konseptual keperawatan yang mendasari keperawatan maternitas adalah *Self Care* atau Perawatan Diri yang dikembangkan oleh Dorothea E Orem meliputi *wholly compensatory nursing systems*, *partially compensatory nursing systems* dan *supportive educative*. Model konseptual keperawatan yang diberikan perawat dalam melakukan

asuhan keperawatan untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri (Muhlisin & Irdawati, 2010).

Peran perawat dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien hiperemesis gravidarum bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri dan tidak menempatkan klien pada posisi ketergantungan., memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan klien tentang penatalaksanaan yang diberikan sehingga klien diharapkan dapat mematuhi terapi yang diberikan (Rahmawati, 2011).

Berdasarkan uraian diatas penulis tertarik untuk melakukan studi kasus penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah pada Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah

1. Tujuan Umum

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengkaji ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum
- d. Melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini akan memberikan manfaat sebagai berikut :

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran dan bahan dalam merencanakan asuhan keperawatan.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan dalam asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum

1. Definisi

Hiperemesis gravidarum adalah keluhan mual dan muntah hebat lebih dari 10 kali sehari dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan, atau gangguan elektrolit, sehingga mengganggu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin dalam kandungan (Kadir et al, 2019).

Hiperemesis gravidarum dapat mempengaruhi status kesehatan ibu serta tumbuh kembang janin, pada kehamilan 16 minggu pertama 70-80% wanita mengalami mual dan muntah, 60% wanita mengalami muntah, sementara 33% wanita hanya mengalami mual. Apabila semua makanan yang dimakan dimuntahkan pada ibu hamil, maka berat badan akan menurun, turgor kulit berkurang dan timbul asetonuria (Morgan et al, 2010).

2. Klasifikasi

Klasifikasi Hiperemesis Gravidarum Menurut (Khayati, 2013) :

a. Tingkat I

- 1) Ibu merasa lemah
- 2) Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum

- 3) Nafsu makan tidak ada
- 4) Berat badan menurun, temperatur tubuh meningkat
- 5) Nadi meningkat sekitar 100 per menit dan tekanan darah sistolik menurun
- 6) Turgor kulit berkurang
- 7) Lidah mengering mata cekung
- 8) Merasa nyeri pada epigastrium

b. Tingkat II

- 1) Ibu tampak lebih lemah dan apatis
- 2) Berat badan turun
- 3) Tensi turun, nadi kecil dan cepat
- 4) Suhu kadang-kadang naik
- 5) Mata sedikit ikterik dan cekung
- 6) Turgor kulit lebih berkurang
- 7) Lidah mengering dan tampak kotor
- 8) Hemokonsentrasi, oliguria, konstipasi
- 9) Aseton tercium dalam hawa pernapasan, karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam kencing

c. Tingkat III

- 1) Keadaan umum lebih parah
- 2) Muntah berhenti
- 3) Kesadaran menurun dari somnolen sampai koma
- 4) Nadi kecil dan cepat

- 5) Suhu meningkat
- 6) Tensi menurun
- 7) Mulut kering dan kotor, pernapasan bau aseton
- 8) Mata cekung dan timbulnya ikterus

3. Etiologi

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomik pada otak, jantung, hati, dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat inanisi. Menurut (Khayati, 2013) terdapat beberapa faktor predisposisi dan faktor lain, yaitu :

- a. Faktor predisposisi : primigravida, overdistensi rahim (hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa)
- b. Faktor organik : masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolik akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu dan alergi.
- c. Faktor psikologis : rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan.

Selain itu menurut (Jusuf CE, 2016) riwayat gestasi juga dapat mempengaruhi penyebab hiperemesis, dimana ibu hamil yang mengalami mual dan muntah sekitar 60-80% pada (primigravida), 40-60% pada (multigravida).

4. Manifestasi Klinis

Tanda gejala Hiperemesis Gravidarum Menurut (Khayati, 2013) :

Gejala utama hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah saat hamil, yang bisa terjadi hingga lebih dari 3-4 kali sehari. Kondisi ini bisa sampai mengakibatkan hilangnya nafsu makan dan penurunan berat badan. Muntah yang berlebihan juga dapat menyebabkan ibu hamil merasa pusing, lemas, dan mengalami dehidrasi.

Selain mual dan muntah secara berlebihan, penderita hiperemesis gravidarum juga dapat mengalami gejala tambahan berupa :

- a. Sakit kepala
- b. Konstipasi
- c. Sangat sensitif terhadap bau
- d. Produksi air liur berlebihan
- e. Inkontinensia urine
- f. Jantung berdebar

Gejala hiperemesis gravidarum biasanya muncul di usia kehamilan 4-6 minggu dan mulai mereda pada usia kehamilan 14-20 minggu.

Mual dan muntah yang dirasakan ibu hamil cenderung akan membuat mereka menjadi lebih lemah dan akan meningkatkan kecemasan terhadap kejadian yang lebih parah. Masalah psikologis juga berperan pada parahnya mual dan muntah serta perkembangan hiperemesis gravidarum. Masalah psikologis yang terjadi pada ibu hamil akan cenderung mengalami mual dan muntah dalam kehamilan, atau

memperburuk gejala yang sudah ada serta mengurangi kemampuan untuk mengatasi gejala normal. Selain itu ketidakseimbangan psikologis ibu hamil seperti cemas, rasa bersalah, mengasihani diri sendiri, ingin mengatasi konflik secara serius, ketergantungan atau hilang kendali akan memperberat keadaan mual dan muntah yang dialaminya sehingga akan lebih ditakutkan keadaan mual muntah tersebut menjadi lebih buruk dan menyebabkan terjadinya hiperemesis gravidarum (Tiran, 2008).

5. Patofisiologi

Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik. Hiperemesis gravidarum dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton-asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. Kekurangan volume cairan yang diminum dan kehilangan karena muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida air kemih turun. Selain itu juga dapat menyebabkan hemokonsentrasi sehingga aliran darah berkurang. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal menambah frekuensi muntah lebih banyak, dapat merusak hati dan terjadilah lingkaran yang sulit dipatahkan. Selain dehidrasi dan terganggunya keseimbangan elektrolit dapat terjadi robekan pada selaput lender esophagus dan

lambung (*Sindroma Mallory Weiss*) dengan akibat perdarahan gastrointestinal (Khayati, 2013).

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hiperemesis gravidarum menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) :

- a. USG (dengan menggunakan waktu yang tepat) : mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multipel, mendeteksi abnormalitas janin, melokalisasi plasenta
- b. Urinalisis : kultur, mendeteksi bakteri, BUN
- c. Pemeriksaan fungsi hepar : AST, ALT dan kadar LDH

7. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada kasus hiperemesis gravidarum menurut (Khayati, 2013) yaitu dengan cara :

- a. Memberikan penerangan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- b. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.
- c. Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering.
- d. Menganjurkan pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat.

- e. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindari.
- f. Makanan disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.
- g. Menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makanan yang banyak mengandung gula.

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak mengurang, maka diperlukan seperti :

a. Obat-obatan

- 1) Sedativa : Phenobarbital
- 2) Vitamin : Vitamin B1 dan B6 atau B kompleks
- 3) Anti histamine : dramamin, avomin
- 4) Anti emetik (pada keadaan lebih berat) : Dislikomin hidrokloride atau khlorpromasine.
- 5) Penanganan hiperemesis gravidarum yang lebih berat perlu dikelola di rumah sakit

b. Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah danperedaran udara yang baik, catat cairan yang keluar masuk, hanya dokter dan perawat yang boleh masuk ke dalam kamar penderita sampai muntah berhenti pada penderita mau makan. Tidak diberikan makanan atau minuman dan selama 24 jam.

c. Terapi psikologika

Perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik.

d. Cairan parenteral

Cairan yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan fisiologis (2-3 liter/hari), dapat ditambah kalium dan vitamin (vitamin B kompleks, vitamin C), bila kekurangan protein dapat diberikan asam amino secara intravena, bila dalam 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum membaik dapat diberikan minuman dan lambat laun makanan yang tidak cair.

e. Menghentikan kehamilan

Bila keadaan memburuk dilakukan pemeriksaan medik dan psikiatrik, manifestasi komplikasi organik adalah delirium, takikardi, ikterus, anuria dan perdarahan dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan keadaan yang memerlukan pertimbangan gugur kandung diantaranya:

- 1) Gangguan kejiwaan ditandai dengan : delirium, apatis, somnolen sampai koma, terjadi gangguan jiwa.
- 2) Gangguan penglihatan ditandai dengan : perdarahan retina, kemunduran penglihatan.

- 3) Gangguan faal ditandai dengan : hati dalam bentuk ikterus, ginjal dalam bentuk anuria, jantung dan pembuluh darah terjadi nadi meningkat, tekanan darah menurun.

B. Konsep Masalah Keperawatan

1. Pengertian

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan mengidentifikasi respon individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

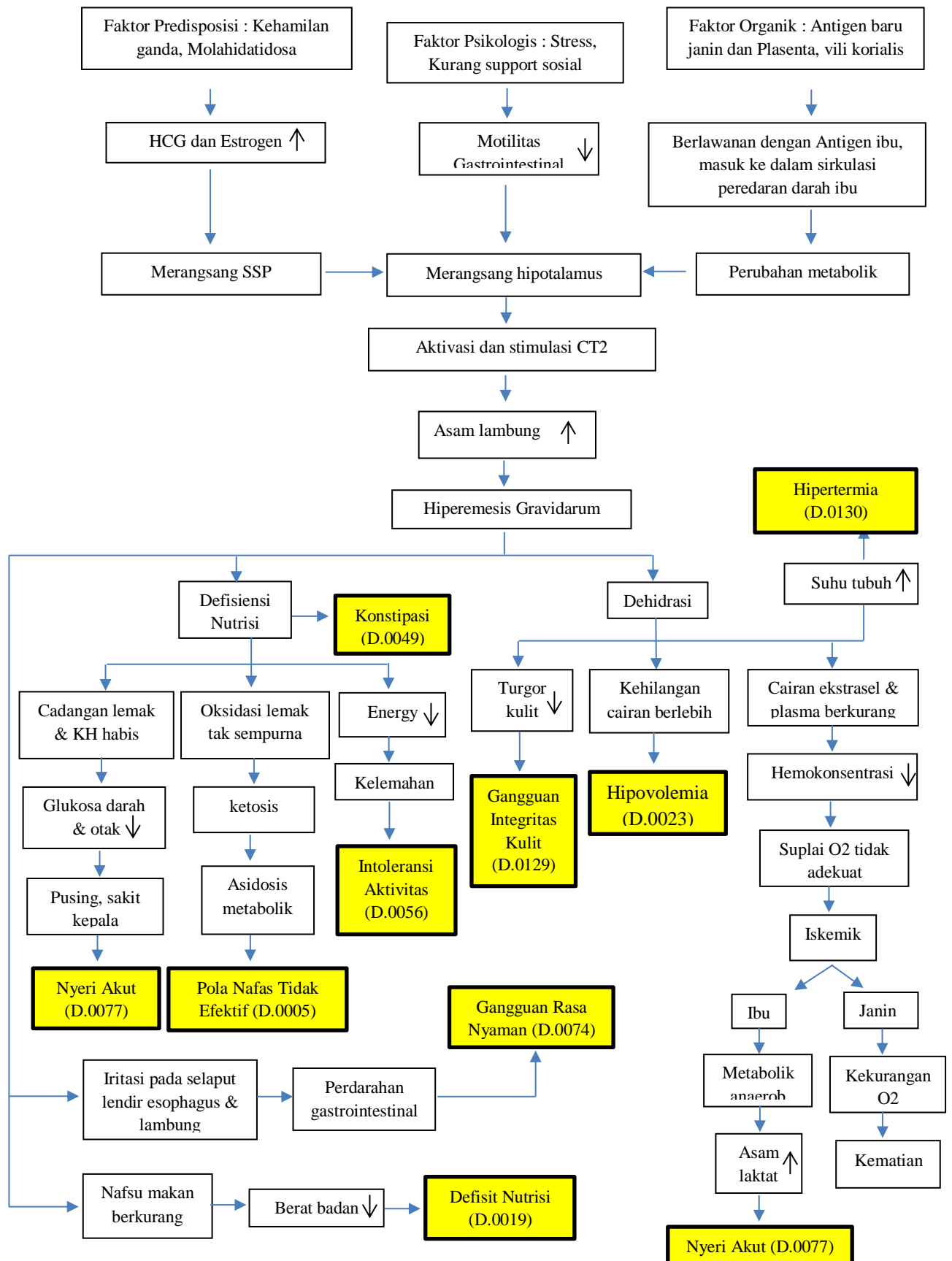
2. Kriteria mayor dan minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis (PPNI, 2017).

3. Faktor yang berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan (PPNI, 2017).

4. Pathway



Bagan 2.1 Pathway Hiperemesis Gravidarum

Sumber : Dzikirullah Rizki (2013), WOC Hiperemesis (2019) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

5. Masalah Keperawatan Hiperemesis Gravidarum

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien hiperemesis gravidarum berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

a. Pola Nafas Tidak Efektif (D.0005)

1) Definisi

Inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat

2) Penyebab

- a) Depresi pusat pernapasan
- b) Penurunan energi
- c) Kecemasan

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(a) Dispnea

(2) Objektif

(a) Penggunaan otot bantu pernapasan

(b) Fase ekspirasi memanjang

(c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi, *kussmaul*, *chryne-stokes*)

b) Data Minor

(1) Subjektif

(a) Ortopnea

(2) Objektif

(a) Pernapasan *pursed-lip*

(b) Pernapasan cuping hidung

(c) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

(d) Ventilasi semenit menurun

(e) Kapasitas vital menurun

(f) Tekanan ekspirasi menurun

(g) Tekanan insiprasi menurun

(h) Ekskursi dada berubah

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Depresi sistem saraf pusat

b. Nyeri Akut (D.0077)

1) Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

2) Penyebab

a) Agen pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(a) Mengeluh nyeri*

(2) Objektif

(a) Tampak meringis

(b) Bersikap protektif (mis.waspada, posisi menghindari nyeri)

(c) Gelisah

(d) Frekuensi nadi meningkat

(e) Sulit tidur

b) Data Minor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

(a) Tekanan darah meningkat

(b) Pola napas berubah

(c) Nafsu makan berubah

(d) Proses berpikir terganggu

(e) Menarik diri

(f) Berfokus pada diri sendiri

(g) Diaforesis

4) Kondisi Klinis Terkait

Tidak ada

c. Hipovolemia (D.0023)

1) Definisi

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan/atau intraseluler.

2) Penyebab

- a) Kehilangan cairan aktif
- b) Kekurangan *intake* cairan

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

- (a) Frekuensi nadi meningkat
- (b) Nadi teraba lemah
- (c) Tekanan darah menurun
- (d) Tekanan nadi menyempit
- (e) Turgor kulit menurun
- (f) Membran mukosa kering
- (g) Volume urin menurun
- (h) Hematokrit meningkat

b) Data Minor

(1) Subjektif

- (a) Merasa lemah
- (b) Mengeluh haus Suhu tubuh meningkat
- (c) Konsentrasi urin meningkat
- (d) Berat badan turun tiba-tiba

3) Kondisi Klinis Terkait

a) Muntah

d. Defisit Nutrisi (D.0019)

1) Definisi

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme

2) Penyebab

- a) Kurangnya asupan makanan
- b) Ketidakmampuan mencerna makanan
- (e) Peningkatan kebutu

(2) Objektif

- (a) Pengisian vena menurun
- (b) Status mental berubah
- c) han metabolisme
- d) Faktor psikologis (mis.stress, keengganan untuk makan)

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subyektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

(a) Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal

b) Data Minor

(1) Subyektif

(a) Cepat kenyang setelah makan

(b) Kram/nyeri abdomen

(c) Nafsu makan menurun

(2) Objektif

(a) Bising usus hiperaktif

(b) Otot pengunyah lemah

(c) Otot menelan lemah

(d) Membran mukosa pucat

(e) Sariawan

(f) Serum albumin turun

(g) Rambut rontok berlebihan

(h) Diare

4) Kondisi Klinis Terkait

Tidak ada

e. Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)

1) Definisi

Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/atau ligament).

2) Penyebab

- a) Perubahan sirkulasi
- b) Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan)
- c) Kekurangan/kelebihan volume cairan
- d) Penurunan mobilitas
- e) Perubahan hormonal
- f) Suhu lingkungan yang ekstrem

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

- (2) Objektif
 - (a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
- b) Data Minor
 - (1) Subjektif
 - (tidak tersedia)
 - (2) Objektif
 - (a) Nyeri
 - (b) Perdarahan
 - (c) Kemerahan
 - (d) Hematoma
- 4) Kondisi Klinis Terkait
 - a) Imobilisasi
- f. Gangguan Rasa Nyaman
 - 1) Definisi

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social
 - 2) Penyebab
 - a) Gejala penyakit
 - b) Ketidakadekuatan sumber daya (mis.dukungan finansial, social dan pengetahuan)
 - c) Gangguan adaptasi kehamilan

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(a) Mengeluh tidak nyaman

(2) Objektif

(a) Gelisah

b) Data Minor

(1) Subjektif

(a) Mengeluh sulit tidur

(b) Tidak mampu rileks

(c) Mengeluh kedinginan/kepanasan

(d) Merasa gatal

(e) Mengeluh mual

(f) Mengeluh lelah

(2) Objektif

(a) Menunjukkan gejala distress

(b) Tampak merintih/menangis

(c) Pola eliminasi berubah

(d) Postur tubuh berubah

(e) Iritabilitas

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Distress psikologis

b) Kehamilan

g. Konstipasi (D.0049)

1) Definisi

Penurunan defekasi normal yang disertai pengeluaran feses sulit dan tidak tuntas serta feses kering dan banyak.

2) Penyebab

a) Fisiologis

(1) Penurunan motilitas gastrointestinal

(2) Ketidacukupan asupan serat

(3) Ketidacukupan asupan cairan

(4) Kelemahan otot abdomen

b) Psikologis

(1) Depresi

c) Situasional

(1) Ketidakadekuatan *toileting*

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(a) Defekasi kurang dari 2 kali seminggu

(b) Pengeluaran feses lama dan sulit

(2) Objektif

(a) Feses keras

(b) Peristaltik usus menurun

- b) Data Minor
 - (1) Subjektif
 - (a) Mengejan saat defekasi
 - (2) Objektif
 - (a) Distensi abdomen
 - (b) Kelemahan umum
 - (c) Teraba massa pada rektal
- 4) Kondisi Klinis Terkait
 - a) Ketidakseimbangan elektrolit
 - b) Kehamilan
- h. Hipertermia (D.0130)
 - 1) Definisi

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
 - 2) Penyebab
 - a) Dehidrasi
 - b) Terpapar lingkungan panas
 - c) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
 - d) Peningkatan laju metabolisme
 - 3) Batasan Karakteristik
 - a) Data Mayor
 - (1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

(a) Suhu tubuh diatas nilai normal

b) Data Minor

(1) Subjektif

(tidak tersedia)

(2) Objektif

(a) Kulit merah

(b) Kejang

(c) Takikardi

(d) Takipnea

(e) Kulit terasa hangat

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Dehidrasi

i. Intoleransi Aktivitas (D.0056)

1) Definisi

Ketidakcukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari

2) Penyebab

a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen

b) Tirah baring

c) Kelemahan

d) Imobilitas

3) Batasan Karakteristik

a) Data Mayor

(1) Subjektif

(a) Mengeluh lelah

(2) Objektif

(a) Frekuensi jantung meningkat $>20\%$ dari kondisi istirahat

b) Data Minor

(1) Subjektif

(a) Dyspnea saat/setelat aktivitas

(b) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas

(c) Merasa lemah

(2) Objektif

(a) Tekanan darah berubah $>20\%$ dari kondisi istirahat

(b) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/stelah aktivitas

(c) Gambaran EKG menunjukkan iskemia

(d) Sianosis

4) Kondisi Klinis Terkait

a) Gangguan metabolik

C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan, terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual *problem solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Salam, 2013).

Pada tahap pengkajian peneliti memakai model keperawatan berfokus pada perawatan diri yang bertujuan untuk menurunkan tuntutan *self care* pada tingkat dimana klien dapat memenuhinya, ini berarti menghilangkan *self care deficit* meliputi *Universal Self Care Requisite*, *Developmental Self Care Requisite*, *Health Deviation Self Care*, *Nursing System* dan *Nursing Agency*

Berikut lima tahap konsep asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan perawatan diri pada klien dengan hyperemesis gravidarum :

1. Pengkajian

- a. *Universal Self Care Requisite* : udara, air makanan dan eliminasi, aktifitas dan istirahat, solitude dan interaksi sosial, pencegahan kerusakan hidup, kesejahteraan dan peningkatan fungsi manusia.
- b. *Developmental Self Care Requisite*, berhubungan dengan kondisi yang meningkatkan proses pengembangan siklus kehidupan seperti (pekerjaan baru, perubahan struktur tubuh dan kehilangan rambut).
- c. *Health Deviation Self Care*, berhubungan dengan akibat terjadinya perubahan struktur normal dan kerusakan integritas individu untuk melakukan self care akibat suatu penyakit atau *injury*.

- d. *Nursing System*, didesain oleh perawat didasarkan pada kebutuhan *self care* dan kemampuan pasien melakukan *self care*. Jika ada *self care defisit*, *self care agency* dan kebutuhan *self care therapeutic* maka keperawatan akan diberikan
- e. *Nursing Agency*, suatu properti atau atribut yang lengkap diberikan untuk orang-orang yang telah didik dan dilatih sebagai perawat yang dapat melakukan, mengetahui dan membantu orang lain untuk menemukan kebutuhan *self care therapeutic* mereka, melalui pelatihan dan pengembangan *self care agency*.

Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social dan spiritual, yaitu :

- a. Pengkajian data dasar (nama, umur, sex, status kesehatan, status perkembangan, orientasi sosio-kultural, riwayat diagnostik dan pengobatan, faktor sistem keluarga) ; Pola hidup ; Faktor lingkungan.
- b. Observasi status kesehatan klien Untuk menemukan masalah keperawatan berdasarkan *self care defisit*, maka perawat perlu melakukan pengkajian kepada klien melalui observasi berdasarkan klasifikasi tingkat ketergantungan klien yang terdiri dari *Minimal Care*, *Partial Care*, *Total Care*.
- c. Pengembangan model keperawatan Orem dengan masalah fisiologis yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan oksigen, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, gangguan mengunyah, gangguan menelan,

pemenuhan kebutuhan eliminasi/pergerakan bowel, urinary, excrements, menstruasi, pemenuhan kebutuhan aktivitas dan istirahat.

Secara rinci pengembangan model keperawatan dengan masalah fisiologis adalah sebagai berikut :

- 1) Pemenuhan kebutuhan Oksigen/Udara
 - a) Saluran Pernafasan : Sumbatan pada saluran pernafasan oleh benda asing, Kelainan pada saluran pernafasan daan peningkatan resistensi jalan pernafasan.
 - b) Pengembangan kapasitas vital paru : Restraksi paru. Penurunan pengembangan paru, Perubahan jaringan paru terhadap pemenuhan kapasitas vital paru, Keterbatasan ekspansi dada, Pengaruh muskuler dan neuro terhadap pengembangan paru.
 - c) Ventilasi alveolar optimal : Alveoli yang terganggu, Penurunan jumlah alveolus, Kehilangan alveolus dan kapiler pulmonal.
 - d) Mempertahankan keseimbangan gas diantara alveolus dan paru : Hipoventilasi alveolar, Penebalan alveolar dan membran kapiler, Rendahnya aliran darah paru terhadap ventilasi, Penurunan kapasitas oksigen.
 - e) Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap saraf sentral : Aktifitas ritme otomatis di medula oblongata, Reseptor regulasi kimia (kemoreseptor).
 - f) Terhentinya pernafasan sementara : Kekejangan umum, Tangis anak-anak.

- g) Tidak ada respirasi : Apneu yang muncul pada bayi normal, Apneu dengan pasien preterm, Apneu pada 24 jam pertama, Apneu pada penyakit kardiorespiratori, Apneu akibat gangguan *metabolic*.
 - h) Distres respiratori : Ansietas, Histeria dan gangguan emosional, Patologi pada jantung dan paru, Pernafasan periodik pada bayi preterm, Dispneu dan sianosis pada bayi baru lahir, Penurunan respiratory rate dan kapasitas vital (kakeksia dan malnutrisi).
 - i) Peningkatan kerja pernafasan : Injuri.
- 2) Pemenuhan kebutuhan air/cairan dan makanan/nutrisi
- a) Keadaan yang berkaitan dengan kebutuhan cairan : Kemampuan/ketidakmampuan, kegagalan mengkomunikasikan kebutuhannya, Kondisi pemasukan/input asupan nutrisi.
 - b) Jenis makanan dan cairan yang tidak disukai dan mempengaruhi : Yang berbeda dengan kebiasaan, Yang berbeda dari standar, Yang bertentangan dengan kondisi individu.
 - c) Kondisi internal dan eksternal pemasukan makanan dan cairan : Hal-hal yang perlu diperhatikan (Kondisi fisik, Stimulasi fisik, Perilaku yang tidak biasa, Kondisi lingkungan yang mempengaruhi asupan), Manfaat asupan cairan makanan.
 - d) Kondisi natural terkait dengan asupan cairan dan makanan ke dalam mulut

- (1) Status / tingkat perkembangan.
 - (2) Abnormalitas pada mulut dan wajah.
 - (3) Obstruksi-inflamasi dan lesi pada mulut.
 - (4) Pengeluaran sekresi dari mulut dan hidung.
 - (5) Kesulitan untuk membuka dan menutup mulut.
 - (6) Prosedur pembedahan pada mulut, rahang dan lidah yang mempengaruhi pemasukan cairan dan nutrisi.
 - (7) Pertukaran jaringan lunak di mulut : Efek dari kekurangan nutrisi dan adanya pembatasan asupan, Atropi mukosa mulut pada orang tua sehingga kemampuan merasakan menurun dan adanya sensasi terbakar pada mulut.
 - (8) Posisi tubuh yang terganggu pada saat makan dan minum tidak mampu membuka mulut.
 - (9) Kondisi gangguan mengunyah : Kondisi gigi dan rahang, Kondisi otot untuk mengunyah, Nyeri saat mengunyah akibat lesi pada jaringan lunak dan tulang, Berkurangnya jumlah saliva, Kebiasaan tidak mengunyah makanan.
- 3) Pemenuhan kebutuhan eliminasi dan ekskresi
- a) Perubahan pergerakan bowel dan feces : Konstipasi-diare, Perubahan kepadatan, warna dan karakteristik faeces, Perubahan integritas bowel, fungsi, dan perubahan struktur.

- b) Perubahan pola *urinary*, urin dan integritas organ : Perubahan pola *urinary*, Perubahan kualitas dan kuantitas urine, Perubahan struktur dan fungsi integritas organ.
- c) Perubahan pola keringat : Keringat berkurang, Keringat meningkat.
 - d) Perasaan dan emosi yang mempengaruhi : Ketidaknyamanan atau nyeri, Kecemasan atau ansietas akibat gangguan.
 - e) Tingkah laku selama perawatan : Pergerakan yang sulit, Tidak nyaman atau nyeri pada saat pergerakan.
 - f) Lingkungan : Jamban, Sanitari lingkungan, Privasi pada saat BAB dan BAK, Berbeda setiap individu.
- 4) Aktivitas dan istirahat
 - a) Tingkat aktivitas sehari-hari : Pola aktivitas sehari-hari, Jenis, frekuensi dan lamanya latihan fisik.
 - b) Tingkat kelelahan : Aktivitas yang membuat lelah, Riwayat sesak nafas.
 - c) Gangguan pergerakan : Penyebab gangguan pergerakan, Tanda dan gejala, Efek dan gangguan pergerakan.
 - d) Pemeriksaan fisik : Tingkat kesadaran, Postur atau bentuk tubuh, Ekstremitas.
- 5) Keselamatan dan keamanan

- (a) Faktor-faktor yang berhubungan dengan sistem sensori komunikasi pasien seperti adanya perubahan perilaku pasien karena gangguan sensori komunikasi : Halusinasi, Gangguan proses piker, Kelesuan, Ilusi, Kebosanan dan tidak bergairah, Perasaan terasing, Kurangnya konsentrasi, Kurangnya koordinasi dan keseimbangan.
- b) Faktor resiko yang berhubungan dengan keadaan pasien : Kesadaran menurun, Kelemahan fisik, Imobillisasi, Penggunaan alat bantu.

2. Diagnosa Keperawatan

Keputusan tentang penentuan diagnosa keperawatan terkait dengan masalah fisiologis terhadap kehamilan ibu dan mengurangi penyebab hiperemesis gravidarum pada ibu hamil.

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) diagnosa keperawatan yang muncul sebagai berikut :

- a. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan depresi pusat pernapasan, penurunan energi, kecemasan
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis. inflamasi, iskemia, neoplasma)
- c. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kekurangan *intake* cairan

- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), kekurangan/kelebihan volume cairan, penurunan mobilitas, perubahan hormonal, suhu lingkungan yang ekstrem
- f. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, ketidakadekuatan sumber daya (mis. dukungan finansial, social dan pengetahuan), gangguan adaptasi kehamilan
- g. Konstipasi berhubungan dengan fisiologis (penurunan motilitas gastrointestinal, ketidakcukupan asupan serat, ketidakcukupan asupan cairan, kelemahan otot abdomen), psikologis (depresi), situasional (ketidakadekuatan *toileting*)
- h. Hipertermi berhubungan dengan dehidrasi, terpapar lingkungan panas, ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme
- i. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan, imobilitas

3. Intervensi Keperawatan

Rencana Keperawatan untuk ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dapat diberikan apabila kemampuan merawat diri pada klien berkurang dari yang dibutuhkan untuk memenuhi *self care* sehingga dapat mengurangi penyebab dari hiperemesis gravidarum pada ibu hamil.

Intervensi Keperawatan dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) dengan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019) :

a. Pola napas tidak efektif (D.0005)

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pola napas membaik (L.01004)

Kriteria hasil :

- 1) Ventilasi semenit meningkat
- 2) Kapasitas vital meningkat
- 3) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat
- 4) Tekanan ekspirasi meningkat
- 5) Tekanan inspirasi meningkat
- 6) Dispnea menurun
- 7) Penggunaan otot bantu napas menurun
- 8) Pemanjangan fase ekspirasi menurun
- 9) Ortopnea menurun

- 10) Pernapasan pursed-lip menurun
- 11) Pernapasan cuping hidung menurun
- 12) Frekuensi napas membaik
- 13) Kedalaman napas membaik
- 14) Ekskursi dada membaik

Intervensi :

Manajemen jalan napas (I.01011)

Observasi

- 1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- 2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. *gurgling*, mengi, *wheezing*, ronkhi kering)
- 3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

Terapeutik

- 4) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- 5) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- 6) Berikan minum hangat
- 7) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- 8) Lakukan penghisapan lender kurang dari 15 detik
- 9) Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal
- 10) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- 11) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

12) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi

13) Anjurkan teknik batuk efektif

Kolaborasi

14) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu*

b. Nyeri akut

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066)

Kriteria hasil :

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun
- 6) Menarik diri menurun
- 7) Berfokus pada diri sendiri menurun
- 8) Diaforesis menurun
- 9) Perasaan depresi (tertekan) menurun
- 10) Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun
- 11) Anoreksia menurun
- 12) Perineum terasa tertekan menurun

13) Uterus teraba membulat menurun

14) Ketegangan otot menurun

15) Pupil dilatasi menurun

16) Muntah menurun

17) Mual menurun

18) Frekuensi nadi membaik

19) Pola napas membaik

20) Tekanan darah membaik

21) Proses berpikir membaik

22) Fokus membaik

23) Fungsi berkemih membaik

24) Perilaku membaik

25) Nafsu makan membaik

26) Pola tidur membaik

Intervensi :

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- 10) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 18) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 19) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

c. Hipovolemia

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik (L.03028)

Kriteria hasil :

- 1) Kekuatan nadi meningkat
- 2) Turgor kulit meningkat
- 3) Output urine meningkat
- 4) Pengisian vena meningkat
- 5) Ortopnea menurun
- 6) Dispnea menurun
- 7) *Paradoxymal Nocturnal Dyspnea* (PND) menurun
- 8) Edema anasarka menurun
- 9) Edema perifer menurun
- 10) Berat badan meningkat
- 11) Distensi vena jugularis menurun
- 12) Suara napas tambahan menurun
- 13) Kongesti paru menurun
- 14) Perasaan lemah menurun
- 15) Keluhan haus menurun
- 16) Konsentrasi urine menurun
- 17) Frekuensi nadi membaik
- 18) Tekanan darah membaik

- 19) Tekanan nadi membaik
- 20) Membran mukosa membaik
- 21) *Jugular Venous Pressure* (JVP) membaik
- 22) Kadar Hb membaik
- 23) Kadar Ht membaik
- 24) *Central Venous Pressure* membaik
- 25) Refluks hepatojugular membaik
- 26) Berat badan membaik
- 27) Hepatomegali membaik
- 28) Oliguria membaik
- 29) *Intake* cairan membaik
- 30) Status mental membaik
- 31) Suhu tubuh membaik

Intervensi :

Manajemen hipovolemia (I.03116)

Observasi

- 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urine menurun, hematocrit meningkat, haus, lemah)
- 2) Monitor *intake* dan *output* cairan

Terapeutik

- 3) Hitung kebutuhan cairan

4) Berikan posisi *modified Trendelenburg*

5) Berikan asupan cairan oral

Edukasi

6) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral

7) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi

8) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)

9) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. glukosa 2,5%,
NaCl 0,4%)

10) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate)

11) Kolaborasi pemberian produk darah

d. Defisit Nutrisi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi
membaik (L.03030)

Kriteria hasil :

1) Kekuatan otot pengunyah meningkat

2) Kekuatan otot menelan meningkat

3) Serum albumin meningkat

4) Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat

5) Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat

6) Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat

7) Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat

- 8) Penyiapan dan penyimpanan minuman yang aman meningkat
- 9) Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat
- 10) Perasaan cepat kenyang menurun
- 11) Nyeri abdomen menurun
- 12) Sariawan menurun
- 13) Rambut rontok menurun
- 14) Diare menurun
- 15) Berat badan membaik
- 16) Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik
- 17) Frekuensi makan membaik
- 18) Nafsu makan membaik
- 19) Bising usus membaik
- 20) Tebal lipatan kulit trisep membaik
- 21) Membran mukosa membaik

Intervensi :

Manajemen nutrisi (I.03119)

Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai
- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
- 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik

6) Monitor asupan makanan

7) Monitor berat badan

8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

9) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, *jika perlu*

10) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)

11) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai

12) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

13) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

14) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*

15) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

Edukasi

16) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*

17) Anjurkan diet yang diprogramkan

Kolaborasi

18) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), *jika perlu*

19) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, *jika perlu*

e. Gangguan integritas kulit/jaringan

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat (L.14125)

Kriteria hasil :

- 1) Elastisitas meningkat
- 2) Hidrasi meningkat
- 3) Perfusi jaringan meningkat
- 4) Kerusakan jaringan menurun
- 5) Kerusakan lapisan kulit menurun
- 6) Nyeri menurun
- 7) Perdarahan menurun
- 8) Kemerahan menurun
- 9) Hematoma menurun
- 10) Pigmentasi abnormal menurun
- 11) Jaringan parut menurun
- 12) Nekrosis menurun
- 13) Abrasi kornea menurun
- 14) Suhu kulit membaik
- 15) Sensasi membaik
- 16) Tekstur membaik
- 17) Pertumbuhan rambut membaik

Intervensi :

Perawatan integritas kulit (I.11353)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)

Terapeutik

- 2) Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring
- 3) Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, *jika perlu*
- 4) Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare
- 5) Gunakan produk berbahan petrolim atau minyak pada kulit kering
- 6) Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive
- 7) Hindari produk berbahan dasar alcohol pada kulit kering

Edukasi

- 8) Anjurkan menggunakan pelembab (mis. *lotion*, serum)
- 9) Anjurkan minum air yang cukup
- 10) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- 11) Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur
- 12) Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem
- 13) Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah

14) Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

f. Gangguan rasa nyaman

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status kenyamanan meningkat (L.08064)

Kriteria hasil :

- 1) Kesejahteraan fisik meningkat
- 2) Kesejahteraan psikologis meningkat
- 3) Dukungan sosial dari keluarga meningkat
- 4) Dukungan sosial dari teman meningkat
- 5) Perawatan sesuai keyakinan budaya meningkat
- 6) Perawatan sesuai kebutuhan meningkat
- 7) Kebebasan melakukan ibadah meningkat
- 8) Rileks meningkat
- 9) Keluhan tidak nyaman menurun
- 10) Gelisah menurun
- 11) Kebisingan menurun
- 12) Keluhan sulit tidur menurun
- 13) Keluhan kedinginan menurun
- 14) Keluhan kepanasan menurun
- 15) Gatal menurun
- 16) Mual menurun
- 17) Lelah menurun

- 18) Merintih menurun
- 19) Menangis menurun
- 20) Iritabilitas menurun
- 21) Menyalahkan diri sendiri menurun
- 22) Konfusi menurun
- 23) Konsumsi alkohol menurun
- 24) Penggunaan zat menurun
- 25) Percobaan bunuh diri menurun
- 26) Memori masa lalu membaik
- 27) Suhu ruangan membaik
- 28) Pola eliminasi membaik
- 29) Postur tubuh membaik
- 30) Kewaspadaan membaik
- 31) Pola hidup membaik
- 32) Pola tidur membaik

Intervensi :

Manajemen nyeri (I.08238)

Observasi

- 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- 2) Identifikasi skala nyeri
- 3) Identifikasi respons nyeri non verbal
- 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- 5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- 6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- 7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- 8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- 9) Monitor efek samping penggunaan analgesik

Terapeutik

- 10) Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
(mis. TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, *biofeedback*, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- 11) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 12) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 13) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 14) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 15) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 16) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 17) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 18) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- 19) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

g. Konstipasi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan eliminasi fekal membaik (L.04033)

Kriteria hasil :

- 1) Kontrol pengeluaran feses meningkat
- 2) Keluhan defekasi lama dan sulit menurun
- 3) Mengejan saat defekasi menurun
- 4) Distensi abdomen menurun
- 5) Teraba massa pada rektal menurun
- 6) *Urgency* menurun
- 7) Nyeri abdomen menurun
- 8) Kram abdomen menurun
- 9) Konsistensi feses membaik
- 10) Frekuensi defekasi membaik
- 11) Peristaltik usus membaik

Intervensi :

Manajemen eliminasi fekal (I.04151)

Observasi

- 1) Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar
- 2) Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal
- 3) Monitor buang air besar (mis. warna, frekuensi, volume)
- 4) Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi, atau impaksi

Terapeutik

- 5) Berikan air hangat setelah makan
- 6) Jadwalkan waktu defekasi bersama pasien
- 7) Sediakan makanan tinggi serat

Edukasi

- 8) Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan peristaltik usus
- 9) Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume feses
- 10) Anjurkan meningkatkan aktifitas fisik, *sesuai toleransi*
- 11) Anjurkan pengurangan asupan makanan yang meningkatkan pembentukam gas
- 12) Anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat
- 13) Anjurkan meningkatkan asupan cairan, *jika tidak ada kontraindikasi*

Kolaborasi

- 14) Kolaborasi pemberian obat supositoria anal, *jika perlu*

h. Hipertermi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan termoregulasi membaik (L.14134)

Kriteria hasil :

- 1) Menggigil menurun
- 2) Kulit merah menurun

- 3) Kejang menurun
- 4) Akrosianosis menurun
- 5) Konsumsi oksigen menurun
- 6) Piloereksi menurun
- 7) Vasokonstriksi perifer menurun
- 8) Kutis memorata menurun
- 9) Pucat menurun
- 10) Takikardi menurun
- 11) Takipnea menurun
- 12) Bradikardi menurun
- 13) Dasar kuku sianotik menurun
- 14) Hipoksia menurun
- 15) Suhu tubuh membaik
- 16) Suhu kulit membaik
- 17) Kadar glukosa darah membaik
- 18) Ventilasi membaik
- 19) Tekanan darah membaik

Intervensi :

Manajemen hipertermia (I.15506)

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator)
- 2) Monitor suhu tubuh

- 3) Monitor kadar elektrolit
- 4) Monitor haluaran urine
- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- 6) Sediakan lingkungan yang dingin
- 7) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- 8) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- 9) Berikan cairan oral
- 10) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
- 11) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- 12) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- 13) Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi

- 14) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- 15) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika perlu*

i. Intoleransi aktivitas

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat (L.05047)

Kriteria hasil :

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Saturasi oksigen meningkat
- 3) Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat
- 4) Kecepatan berjalan meningkat
- 5) Jarak berjalan meningkat
- 6) Kekuatan tubuh bagian atas meningkat
- 7) Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat
- 8) Toleransi dalam menaiki tangga meningkat
- 9) Keluhan lelah menurun
- 10) Dispnea saat aktivitas menurun
- 11) Dispnea setelah aktivitas menurun
- 12) Perasaan lemah menurun
- 13) Aritmia saat aktivitas menurun
- 14) Aritmia setelah aktivitas menurun
- 15) Sianosis menurun
- 16) Warna kulit membaik
- 17) Tekanan darah membaik
- 18) Frekuensi napas membaik
- 19) EKG iskemia membaik

Intervensi :

Manajemen energi (I.05178)

Observasi

- 1) Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan
- 2) Monitor kelelahan fisik dan emosional
- 3) Monitor pola dan jam tidur
- 4) Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas

Terapeutik

- 5) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- 6) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 7) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 8) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan

Edukasi

- 9) Anjurkan tirah baring
- 10) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 11) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

Kolaborasi

- 12) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplimentasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari

proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali, 2014).

Implementasi keperawatan direncanakan dengan tujuan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri (*self care*) dengan penyakit yang ia alami sehingga klien mencapai derajat kesembuhan yang optimal dan efektif. Sehingga kemandirian pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dapat meningkat dengan dilakukan tindakan keperawatan untuk mengurangi penyebab terjadinya mual muntah yang berlebih dan memberikan rasa nyaman dan aman pada ibu.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah. Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai (Ali, 2014).

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui perkembangan klien atas tindakan yang telah dilakukan sehingga dapat disimpulkan apakah tujuan asuhan keperawatan tercapai atau belum. Hal ini terkait dengan kemampuan ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dalam kemandiriannya dan mencegah timbulnya kembali masalah yang pernah dialami. Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dapat mengevaluasi kemandiriannya dalam

mengatasi masalah yang dialami, meliputi seluruh aspek baik bio-psiko-sosial dan spiritual.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan merupakan *literature review* yaitu *me-review* Asuhan Keperawatan pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

B. Subyek Penelitian

Subyek penelitian yang digunakan dalam *literature review* asuhan keperawatan adalah dua kasus hiperemesis gravidarum yang akan di *review* secara rinci dan mendalam

1. Kriteria Inklusi

- a. Ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum primigravida maupun multigravida
- b. Usia reproduksi (20 – 35 tahun)

2. Kriteria Eksklusi

- a. Ibu dengan kehamilan normal

C. Batasan Istilah (Definisi Operasional)

Defenisi Operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang muncul secara berlebihan selama hamil. Mual dan muntah (*morning sickness*) pada kehamilan

trimester awal sebenarnya normal. Namun pada hiperemesis gravidarum, mual dan muntah dapat terjadi sepanjang hari dan berisiko menimbulkan dehidrasi.

2. Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum

Asuhan keperawatan ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum adalah bentuk asuhan berupa pelayanan keperawatan profesional yang diberikan kepada klien dengan menggunakan metodologi proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Asuhan diberikan dengan tujuan menurunkan tuntutan *self care* untuk meningkatkan kemampuan klien dalam merawat dirinya sendiri dan tidak menempatkan klien pada posisi ketergantungan dengan menggunakan pendekatan perawatan diri atau *self care deficit*. Pengkajian menggunakan format instrument Orem, penegakkan diagnosa menggunakan SDKI, perencanaan menggunakan SIKI dan SLKI, melakukan pelaksanaan dan evaluasi.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Balikpapan pada tanggal 15 April 2020 s.d 08 Mei 2020.

E. Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan *literature review* ini yaitu melakukan identifikasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet kemudian mereview kasus dari kedua subyek.

2. Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Dorothea E Orem, penegakkan diagnosa menggunakan SDKI dan intervensi menggunakan SIKI & SLKI, melakukan pelaksanaan dan evaluasi.

F. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut :

1. Mahasiswa melakukan ujian proposal.
2. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan dari penguji untuk memperoleh persetujuan pengambilan data.
3. Mahasiswa melakukan penyusunan penelitian dengan metode *literature review*.
4. Mahasiswa melakukan identifikasi dan validasi laporan asuhan keperawatan melalui media internet yang disetujui pembimbing.
5. Mahasiswa membandingkan data-data hasil pengkajian menggunakan format Dorothea E Orem antara konsep teori dengan kasus.
6. Mahasiswa membandingkan penegakan diagnosa keperawatan berdasarkan SDKI antara konsep teori dengan kasus.

7. Mahasiswa membandingkan penyusunan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI antara konsep teori dengan kasus.
8. Mahasiswa membandingkan pelaksanaan pada kasus sesuai dengan perencanaan berdasarkan SIKI dan SLKI pada konsep teori.
9. Mahasiswa melihat kesesuaian pelaksanaan evaluasi terhadap tujuan dan kriteria hasil dengan diagnosa yang ditegakkan.
10. Mahasiswa membuat kesimpulan dan saran tentang masalah keperawatan yang ditemukan dalam *literature review*.
11. Mahasiswa melakukan konsultasi kepada pembimbing.
12. Mahasiswa melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat konsultasi dengan pembimbing.

G. Uji Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu dengan mengumpulkan data sesuai dengan 2 kasus yang diperoleh.

H. Analisa Data

Analisa data pada *literature review* yaitu data yang dikumpulkan sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dikaitkan dengan konsep teori, prinsip yang relevan untuk menentukan masalah keperawatan dan membuat kesimpulan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada BAB ini akan diuraikan tentang hasil penelitian Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum dalam bentuk *review kasus* yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit. Pengambilan data dilakukan dengan jumlah sampel sebanyak 2 klien. Guna membahas tentang keterkaitan dan kesenjangan antara teori dan pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien Hiperemesis Gravidarum. Selain menyesuaikan lima tahapan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, penulis juga akan menyesuaikan hasil diagnosa yang diambil dengan model konseptual *self care* Orem yang saling berhubungan yaitu *Basic Conditioning Factors, Universal Selfcare Requisites, Developmental Selfcare Requisites, Health Deviation Selcare Requisites* dengan sistem pemberian asuhan secara *wholly compensatory nursing systems, partially compensatory nursing systems* dan *supportive educative*. Berikut paparan *literature review* Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum :

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi *Literature Review*

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar yang berada di Jalan Letjen Mappaoudang Makassar. Untuk literatur kasus yang pertama peneliti menggunakan Ruang Cempaka dari tanggal 30 Mei – 01 Juni 2016,

sedangkan untuk literatur kasus kedua peneliti menggunakan ruang Pearwatan peneliti menggunakan Ruang Perawatan Nuri dari tanggal 22 Maret – 24 Maret 2017.

2. Gambaran Asuhan Keperawatan

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan pada kedua klien yang akan dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengkajian

Tabel 4.1

Pengkajian Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar

Item pengkajian		Klien 1	Klien 2
<i>Basic Conditioning Factors</i>			
1. Identitas Klien			
Nama		Ny. M	Ny. W
Umur		25 Tahun	32 Tahun
Pendidikan		S1	Sekolah Polwan
Pekerjaan		Ibu Rumah Tangga	Polwan
Status pernikahan		Menikah	Menikah
Lama pernikahan		3 bulan	Tidak terdapat data
Agama		Islam	Islam
Suku		Bugis	Makassar
No. Rm		XX.XX.XX	XX.XX.XX
Sumber informasi		Pasien	Pasien
Tanggal pengkajian		30 Mei 2016	22 Maret 2017
2.	Alasan masuk RS	DS : Klien mengatakan smerasa mual dan muntah disertai pusing dirasakan sejak 3 hari yang lalu, muntah sebanyak 10 kali setiap habis makan dan minum, muntah cair	DS : Klien mengatakan merasa mual dan muntah yang terjadi lebih dari 10x dalam sehari lalu klien dibawa ke Rumah Sakit Bhayangkara Makassar pada tanggal 21 Maret 2017

		berampas kien dibawa oleh keluarganya ke Rumah Sakit TK II Pelamonia Makassar pada tanggal 29 Mei 2016. DO : 1. G1P0A0 2. Usia Kehamilan 8 minggu	DO : 1. G3P2A0 2. Usia Kehamilan 15 minggu
3.	Riwayat penyakit sekarang	DS : Klien mengatakan merasa mual dan muntah disertai pusing. Klien mengatakan tidak nafsu makan. Klien mengatakan keluhan yang menyertai susah tidur dan semua aktivitas dilakukan ditempat tidur. Klien mengatakan belum ada mandi sejak dirawat di rumah sakit. Klien mengatakan merasa lemah. DO : Klien terpasang infus Futrolit : Dexta 5 % (2 : 1)	DS : Klien mengatakan merasa mual dan muntah lebih dari 10x dalam sehari yang dialami sejak ±5 hari yang lalu, akan tetapi keluhan dirasakan memperberat sewaktu 2 hari sebelum dibawa ke rumah sakit. Klien mengatakan setiap makanan yang masuk dimuntahkan. Klien mengatakan tidak nafsu makan. Klien mengatakan merasa lemah dan mudah lelah. DO : Klien terpasang infus RL
4.	Riwayat Penyakit lalu	DS : Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. DO : Dari data rekam medik dan informasi klien	DS : Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit asma DO : Dari data rekam medik dan informasi klien
5.	Riwayat penyakit keluarga	DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti yang dikeluhkan klien sekarang. DO: Dari data rekam medik dan informasi klien	DS : Klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti yang dikeluhkan klien sekarang. DO: Dari data rekam medik dan informasi klien
6.	Riwayat Menstruasi	DS : Klien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 7 hari, teratur, dengan siklus haid 30 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali, keluhan saat haid nyeri perut DO : Klien saat ini hamil 8 minggu	DS : Klien mengatakan haid pertama pada usia 12 tahun, lama haid 4-6 hari, teratur, dengan siklus haid 28 hari, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali, keluhan saat haid nyeri perut DO : Klien saat ini hamil 15 minggu
6.	Riwayat ANC	DS : Tidak terdapat data DO : Klien saat ini hamil 8 minggu	DS : Tidak terdapat data DO : Klien saat ini hamil 15 minggu

7.	Status obstetric	<p>DS : Klien mengatakan hamil 1 melahirkan 0 keguguran 0. Klien mengatakan tidak tau tepat taksiran persalinan (TP)</p> <p>DO : Data di dapat berdasarkan rekam medik dan informasi klien. TFU belum teraba saat dilakukannya pemeriksaan</p>	<p>DS : Klien mengatakan hamil ke 3 melahirkan 2 keguguran 0. Klien mengatakan taksiran persalinan (TP) pada tanggal 13 September 2017</p> <p>DO : Data di dapat berdasarkan rekam medik dan informasi klien. TFU 2 jari dibawah pusat</p>
8.	Riwayat persalinan yang lalu dan saat ini	<p>DS : Klien mengatakan tidak pernah mengalami persalinan sebelumnya.</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien. Diagnosa klien G1P0A0</p>	<p>DS : Klien mengatakan pernah mengalami persalinan, anak pertama klien berjenis kelamin laki-laki umur sekarang 5 tahun dan anak terakhir umur 2 tahun</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien. Diagnosa klien G3P2A0</p>
9.	Riwayat perkawinan	<p>DS : Klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan pertama, Klien dan pasangan bukan single partner</p> <p>DO : Klien ditemani oleh suami saat ini</p>	<p>DS : Klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan pertama, Klien dan pasangan bukan single partner</p> <p>DO : Klien ditemani oleh suami saat ini</p>
10.	Riwayat genekologi	<p>DS : Tidak terdapat data</p> <p>DO : Tidak terdapat data</p>	<p>DS : Tidak terdapat data</p> <p>DO : Tidak terdapat data</p>
11.	Riwayat KB	<p>DS : Klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB sebelumnya</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien tidak menggunakan KB</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB sebelumnya</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien tidak menggunakan KB</p>
12.	Pengkajian Budaya	<p>DS : Klien mengatakan penentu kebijakan saat sakit adalah suaminya. Klien mengatakan sumber dukungan dari suami dan keluarga</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan penentu kebijakan saat sakit adalah suaminya, Klien mengatakan sumber dukungan dari suami dan keluarga</p> <p>DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien</p>
Universal Selfcare Requisites			
1.	Oksgenasi	<p>DS : Klien mengatakan tidak merasa sesak</p> <p>DO : Respirasi 20x/menit, nadi 60x/menit, tekanan darah 110/60 mmHg</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidak merasa sesak</p> <p>DO : Respirasi 22x/menit, nadi 90x/menit, tekanan darah 100/70 mmHg</p>

2.	Cairan dan Elektrolit	<p>DS : Klien mengatakan minumnya hanya 2 gelas (300cc)</p> <p>DO : Turgor kulit klien jelek, bibir tampak kering dan mukosa tampak pucat. Klien terpasang infus Futrolit : Dexta 5 % (2 : 1) jumlah tetesan 28tpm</p>	<p>DS : Klien mengatakan minumnya kurang lebih 2-4 gelas (500-1000cc).</p> <p>DO : Turgor kulit klien menurun, bibir tampak kering dan pecah-pecah. Klien terpasang infus RL, jumlah tetesan 28tpm</p>
3.	Makanan/Nutrisi	<p>DS: Klien mengatakan makan dalam sehari : 3 kali, dalam porsi kecil, jenis makanan bubur, lauk-pauk, dan sayur. Klien mengatakan nafsu makan berkurang. Klien mengatakan merasa mual muntah. Klien mengatakan berat badannya menurun selama hamil. Klien mengatakan berat badan sebelum hamil 53 kg dan tinggi 155 cm.</p> <p>DO : Porsi makan tidak habis, berat badan 50 kg, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 20 (normal)</p>	<p>DS: Klien mengatakan makan dalam sehari : 3 kali, dalam tidak dihabiskan hanya 2-5 sendok, jenis makanan bubur, lauk-pauk, sayur dan buah. Klien mengatakan alergi makanan seperti udang, bakso dan cumi-cumi. Klien mengatakan nafsu makan berkurang. Klien mengatakan merasa mual muntah. Klien mengatakan berat badannya menurun selama hamil. Klien mengatakan berat badan sebelum hamil 62 kg dan tinggi 175 cm.</p> <p>DO : Porsi makan tidak habis, berat badan 55 kg, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 17,97 (berat badan kurang)</p>
4.	Eliminasi	<p>DS : Klien mengatakan buang air kecil 5-6x/hari, warna kuning, bau amoniak, tidak ada kesulitan dalam berkemih. Klien mengatakan buang air besar 1 kali sehari, konsistensi padat, warna kuning, tidak ada masalah dalam buang air besar</p> <p>DO : Klien tidak terpasang cateter</p>	<p>DS : Klien mengatakan buang air kecil tidak menentu, warna kuning tua, bau amoniak, tidak ada kesulitan dalam berkemih. Klien mengatakan buang air besar 1 kali sehari, warna kuning, tidak ada masalah dalam buang air besar</p> <p>DO : Klien tidak terpasang cateter</p>
5.	Istirahat dan Tidur	<p>DS : Klien mengatakan tidur siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam sekitar 5 jam. Klien mengatakan susah tidur dan sering terbangun karena merasa mual. Klien mengatakan merasa pusing dan lemas jika beraktivitas.</p> <p>DO : Klien lemas, Ekstremitas tidak edema</p>	<p>DS : Klien mengatakan tidur siang tidak menentu dan tidak malam sekitar 6 jam tetapi sering terbangun. Klien mengatakan merasa lemas jika beraktivitas</p> <p>DO : Klien lemas. Ekstremitas tidak edema</p>
6.	Interaksi Sosial	<p>DS : Klien mengatakan orang yang paling dekat dengan klien adalah suami. Klien</p>	<p>DS : Klien mengatakan orang yang paling dekat dengan klien adalah suami dan ibunya.</p>

		mengatakan penentu kebijakan dalam menentukan keputusan pertolongan kesehatan adalah suaminya. Klien mengatakan hubungan klien dengan keluarga terjalin dengan baik dan tidak ada masalah DO : Data didapat dari informasi klien	Klien mengatakan apabila ada masalah klien bercerita dengan suami dan ibunya. Klien mengatakan penentu kebijakan dalam menentukan keputusan pertolongan kesehatan adalah suaminya. Klien mengatakan hubungan klien dengan tetangga terjalin dengan baik dan tidak ada masalah DO : Data didapat dari informasi klien
7.	Pencegahan terhadap bahaya	DS : Klien mengatakan mengikuti nasehat dari tenaga kesehatan DO : Data didapat dari informasi klien	DS : Klien mengatakan mengikuti nasehat dari tenaga kesehatan DO : Data didapat dari informasi klien
8.	Promosi untuk kondisi normal	DS : Klien mengatakan keluarganya sangat mendukung atas kehamilannya tersebut, terutama suami dan orang tuanya DO : Data didapat dari informasi klien	DS : Klien mengatakan keluarganya sangat mendukung atas kehamilannya tersebut, terutama suami dan orang tuanya DO : Data didapat dari informasi klien
<i>Developmental Selfcare Requisites</i>			
1.	<i>Maintenance of developmental environment</i>	DS : Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya seperti makan, buang air kecil dan buang air besar. DO : Data didapat dari informasi klien	DS : Klien mengatakan aktivitas dibantu oleh keluarganya seperti makan, buang air kecil dan buang air besar. DO : Data didapat dari informasi klien
2.	<i>Prevention/management of the conditions threatening the normal development</i>	DS : Klien mengatakan berharap lahir normal dan bayinya sehat. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien	DS : Klien mengatakan berharap bayinya sehat. Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan DO : Dari data rekam medik klien dan informasi klien
<i>Health Deviation Selfcare Requisites</i>			
1.	Adherence to medical regimen	DS : Klien mengatakan merasa mual dan muntah. Klien mengatakan badan terasa lemah DO : Klien menyampaikan keluhan pada tenaga	DS : Klien mengatakan merasa mual dan muntah. Klien mengatakan badan terasa lemah DO : Klien menyampaikan keluhan pada tenaga kesehatan

		kesehatan	
2.	Awareness of potential problem associated with the regimen	DS : Klien mengatakan khawatir terhadap kondisi dan kandungannya. Klien mengatakan mematuhi aturan diet yang diberikan DO : Dari data rekam medik dan informasi klien	DS : Klien mengatakan sadar akan kondisinya saat ini. Klien mengatakan mematuhi aturan diet yang diberikan DO : Dari data rekam medik dan informasi klien.
3.	Modification of self image to incorporates changes in health status	DS : Klien mengatakan ia beradaptasi menjadi seorang ibu karena kehamilannya memang direncanakan. Klien mengatakan khawatir terhadap janin yang dikandungnya DO : Data dari rekam medik dan informasi klien. Diagnosa klien G1P0A0	DS : Klien mengatakan ia beradaptasi menjadi seorang ibu karena kehamilannya memang direncanakan DO : Data dari rekam medik dan informasi klien. Diagnosa klien G3P2A0
4.	Adjustment of lifestyle to accommodate changes in the health status and medical regimen	DS : Klien mengatakan bahwa senang beradaptasi akan menjadi ibu DO : Data dari informasi klien	DS : Klien mengatakan mengerti dilakukannya SC karena klien sudah 2 kali melakukan SC. Klien mengatakan bahwa senang beradaptasi akan menjadi ibu. DO : Data dari rekam medik dan informasi klien
Medical Problem and Plan			
1.	Pemeriksaan Penunjang		
a.	Darah	- Leukosit : 0-1 - Eritrosit : 1-2	Tidak terdapat data
b.	Urin	- PH : 6,5 - Keton : + 3 - Bilirubin : + 2 - Glukosa : Negatif	- WBC : $7,3 \times 10^3/\text{ul}$ - HGB : 11,4 g/dl - PLT : $275 \times 10^3/\text{ul}$
c.	USG	Tidak terdapat data	Tidak terdapat data
2.	Diagnosa Medis	Hiperemesis Gravidarum	Hiperemesis Gravidarum
3.	Penatalaksanaan Medis	- IVFD Futrolit : Dexta 5 % (2 : 1) jumlah tetesan 28tpm - Drip neurobion 1 amp/24 jam - Injeksi Ranitidine 1 amp/ 8 jam - Injeksi Ondansetron 1 amp/ 8 jam - Antasida oral	- IVFD RL jumlah tetesan 28tpm - Drip neurobion 1 amp/24 jam - Injeksi Ranitidine 1 amp/ 8 jam - Injeksi Ondansetron 1 amp/ 8 jam - Antasida oral

Pemeriksaan fisik			
a.	Mata	DO : - Simetris kanan dan kiri - Konjungtiva anemis - Sklera tidak ikterik - Tidak ada secret pada hidung - Mukosa bibir kering	DO : - Simetris kanan dan kiri - Konjungtiva anemis - Sklera tidak ikterik - Tidak ada secret pada hidung - Mukosa bibir kering
b.	Payudara	DO : - Puting susu datar tidak terdapat lecet - Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara - Tidak ada benjolan	DO : - Puting susu tampak berbentuk - Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara - Tidak ada benjolan
c.	Abdomen	DO : - Pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan - Bekas luka operasi tidak ada - TFU belum teraba - Tidak terdapat nyeri tekan	DO : - Pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan - Bekas luka operasi tidak ada - TFU 2 jari dibawah pusat - Tidak terdapat nyeri tekan
d.	Genitalia	DO : - Tidak terdapat perdarahan - Tidak terdapat nyeri tekan	DO : - Tidak terdapat perdarahan - Tidak terdapat nyeri tekan
e.	Ekstremitas	DO : - Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan - Tidak terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat benjolan/massa	DO : - Oedema pada ekstremitas tidak ditemukan - Tidak terdapat nyeri tekan - Tidak terdapat benjolan/massa

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.1 yang terdiri dari sub-sub, dijelaskan bahwa pengkajian yang diperoleh melalui wawancara dan observasi pada kedua klien ditemukan pada sub sebagai berikut :

1. Identitas Klien

Klien 1 dilakukan pengkajian tanggal 30 Mei 2016, klien bernama Ny. M, umur 25 tahun, pendidikan terakhir S1, pekerjaan

IRT, menikah, pernikahan ke 1, lama pernikahan 3 bulan, agama islam, dan suku Bugis.

Sedangkan klien 2 dilakukan pengkajian tanggal 22 Maret 2017, klien bernama Ny. W, umur 32 tahun, pendidikan terakhir sekolah polisi wanita, pekerjaan Polwan, menikah, pernikahan ke 1, tidak terdapat data lama pernikahan, agama islam, dan suku Makassar.

2. Basic Conditioning Factors

Pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 dan 2 memiliki kesamaan yaitu keduanya mengeluh mual dan muntah berlebih, tidak nafsu makan, dan merasa lemah. Kehamilan saat ini adalah kehamilan yang direncanakan pada klien 1 dan 2, klien 1 mengatakan kehamilannya direncanakan karena ini anak pertama. Lalu pada klien 2 mengatakan bahwa kehamilannya direncanakan walaupun ini sudah anak ketiganya. Untuk klien 1 riwayat penyakit lalu klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya dan klien 2 mengatakan bahwa ia memiliki riwayat penyakit asma. Hasil pengkajian riwayat keluarga didapat pada klien 1 dan 2 tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, dsb.

Pada pengkajian riwayat menstruasi klien 1 mengatakan haid pertama pada saat usia 14 tahun, lama haid 7 hari dan teratur dengan siklus haid 30 hari, mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3 kali dan keluhan saat haid yaitu nyeri perut. Sedangkan klien 2 mengatakan haid pertama pada saat usia 12 tahun, lama haid 4-6 hari dan teratur dengan siklus haid 28 hari, mengganti pembalut dalam 24

jam sebanyak 3 kali, keluhan yang dirasakan saat haid adalah nyeri perut. Klien 1 dan 2 tidak terdapat data pemeriksaan ANC pada pengkajian, G1P0A0 8 minggu klien 1 mengatakan tidak tau tepat tafsiran persalinan. Tfu belum teraba saat dilakukan pemeriksaan, G3P2A0H2 15 minggu klien 2 mengatakan taksiran persalinan pada tanggal 13 September 2017, Tfu 2 jari dibawah pusat. Pada Klien 1 mengatakan ini pernikahan pertamanya, lama pernikahan dengan suami pertama sudah berjalan selama 3 bulan, klien ditemani oleh suami saat ini. Sedangkan klien 2 mengatakan ini pernikahan pertamanya, tidak terdapat data lama pernikahan pada pengkajian, klien ditemani oleh suami saat ini. Pada pengkajian riwayat genekologi klien 1 dan 2 tidak terdapat data. Klien 1 dan 2 mengatakan sebelumnya tidak pernah memakai kb. Pada klien 1 dan 2 mengatakan penentu kebijakan saat sakit adalah suaminya, sumber dukungan dari suami dan keluarga.

3. Universal Selfcare Requisites

Pada data cairan dan elektrolit klien 1 mengkonsumsi air sebanyak 300cc, turgor kulit jelek, bibir kering dan mukosa pucat, masih terpasang infus sedangkan pada klien 2 mengkonsumsi air sebanyak 2-4 gelas/hari (500-1000cc), badan lemas, turgor kulit menurun, bibir kering dan pecah-pecah, masih terpasang infus. Dalam pengkajian pola makanan/nutrisi klien 1 dan 2 memiliki kesamaan dalam pola makan yaitu makan dalam sehari 3 kali jenis makanan yang dikonsumsi yaitu bubur, sayur, lauk pauk dan buah

dalam porsi kecil dan tidak habis. Dalam pola eliminasi klien 1 untuk BAK frekuensinya 5-6x/hari, untuk BAB memiliki pola BAB 1x/hari dengan konsistensi padat dan tidak mengalami kesulitan pada saat BAB. Untuk klien 2 frekuensi BAK tidak menentu, sedangkan untuk BAB 1 x/hari dan tidak mengalami kesulitan pada saat BAB. Pada pengkajian pola istirahat dan tidur, klien 1 tidur malam sekitar 5 jam/hari, klien sering terbangun karena merasa mual, merasa pusing dan lemas jika beraktivitas sedangkan untuk klien 2 tidur malam sekitar 6 jam/hari dan sering terbangun. Untuk pengkajian interaksi sosial klien 1 dan 2 memiliki persamaan yaitu orang terdekat dan penentu kebijakan adalah suami, pada klien 1 tidak terdapat data interaksi dengan tetangga sedangkan pada klien 2 hubungan dengan tetangga terjalin dengan baik dan tidak terdapat masalah. Untuk pengkajian pencegahan terhadap bahaya klien 1 dan 2 mengikuti nasehat dari tenaga kesehatan. Pada pengkajian promosi untuk kondisi normal klien 1 dan 2 keluarganya sangat mendukung kehamilannya, terutama suami dan orang tuanya.

4. Developmental Selfcare Requisites

Dalam kebutuhan yang berhubungan dengan perkembangan individu pada klien 1 dan 2 aktivitas dibantu oleh keluarga seperti, makan, BAK dan BAB, tidak mengalami kesulitan bergerak hanya saja lemah dalam beraktivitas. Klien 1 dan 2 berharap bayinya sehat dan lahir normal. Klien 1 dan 2 tidak memiliki riwayat penyakit

keturunan. Klien 1 merasa khawatir terhadap janin yang dikandungnya dan pada Klien 2 sadar akan kondisinya saat ini.

5. Health Deviation Selcare Requisites

Dalam kebutuhan yang timbul sebagai hasil dari kondisi klien klien 1 dan 2 mengeluh merasa mual dan muntah, merasa lemah. Pada klien 1 dan 2 sadar akan kondisinya saat ini dan mematuhi aturan diet yang diberikan.

6. Medical problem and plan

Pada pemeriksaan penunjang klien 1 terdapat data pemeriksaan darah yaitu leukosit (0-1), eritrosit (1-2) dan pada klien 2 tidak terdapat data. Pada pemeriksaan urin klien 1 terdapat data PH (6,5), keton (+3), bilirubin (+2), glukosa negatif dan pada klien 2 terdapat data WBC ($7,3 \times 10^3/\text{ul}$), HGB (11,4 g/dl), PLT ($275 \times 10^3/\text{ul}$). Pada klien 1 dan 2 tidak terdapat data pemeriksaan usg. Pada penatalaksanaan medis klien 1 dan 2 terdapat data Drip neurobion 1 amp/24 jam, Injeksi Ranitidine 1 amp/ 8 jam, Injeksi Ondansetron 1 amp/ 8 jam, Antasida oral, hanya saja pada klien 1 IVFD Futrolit : Dexa 5 % (2 : 1) jumlah tetesan 28tpm dan klien 2 IVFD RL jumlah tetesan 28tpm

7. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan mata klien 1 dan 2 terdapat data simetris kanan dan kiri, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pemeriksaan hidung tidak ada secret pada hidung dan mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan payudara klien 1 dan 2 terdapat data tidak ada nyeri

tekan pada kedua payudara dan tidak ada benjolan, hanya saja pada klien 1 puting susu tidak terdapat lecet dan pada klien 2 puting susu tampak berbentuk, tidak ada nyeri tekan pada kedua payudara dan tidak ada benjolan. Pada pemeriksaan abdomen klien 1 dan 2 terdapat data pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan, bekas luka operasi tidak ada, tidak terdapat nyeri tekan, hanya saja pada klien 1 Tfu belum teraba dan pada klien 2 Tfu 2 jari dibawah pusat. Pada pemeriksaan genetalia klien 1 dan 2 terdapat data tidak ada perdarahan dan tidak terdapat nyeri tekan. Pada pemeriksaan ekstremitas klien 1 dan 2 terdapat data tidak ada oedema pada ekstremitas, tidak terdapat nyeri tekan dan tidak terdapat benjolan/massa.

Tabel 4.2

Data Fokus Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar

Klien 1		Klien 2	
Data fokus			
Ds	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan mual dan muntah sebanyak 7 kali dari waktu pagi s/d malam b. Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum c. Klien mengatakan kurang nafsu makan d. Klien mengatakan hanya makan 4 sendok e. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi f. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas g. Klien mengatakan tidak biasa mandi sendiri h. Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat 		<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali b. Klien mengatakan nafsu makan klien berkurang c. klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah d. klien mengatakan jarang minum e. klien mengatakakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan f. klien mengatakan penglihatan berkunang- kunang g. klien mengatakan cepat lelah h. kien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur i. klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas

	<ul style="list-style-type: none"> i. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300cc) j. Klien mengatakan pahit saat mengecap k. Klien mengatakan pusing l. Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah 	
Do	<ul style="list-style-type: none"> a. ½ porsi makan dihabiskan b. Muntah sebanyak 7 kali c. Muntah cair berampas d. Klien mengeluarkan bau tak sedap e. Rambut tampak ada dandruf, kotor dan berbau f. Rambut tampak berminyak dan ada pelengketan g. Wajah kelihatan sedih h. Tampak murung i. Keadaan umum lemah j. Bibir tampak kering k. Mukosa pucat l. Tampak bercak-bercak putih m. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) n. Peristaltik usus 6x/menit o. Kembung p. Abdomen teraba tegang saat muntah q. Klien tampak minum hanya 2 gelas (300cc) r. Terpasang infus pada tangan kanan Infus Futrolit : Dexa (2:1) jumlah tetesan 28tpm dan drips neurobion 1 amp/24 jam s. Kulit tampak pucat t. Kulit teraba lengket u. Turgor kulit jelek v. IMT : 16 w. BB sebelum hamil 53 kg BB saat hamil 50 kg TB 158 cm x. TTV TD : 110/60 mmHg N : 60x/menit P : 20x/menit S : 36°C 	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak mual dan muntah b. Klien tampak menolak untuk makan c. Selera makan klien tidak ada d. Klien tampak menghabiskan 1/3 porsi saja e. BB sebelum sakit : 62 kg BB saat sakit : 55 kg f. Denyut nadi klien meningkat g. Klien tampak pucat h. Turgor kulit kering i. Konjungtiva tampak anemis j. Suhu tubuh klien meningkat k. Cairan Input : 1000-2000 cc/hari Output : 1000-1500 cc/hari l. TTV TD=100/70 mmHg N = 90x/menit S = 37°C P = 22 x/menit m. Klien tampak lemah n. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur o. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil p. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Interpretasi Data :

Berdasarkan data focus pada tabel di atas dijelaskan bahwa data yang di peroleh klien 1 dan 2 sesuai dengan masalah yang di peroleh pada pengkajian klien.

Tabel 4.3

**Analisa Data Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum
di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit
Kepolisian Bhayangkara Makassar**

No	Data Fokus	Etiologi	Masalah Keperawatan
Klien 1			
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan mual muntah sebanyak 7 kali sejak dari waktu pagi s/d malam 2. klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum 3. klien mengatakan kurang nafsu makan 4. klien mengatakan hanya makan 4 sendok <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntah sebanyak 7 kali 2. Muntah cair berampas 3. ½ porsi makan tidak dihabiskan 4. Bibir tampak kering 5. Mukosa pucat 6. Kembung 7. Abdomen teraba tegang saat muntah 8. Abdomen tampak membesar sesuai umur kehamilan 9. BB sebelum sakit : 53 kg BB saat sakit : 50 kg IMT : 20 (normal) 	Mual dan muntah	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat 2. Keluarga klien mengatakan 	Kurang pengetahuan	Ansietas

	<p>semoga penyakit yang di derita klien tidak parah</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah kelihatan sedih 2. Tampak murung 		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi 2. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas 3. Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluarkan bau tak sedap 2. Rambut tampak ada dandruff, kotor dan berbau 3. Rambut tampak berminyak dan ada perlengketan 4. Kulit teraba lengket 	Kelemahan	Defisit perawatan diri
4.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300cc) 2. Klien mengatakan pahit saat mengecap <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum lemah 2. Tampak bercak-bercak putih pada lidah 3. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) 4. Terpasang infus pada tangan kanan <ol style="list-style-type: none"> a. Infus cairan futrolit : dexa 5% (2:1) 28 tpm b. Drips neurobion 1 amp/24 jam 5. Kulit tampak kusam 6. Klien tampak minum 2 gelas (300cc) 7. Turgor kulit jelek Kulit teraba lengket 	Kehilangan volume cairan aktif	Risiko kekurangan volume cairan
Klien 2			
1.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali 2. Klien mengatakan nafsu makan klien berkurang 3. Klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mual dan muntah 2. Klien tampak menolak 	Frekuensi mual dan muntah berlebihan	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

	<p>untuk makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Selera makan klien tidak ada 4. Klien tampak menghabiskan 1/3 porsi saja 5. BB sebelum sakit : 62kg BB saat sakit : 55 kg MT : 17,97 (kurang) 		
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan jarang minum 2. Klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan 3. Klien mengatakan penglihatan berkunang – kunang <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi klien meningkat 2. Klien tampak pucat 3. Turgor kulit kering 4. Konjungtiva tampak anemis 5. Suhu tubuh klien meningkat 6. Cairan Input : 1000-2000 cc/hari Output : 1000-1500 cc/hari 7. TTV TD : 100/70 mmHg N : 90x/menit S : 37 °C P : 22 x/menit 	Kehilangan cairan yang berlebih	Kekurangan volume cairan
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan cepat lelah 2. Klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur 3. Klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur 3. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil <p>Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas</p>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Intrepretasi Data :

Berdasarkan analisa data pada tabel di atas dijelaskan bahwa data yang di peroleh klien 1 dan 2 sesuai dengan etiologi dan masalah yang di peroleh pada pengkajian klien.

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.4

Diagnosa Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar

No. Urut	Klien 1		Klien 2	
	Hari/tgl ditemukan	Diagnosa keperawatan	Hari/tgl ditemukan	Diagnosa keperawatan
1.	30 Mei 2016	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah Data Subjektif : 1. Klien mengatakan mual muntah sebanyak 7 kali sejak dari waktu pagi s/d malam 2. Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum 3. Klien mengatakan kurang nafsu makan 4. Klien mengatakan hanya makan 4 sendok Data Objektif : 1. Muntah sebanyak 7 kali 2. Muntah cair berampas 3. ½ porsi makan tidak dihabiskan 4. Bibir tampak kering 5. Mukosa pucat	22 Maret 2017	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan frekuensi mual dan muntah berlebihan Data Subjektif : 1. Klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali 2. Klien mengatakan nafsu makan klien berkurang 3. Klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah Data Objektif : 1. Klien tampak mual dan muntah 2. Klien tampak menolak untuk makan 3. Selera makan klien tidak ada 4. Klien tampak menghabiskan 1/3 porsi saja 5. BB sebelum sakit : 62kg BB saat sakit : 55 kg IMT : 17,97 (kurang)

		<p>6. Kembung</p> <p>7. Abdomen terasa tegang saat muntah</p> <p>8. Abdomen tampak membesar sesuai umur kehamilan</p> <p>9. BB sebelum sakit : 53 kg BB saat sakit : 50 kg IMT : 20 (normal)</p>		
2.	30 Mei 2016	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat 2. Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang di derita klien tidak parah <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wajah kelihatan sedih 2. Tampak murung 	22 Maret 2017	<p>Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan jarang minum 2. Klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan 3. Klien mengatakan penglihatan berkunang – kunang <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi klien meningkat 2. Klien tampak pucat 3. Turgor kulit kering 4. Konjungtiva tampak anemis 5. Suhu tubuh klien meningkat 6. Cairan Input : 1000-2000 cc/hari Output : 1000-1500 cc/hari 7. TTV TD : 100/70 mmHg N : 90x/menit S : 37 °C P : 22 x/menit
3.	30 Mei 2016	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi 2. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas 3. Klien mengatakan 	15 February 2017	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan cepat lelah 2. Klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur 3. Klien mengatakan sangat terbatas dalam

		<p>tidak bisa mandi sendiri</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengeluarkan bau tak sedap 2. Rambut tampak ada dandruff, kotor dan berbau 3. Rambut tampak berminyak dan ada perlengketan 4. Kulit teraba lengket 		<p>beraktivitas</p> <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur 3. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil 4. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas
4	30 Mei 2016	<p>Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif</p> <p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300cc) 2. Klien mengatakan pahit saat mengecap <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum lemah 2. Tampak bercak-bercak putih pada lidah 3. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) 4. Terpasang infus pada tangan kanan <ol style="list-style-type: none"> a. Infus cairan futrolit : dexta 5% (2:1) 28 tpm b. Drips neurobion 1 amp/24 jam 5. Kulit tampak kusam 6. Klien tampak minum 2 gelas (300cc) 7. Turgor kulit jelek 8. Kulit teraba lengket 		

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Intrepretasi Data :

Pada tabel diatas setelah melakukan pengkajian dan pengumpulan masalah pada klien 1 dan klien 2, ditemukan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 adalah Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah, Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif.

Sedangkan pada klien 2 ditemukan, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan frekuensi mual dan muntah berlebihan, Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

c. Rencana Keperawatan

Tabel 4.5

Rencana Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar

Hari/ Tanggal	DX.Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Klien 1			
Senin, 30 Mei 2016	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan frekuensi mual dan muntah	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi Kriteria Hasil : 1. Klien mengatakan	1.1 Kaji pola makan klien 1.2 Anjurkan makan sedikit tapi sering 1.3 Berikan makan dalam porsi hangat 1.4 Berikan air minum saat makan 1.5 Berikan makanan kesukaan klien 1.6 Ciptakan lingkungan

		<p>tidak mual dan muntah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien mengatakan tidak muntah sehabis makan dan minum 3. Porsi makan dihabiskan 4. Bibir lembab 5. Mukosa tidak pucat 	<p>yang menyenangkan saat makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.7 Identifikasi adanya reflek menelan yang normal 1.8 Atur makanan sesuai dengan kesukaan klien 1.9 Tunda pemberian makanan apabila klien lelah untuk menelan 1.10 Kolaborasi dengan ahli gizi
Senin, 30 Mei 2016	Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, ansietas teratasi</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tidak khawatir terhadap janin yang ada didalam 2. Wajah tampak tenang 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Kaji tingkat kecemasan klien 2.2 Gunakan pendekatan yang tenang pada klien 2.3 Berikan aktifitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan 2.4 Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 2.5 Berikan dukungan emosional 2.6 Kontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan 2.7 Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi rasa cemas 2.8 Beri dukungan untuk cepat sembuh 2.9 Pertimbangkan kemampuan klien dalam mengambil keputusan 2.10 Berikan HE tentang penyakitnya
Senin, 30 Mei 2016	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Defisit perawatan diri teratasi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sudah mandi 2. Klien mengatakan sudah keramas 3. Klien mengatakan bisa mandi sendiri 4. Bau tak sedap pada klien berkurang 5. Rambut tampak bersih 6. Tidak teraba berminyak 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 3.2 Monitor kondisi kulit 3.3 Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk lainnya (kasar, kering, kotor, berbau, dan ada dandruf) 3.4 Bantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan 3.5 Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (mis: shampoo, ember, handuk dan lain-lain)

		7. Kulit teraba tidak lengket	3.6 Bantu klien berada pada posisi yang nyaman saat cuci rambut 3.7 Baerikan bantuan sampai klien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri 3.8 Fasilitasi klien untuk cuci rambut sendiri 3.9 Fasilitasi klien untuk menggosok gigi
Senin, 30 Mei 2016	Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan volume cairan aktif	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan, Risiko kekurangan volume cairan Kriteria Hasil : 1. Klien minum air putih 3000ml/hari 2. Tidak pahit saat mengecap 3. Keadaan umum baik 4. Tidak tampak bercak-bercak putih pada lidah 5. Tidak terpasang infus 6. Kulit elastis	4.1 Monitor tanda-tanda vital klien 4.2 Monitor kehilangan cairan seperti muntah 4.3 Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi 4.4 Monitor status gizi 4.5 Berikan cairan dengan tepat 4.6 Tingkatkan asupan oral 4.7 Anjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan/jus buah 4.8 Pantau asupan cairan selama 24 jam 4.9 Berikan cairan IV sesuai suhu kamar 4.10Konsultasi dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk
Klien 2			
22 Maret 2017	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan	Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan mual muntah berkurang, dan nafsu makan meningkat Kriteria Hasil: 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	1.1 Kaji adanya alergi makanan 1.2 Monitor mual muntah 1.3 Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 1.4 Timbang berat badan tiap hari 1.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien

		<ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecapian dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	
22 Maret 2017	Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebihan	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan kekurangan volume cairan dapat teratasi</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien banyak minum 2. Mempertahankan urin output sesuai dengan usia dan BB,BJ urine normal, HT normal 3. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 4. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan 	<ol style="list-style-type: none"> 2.1 Monitor <i>vital sign</i> 2.2 Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 2.3 Dorong pasien untuk menambah intake oral 2.4 Kolaborasi pemberian cairan IV
22 Maret 2017	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	<p>Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan dapat beraktivitas mandiri seperti biasa</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 	<ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 3.2 Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3.3 Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social 3.4 Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan

		4. Energy psikomotor Level kelemahan 1. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat 2. Status kardiopulmonary adekuat 3. Sirkulasi status baik 4. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat	
--	--	--	--

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel diatas setelah melakukan penegakkan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuatlah perencanaan tindakan keperawatan sesuai dengan masing-masing diagnosa yang ditemukan pada klien. Perencanaan dibuat sesuai dengan teori pada klien 1 menggunakan (NANDA, 2015) dan pada klien 2 menggunakan (NANDA NIC NOC, 2015)

d. Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tabel 4.6

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar

Waktu Pelaksanaan	No. DX	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
Klien 1			
Senin, 30 Mei 2016 10.00	1	1. Mengkaji pola makan klien	Hasil : - Klien mengatakan kurang nafsu makan

			- Klien mengatakan hanya makan 4 sendok
10.15		2. Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan
10.20		3. Memberikan makan dalam porsi hangat	Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat tetapi klien hanya makan 4 sendok
10.25		4. Memberikan air minum saat makan	Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan
10.30		5. Memberikan makanan kesukaan klien	Hasil : Klien mengatakan tidak ada makanan yang disukai
10.45		6. Menciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan	Hasil : Suasana kamar nyaman dan tenang
10.50		7. Kolaborasi dengan ahli gizi	Hasil : Klien diberi bubur dan tempe
11.10	2	1. Mengkaji tingkat kecemasan klien	Hasil : Klien mengatakan khawatir terhadap janin yang dikandungnya
11.15		2. Menggunakan pendekatan yang tenang pada klien	Hasil : Klien bertanya tentang kehamilannya
11.20		3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	Hasil : Klien paham dan akan melakukannya
11.25		4. Memberikan dukungan emosional	Hasil : Klien tampak lebih tenang
11.30		5. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan	Hasil : Klien menjaga nutrisi agar janinnya tidak terganggu
11.35		6. Memberikan HE tentang penyakitnya	Hasil : Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat
12.05	3	1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri	Hasil : Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

12.10		2. Monitor kondisi kulit	Hasil : Kulit teraba lengket
12.15		3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk lainnya (kasar, kering, kotor, berbau, dan ada dandruff)	Hasil : Rambut tampak ada dandruff, kotor, berbau dan teraba berminyak
12.20		4. Membantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan	Hasil : Klien mengatakan besok ingin melakukan perawatan cuci rambut
12.40	4	1. Monitor tanda-tanda vital klien	Hasil : - TTV : TD : 110/60 mmHg N : 60x/menit S : 36°C RR : 20x/menit
12.45		2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah	Hasil : Muntah cair berampas sebanyak 2 kali
12.50		3. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi	Hasil : - Klien makan bubur, sayur, dan tempe - Cairan RL dan air putih 2 gelas (300cc)
12.55		4. Monitor status gizi	Hasil : Klien diberikan bubur, sayur dan tempe
13.00		5. Meningkatkan asupan oral	Hasil : Klien mengatakan minum 2 gelas (300 cc)
13.05		6. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan/jus buah	Hasil : Klien nampak makan buah-buahan
13.10		7. Mengkonsultasi dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk	Hasil : Agar keadaan klien tidak bertambah buruk
Selasa, 31 Mei 2016 07.30	1	1. Mengkaji pola makan klien	Hasil : - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan hanya makan 5 sendok
07.35		2. Menganjurkan makan sedikit tapi sering	Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan

07.40		3. Memberikan makan dalam porsi hangat	Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat tetapi klien hanya makan 5 sendok
07.45		4. Memberikan air minum saat makan	Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan
07.50		5. Memberikan makanan kesukaan klien	Hasil : Klien tampak memakan buah-buahan
07.55		6. Menciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan	Hasil : Suasana kamar nyaman dan tenang
08.00		7. Kolaborasi dengan ahli gizi	Hasil : Klien diberi bubur dan tempe
08.15	2	1. Mengkaji tingkat kecemasan klien	Hasil : Klien mengatakan khawatir terhadap janin yang dikandungnya
08.20		2. Menggunakan pendekatan yang tenang pada klien	Hasil : Klien bertanya tentang kehamilannya
08.25		3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam	Hasil : Klien paham dan akan melakukannya
08.30		4. Memberikan dukungan emosional	Hasil : Klien tampak lebih tenang
08.35		5. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan	Hasil : Klien menjaga nutrisi agar janinnya tidak terganggu
08.40		6. Memberikan HE tentang penyakitnya	Hasil : Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat
09.00	3	1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri	Hasil : Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri
09.05		2. Monitor kondisi kulit	Hasil : Kulit teraba lengket
09.10		3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk lainnya (kasar, kering, kotor, berbau, dan ada dandruff)	Hasil : Rambut tampak ada dandruff, kotor, berbau dan teraba berminyak

09.15		4. Membantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan	Hasil : Klien ingin melakukan perawatan cuci rambut
09.20		5. Membantu klien berada pada posisi yang nyaman saat cuci rambut	Hasil : Klien dengan posisi baring sesuai dengan prosedur
09.25		6. Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (mis : shampoo, ember, handul dll)	Hasil : Perawat sudah menyiapkan perlengkapan
09.30		7. Berikan bantuan sampai klien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri	Hasil : Perawat membantu melakukan perawatan cuci rambut
10.45	4	1. Monitor tanda-tanda vital klien	Hasil : - TTV : TD : 110/70 mmHg N : 60x/menit S : 36°C RR : 22x/menit
10.50		2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah	Hasil : Muntah cair berampas sebanyak 2 kali
10.55		3. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi	Hasil : - Klien makan bubur, sayur, dan tempe - Cairan RL dan air putih 3 gelas (450cc)
11.00		4. Monitor status gizi	Hasil : Klien diberikan bubur, sayur
11.05		5. Meningkatkan asupan oral	Hasil : Klien mengatakan minum 3 gelas (450 cc)
11.10		6. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan/jus buah	Hasil : Klien nampak makan buah-buahan
11.15		7. Mengkonsultasi dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk	Hasil : Agar keadaan klien tidak bertambah buruk
Rabu, 01 Juni 2016			
07.30	1	1. Mengkaji pola makan klien	Hasil : ½ porsi makan tidak dihabiskan
07.35		2. Menganjurkan makan	Hasil :

		sedikit tapi sering	Klien mengatakan paham dan akan melakukannya
07.40		3. Memberikan makan dalam porsi hangat	Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat
07.45		4. Memberikan air minum saat makan	Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan
07.50		5. Kolaborasi dengan ahli gizi	Hasil : Klien diberi nasi, sayur dan telur
08.10	2	1. Mengkaji tingkat kecemasan klien	Hasil : Klien mengatakan masih khawatir terhadap kandungannya
08.15		2. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan	Hasil : Klien menjaga nutrisi agar janinnya tidak terganggu
08.20		3. Memberikan HE tentang penyakitnya	Hasil : Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat
08.40	3	1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri	Hasil : Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri
08.45		2. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk lainnya (kasar, kering, kotor, berbau, dan ada dandruf)	Hasil : Rambut tampak bersih dan tidak teraba rambut yang berminyak
09.00	4	1. Monitor tanda-tanda vital klien	Hasil : - TTV : TD : 110/70 mmHg N : 70x/menit S : 36°C RR : 22x/menit
09.05		2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah	Hasil : Klien mengatakan masih mual
09.10		3. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi	Hasil : - Klien makan nasi, sayur, dan telur - Cairan RL dan air putih 4 gelas (600cc)
09.15		4. Meningkatkan asupan oral	Hasil : Klien mengatakan minum 4 gelas (600cc)

09.20		5. Mengkonsultasi dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk	Hasil : Agar keadaan klien tidak bertambah buruk
Klien 2			
Selasa, 22 Maret 2017			
10.00	1	1. Mengkaji adanya alergi makanan	Hasil : Klien alergi terhadap makanan seperti udang, cumi-cumi dan bakso
10.15		2. Memonitor mual muntah	Hasil : Klien tampak mual dan muntah lebih dari 10 kali
10.25		3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	Hasil : Klien mau melakukannya
10.35		4. Menimbang berat badan tiap hari	Hasil : Berat badan klien 55 kg selama masuk rumah sakit
10.40		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	Hasil : Klien diberi makanan bubur, ikan bandeng, sayur, buah dan tampak mengkonsumsi susu
11.15	2	1. Memonitor vital sign	Hasil : - TD : 100/70 mmHg - N : 90x/menit - S : 37°C - P : 22 x/menit
11.30		2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan	Hasil : Klien tampak memuntahkan apabila ada yang makanan atau cairan yang masuk ke dalam tubuh
11.35		3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral	Hasil : Klien tampak minum air putih dan diselingi susu
11.45		4. Berkolaborasi pemberian cairan IV	Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
12.10	3	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	Hasil : Klien tampak lemah tidak dapat bangun dari tempat tidur, kadang mengeluh terhadap penyakit

			yang di deritanya, merasa tidak berguna dan selama sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.
12.20		2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas harian
12.35		3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social	Hasil : Klien tampak sulit melakukan aktivitas fisik, hanya mampu berbicara pelan dan tidak ikut serta di lingkungan sosial akibat penyakitnya
12.50		4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan	Hasil : Klien mau melakukannya
Rabu, 23 Maret 2017			
11.00	1	1. Mengkaji adanya alergi makanan	Hasil : Klien alergi terhadap makanan seperti udang, cumi-cumi dan bakso
11.15		2. Memonitor mual muntah	Hasil : Mual dan muntah klien tampak berkurang
11.20		3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	Hasil : Klien mau melakukannya
11.30		4. Menimbang berat badan tiap hari	Hasil : Berat badan klien masih 55 kg
11.45		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	Hasil : Klien diberi makanan bubur, daging ayam, sayur, buah dan tampak mengkonsumsi susu
12.15	2	1. Memonitor vital sign	Hasil : - TD : 110/90 mmHg - N : 84x/menit - S : 36,5°C - P : 20 x/menit
12.25		2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan	Hasil : Klien dapat menerimanya dan minum sedikit tapi sering untuk mencegah dehidrasi
12.30		3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral	Hasil : Klien tampak meningkatkan minum air putih

12.50		4. Berkolaborasi pemberian cairan IV	Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
13.10	3	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	Hasil : Klien masih tampak lemah, sudah dapat bangun dari tempat tidur dengan berpegang di ujung tempat tidur, menerima penyakit yang di deritanya, membandingkan dirinya dengan orang lain dan selama sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.
13.20		2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien masih dibantu dalam berjalan ke kamar kecil
13.35		3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social	Hasil : Klien sudah mampu bangun dari tempat tidur secara mandiri
13.50		4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan	Hasil : Klien mau melakukannya
Kamis, 24 Maret 2017			
14.00	1	1. Mengkaji adanya alergi makanan	Hasil : Klien alergi terhadap makanan seperti udang, cumi-cumi dan bakso
14.05		2. Memonitor mual muntah	Hasil : Pada saat dikaji klien tampak tidak mual dan muntah lagi dan kooperatif
14.15		3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian	Hasil : Klien mengerti dan mau melakukannya
14.25		4. Menimbang berat badan tiap hari	Hasil : Berat badan klien meningkat 56 kg
14.35		5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien	Hasil : Klien di berikan makanan lunak dan berserat tinggi
15.10	2	1. Memonitor vital sign	Hasil : - TD : 120/80 mmHg - N : 88x/menit - S : 36°C

			- P : 20 x/menit
15.20		2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan	Hasil : Klien tampak minum sedikit tapi sering untuk mencegah dehidrasi
15.30		3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral	Hasil : Klien mengerti dan mau melakukannya
15.40		4. Berkolaborasi pemberian cairan IV	Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
16.05	3	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual	Hasil : Klien tampak koopertif, ekspresi wajah klien gembira, sudah menerima keadaannya dan selalu berdoa untuk kesembuhannya
16.10		2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan	Hasil : Klien tampak sudah dapat berjalan ke kamar kecil dengan mandiri
16.15		3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan social	Hasil : Klien dapat berjalan secara mandiri
16.25		4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan	Hasil : Klien yakin bahwa beliau akan segera sembuh dari penyakitnya dan berkumpul lagi bersama keluarganya di rumah

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.4 diatas dapat disimpulkan sebagai berikut : dalam implementasi pada klien 1 dan klien 2 sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat berdasarkan teori pada klien 1 menggunakan (NANDA, 2015) dan pada klien 2 menggunakan (NANDA NIC NOC, 2015).

e. Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.7

**Evaluasi Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum
di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Rumah Sakit
Kepolisian Bhayangkara Makassar**

Hari ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Klien 1		
Senin, 30 Mei 2016	Dx.1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual dan muntah sebanyak 7 kali dari waktu pagi s/d malam - Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan hanya makan 4 sendok <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muntah sebanyak 7 kali - Muntah cair berampas - ½ porsi makan tidak dihabiskan - Bibir tampak kering - Mukosa pucat - Kembung - Abdomen teraba tegang saat muntah - Abdomen membesar sesuai umur kehamilan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pola makan klien 2. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering 3. Berikan makanan dalam porsi hangat 4. Berikan air minum pada saat makan 5. Berikan makanan kesukaan klien 6. Ciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan 7. Kolaborasi dengan ahli gizi
	Dx.2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat - Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah kelihatan sedih - Tampak murung <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

	Dx.3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kecemasan klien 2. Gunakan pendekatan yang tenang pada klien 3. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam 4. Berikan dukungan emosional 5. Kontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang memicu kecemasan 6. Berikan HE tentang penyakitnya <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi - Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas - Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengeluarkan bau tak sedap - Rambut tampak ada dandruff, kotor dan berbau - Rambut teraba berminyak dan ada perlengketan - Kulit teraba lengket <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 2. Monitor kondisi kulit 3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelainannya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruff) 4. Bantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan
	Dx. 4	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300cc) - Klien mengatakan pahit saat mengecap <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak bercak-bercak putih pada lidah - Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) - Terpasang infus pada tangan kanan (infus RL : Dexta 5% 2:1 28 tpm, drips neurobion 1 amp/24 jam) - Kulit tampak kering - Kulit teraba kering dan kasar <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital klien 2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah 3. Monitor makanan/cairan yang

		<p>dikonsumsi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor status gizi 5. Tingkatkan asupan oral 6. Anjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan/jus buah 7. Konsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk
Selasa, 31 Mei 2016	Dx.1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual dan muntah sebanyak 2 kali - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien mengatakan hanya makan 5 sendok <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muntah sebanyak 2 kali - ½ porsi makan tidak dihabiskan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji pola makan klien 2. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering 3. Berikan makanan dalam porsi hangat 4. Berikan air minum pada saat makan 5. Kolaborasi dengan ahli gizi
	Dx.2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat - Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah <p>O : Tampak murung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kecemasan klien 2. Kontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang memicu kecemasan 3. Berikan HE tentang penyakitnya
	Dx.3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi - Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri <p>O : Kulit teraba lengket</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri 2. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelainannya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruf) 3. Berikan bantuan sampai klien benar-benar mampu merawat sendiri

	Dx. 4	<p>secara mandiri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hanya minum 3 gelas (450cc) - Klien mengatakan pahit saat mengecap <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah - Tampak bercak-bercak putih pada lidah - Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) - Terpasang infus pada tangan kanan (infus RL : Dexa 5% 2:1 28 tpm, drips neurobion 1 amp/24 jam) - Kulit tampak kering - Kulit teraba kering dan kasar <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital klien 2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah 3. Monitor makanan/cairan yang dikonsumsi 4. Tingkatkan asupan oral 5. Konsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk
Rabu , 01 Juni 2016	<p>Dx.1</p> <p>Dx.2</p> <p>Dx.3</p> <p>Dx. 4</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual dan muntah - Klien mengatakan nafsu makan masih kurang <p>O : ½ porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : Klien mengatakan masih khawatir terhadap kandungannya</p> <p>O : Tampak murung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S : Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara sendiri</p> <p>O : perawatan diri masih dibantu oleh keluarga</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan hanya minum 4 gelas (600cc) <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum lemah <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

Klien 2		
Selasa, 22 Maret 2017	Dx.1	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual dan muntah lebih dari 10 kali dalam sehari - Klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak mual dan muntah - Klien tampak menolak untuk makan - Selera makan klien tidak ada - Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja - Klien mengalami penurunan berat badan <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Monitor mual muntah 3. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 4. Timbang berat badan tiap hari 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
	Dx.2	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan jarang minum - Klien mengatakakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denyut nadi klien meningkat - Klien tampak pucat - Turgor kulit kering - Konjungtiva anemis - TTV : TD : 100/70 mmHg N : 90x/menit S : 37,5°C P : 25 x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor vital sign - Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan - Anjurkan pasien untuk menambah intake oral - Kolaborasikan pemberian cairan IV
	Dx.3	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur - Klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah

		<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur - Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil - Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
Rabu, 23 Maret 2017	Dx.1	<p>S : Klien mengatakan mual dan mudah yang dialaminya sudah berkurang O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak mual dan muntah - Nafsu makan klien sudah ada - Klien tampak menghabiskan 1 porsi <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Monitor mual muntah 3. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 4. Timbang berat badan tiap hari 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
	Dx.2	<p>S : Keluarga klien mengatakan sudah sering minum sedikit tapi sering O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pucat pada wajah klien tampak berkurang - Konjungtiva anemis - TTV : TD : 110/90 mmHg N : 84x/menit S : 36,5°C P : 20 x/menit <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 3. Anjurkan pasien untuk menambah intake oral 4. Kolaborasikan pemberian cairan IV

	Dx.3	<p>S : Klien mengatakan masih merasa pusing ketika berjalan ke kamar kecil</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih tampak lemah - Klien masih tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil - Klien masih terbatas dalam beraktivitas <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
Kamis, 24 Maret 2017	Dx.1	<p>S : Klien mengatakan tidak muntah lagi dan hanya sesekali mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak sudah tidak mual dan muntah - Nafsu makan klien membaik - Klien tampak menghabiskan 1 porsi - Klien tampak kooperatif <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>
	Dx.2	<p>S : Klien mengatakan sudah minum teratur sedikit tapi sering</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wajah klien nampak ceria - Turgor kulit tampak elastis - TTV : TD : 120/80 mmHg N : 88x/menit S : 36°C P : 20 x/menit <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>
	Dx.3	<p>S : Klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang</p> <p>O : Klien tampak sudah dapat berjalan ke kamar kecil secara mandiri</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p>

Sumber : (Supartiningsih, 2016) & (Rahmalia Novianti, 2017)

Interpretasi Data :

Berdasarkan tabel 4.5 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan pada klien. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan, dx 1, dx 2, dx 3 dan dx 4 tidak teratasi. Sedangkan pada klien 2, dx 1, dx 2 dan dx 3 teratasi pada hari ke 3.

B. Pembahasan

Peneliti akan membahas tentang *literature review* asuhan keperawatan pada dua klien Hiperemesis Gravidarum. Asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Adapun bahasan tiap bagian sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pada pengkajian ditemukan beberapa data yang ada pada kedua klien. Klien 1 bernama Ny. M G1P0A0 umur 25 tahun dan klien 2 bernama Ny. W G3P2A0 umur 32 tahun dengan diagnosa medis hiperemesis gravidarum yang dimana kedua klien mengalami mual dan muntah lebih dari 10x, berat badan menurun, kurang cairan dan turgor kulit berkurang.

Sesuai teori Khayati, 2013 menyatakan mual dan muntah saat hamil, yang bisa terjadi hingga lebih dari 3-4 kali sehari. Kondisi ini bisa sampai mengakibatkan hilangnya nafsu makan dan penurunan berat badan. Muntah yang berlebihan juga dapat menyebabkan ibu hamil merasa pusing, lemas, dan mengalami dehidrasi.

Pengkajian diperoleh data pada kedua klien Ny. M dengan kehamilan primigravida dan Ny.W dengan kehamilan multigravida. Ny.M dan Ny.W mengatakan kehamilannya direncanakan. Ny.M mengalami masalah psikologis dimana Ny.M mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan kondisi dan janin yang dikandungnya. Sedangkan Ny.W tidak terdapat data tentang psikologis sehingga tidak dapat dikatakan tidak mengalami masalah psikologis.

Sesuai teori Khayati, 2013 dan Jusuf CE, 2016 ada beberapa etiologi terjadinya hiperemesis gravidarum yaitu, faktor predisposisi : primigravida, overdistensi rahim, faktor psikologis : rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan serta riwayat gestasi, dimana ibu hamil yang mengalami mual dan muntah sekitar 60-80% pada primigravida, 40-60% pada multigravida.

Menurut Tiran, 2008 mual dan muntah yang dirasakan ibu hamil cenderung akan membuat mereka menjadi lebih lemah dan akan meningkatkan kecemasan terhadap kejadian yang lebih parah. Masalah psikologis juga berperan pada parahnya mual dan muntah serta perkembangan hiperemesis gravidarum. Masalah psikologis yang terjadi pada ibu hamil akan cenderung mengalami mual dan muntah dalam kehamilan, atau memperburuk gejala yang sudah ada serta mengurangi kemampuan untuk mengatasi gejala normal.

Pada pengkajian Ny.M dan Ny.W berdasarkan klasifikasi termasuk dalam hiperemesis gravidarum tingkat 1 dengan 5 tanda gejala yang ada pada

Ny.M dan Ny.W yaitu ibu merasa lemah, muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan turgor kulit mengurang. Menurut Khayati, 2013 klasifikasi hiperemesis gravidarum terbagi menjadi : tingkat I, tingkat II dan tingkat III sesuai dengan keluhan yang dirasakan oleh klien.

Pengkajian pada penelitian ini menggunakan format pengkajian *Self Care Orem*, data dari Ny.M dan Ny.W setelah dianalisis dapat memenuhi aspek dari *Basic Conditioning Factors, Universal Selfcare Requisites, Developmental Selfcare Requisites, Health Deviation Selcare Requisites*. Pada Ny.M berdasarkan kemampuan masuk dalam kategori *wholly compensatory nursing systems* dimana Ny.M diberikan perawatan diri secara total disebabkan oleh ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri. Ny.M mengatakan semua aktivitas dilakukan ditempat tidur, merasa lemah, muntah sebanyak 10x, merasa pusing, belum ada mandi sejak dirawat di rumah sakit.

Ny.W masuk dalam kategori *partially compensatory nursing systems* dimana Ny.W diberikan perawatan diri secara sebagian dan memberikan bantuan secara minimal. Ny.W mengatakan aktivitas yang dilakukan dibantu oleh keluarga, merasa lemah, muntah sebanyak 10x, merasa pusing.

Pengkajian pada kedua klien hiperemesis gravidarum menurut asumsi peneliti bahwa dalam kehamilan bukan hanya dilihat dari kesehatan ibu dan anak saja tetapi juga pada psikologis ibu dapat mempengaruhi janin yang dikandungnya dan pada usia kehamilan 15 minggu sudah bisa terdengar detak jantung janin. Sebagai seorang perawat maka dalam melakukan pengkajian

harus menggali lebih dalam mengenai masalah atau keluhan yang sedang dialami oleh klien sehingga dari hasil pengkajian tenaga kesehatan dapat mengetahui masalah dan tindakan apa yang harus diberikan pada klien.

2. Diagnosa keperawatan

Hasil analisa data kedua kasus ibu hiperemesis gravidarum dalam penegakkan diagnosa keperawatan menggunakan NANDA, 2015 dan belum sesuai dengan SDKI, 2017 yang digunakan sebagai literatur dalam menegakkan diagnosa keperawatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 indikator penegakkan diagnosa keperawatan terdiri atas penyebab, tanda/gejala dan faktor risiko, dimana terdapat kriteria mayor dan minor dalam menegakkan diagnosa. Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegakan diagnosis.

Menurut Dzikirullah Rizki, 2013, WOC Hiperemesis, 2019 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017 terdapat 9 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada ibu hiperemesis gravidarum yaitu : Pola napas tidak efektif **D.0005**, Nyeri akut **D.0077**, Hipovolemia **D.0023**, Defisit nutrisi **D.0019**, Gangguan integritas kulit/jaringan **D.0129**, Gangguan rasa nyaman **D.0074**, Konstipasi **D.0049**, Hipertermia **D.0130**, Intoleransi aktivitas **D.0056**.

Hasil analisa data pengkajian diagnosa keperawatan yang ditegakkan bila dilihat dari SDKI, 2017 pada Ny.M ditemukan 1 diagnosa yang sesuai yaitu Defisit Nutrisi dan 3 diagnosa yang belum sesuai yaitu Defisit perawatan diri, Ansietas dan Risiko hipovolemia. Sedangkan pada Ny.W

ditemukan 3 diagnosa yang sesuai yaitu Hipovolemia, Defisit Nutrisi dan Intoleransi Aktivitas.

Terdapat penegakkan diagnosa yang sama pada klien 1 dan klien 2 yaitu :

Diagnosa risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih pada Ny.M dan kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan yang berlebih pada Ny.W, hasil analisa dari pengkajian terdapat data pada Ny.M merasa lemah, kurang cairan, turgor kulit jelek, mukosa pucat, berat badan menurun. Sedangkan pada Ny.W merasa lemah, kurang cairan, turgor kulit menurun, bibir kering dan pecah-pecah, suhu tubuh meningkat, berat badan menurun.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada Ny.M dan Ny.W menurut teori SDKI, 2017 menjadi hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif **D.0023**. Pada Ny.M dalam kasus peneliti sebelumnya menegakkan diagnosa risiko hipovolemia sedangkan bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien seharusnya diangkat diagnosa hipovolemia pada Ny.M karena memenuhi 80% - 100% validasi dalam penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Sedangkan pada Ny.W bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien sudah memenuhi 80% - 100% validasi penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Dimana menurut teori SDKI, 2017 kriteria mayor yang dapat dilihat dari data objektif meliputi frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun dan hematokrit meningkat.

Kriteria minor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah merasa lemah dan merasa haus sedangkan data objektif yaitu pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, berat badan turun tiba-tiba

Diagnosa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah pada Ny.M dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan frekuensi mual dan muntah berlebihan, hasil analisa peneliti dari pengkajian terdapat data pada Ny.M mengeluh mual dan muntah, nafsu makan menurun, merasa lemah dan terjadi penurunan berat badan. Pada Ny.W mengeluh mual dan muntah, nafsu makan menurun, merasa lemas dan terjadi penurunan berat badan.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada Ny.M dan Ny.W menurut teori SDKI, 2017 menjadi risiko defisit nutrisi ditandai dengan kurangnya asupan makanan **D.0032**. Pada Ny.M dan Ny.W dalam kasus peneliti sebelumnya menegakkan diagnosa defisit nutrisi sedangkan bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien seharusnya diangkat diagnosa risiko defisit nutrisi karena pada Ny.M dan Ny.W kriteria mayor dan minor belum mencukupi untuk diangkat sebagai diagnosa actual dan belum memenuhi 80% - 100% validasi dalam penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Dimana menurut teori SDKI, 2017 tidak terdapat kriteria mayor dan minor tetapi hanya terdapat faktor risiko yang mendukung diagnosa risiko.

Kemudian penegakkan diagnosa yang berbeda pada Ny.M dan Ny.W yaitu :

Diagnosa Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan pada Ny.M, hasil analisa peneliti dari pengkajian terdapat data pada Ny.M merasa khawatir pada janin dalam kandungannya, sulit tidur dan sering terbangun, mengeluh pusing, mengeluh mual dan muntah. Pada Ny.W berdasarkan data yang ada tanda dan gejala tidak menunjukkan terjadinya ansietas.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada Ny.M menurut teori SDKI, 2017 menjadi ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi **D.0080**. Pada Ny.M bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien sudah memenuhi 80% - 100% validasi penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Dimana menurut teori SDKI, 2017 kriteria mayor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah merasa bingung, merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang di hadapi dan sulit tidur berkonsentrasi sedangkan data objektif yaitu tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur. Kriteria minor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah mengeluh pusing, anoreksia, palpitasi dan merasa tidak percaya sedangkan data objektif yaitu frekuensi napas meningkat, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, diaphoresis, tremor, muka tampak pucat, suara bergetar, kontak mata buruk, sering berkemih dan berorientasi pada masa lalu.

Diagnosa Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan, hasil analisa peneliti dari pengkajian terdapat data pada Ny.M sudah 2 hari tidak mandi sejak dirawat, tidak mampu mandi, makan, ke toilet secara mandiri.

Pada Ny.W berdasarkan data yang ada tanda dan gejala tidak menunjukkan terjadinya defisit perawatan diri.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada Ny.M menurut teori SDKI, 2017 Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan kelemahan **D.0109**. Pada Ny.M bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien sudah memenuhi 80% - 100% validasi penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Dimana menurut teori SDKI, 2017 kriteria mayor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah menolak melakukan perawatan diri sedangkan data objektif yaitu tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.

Diagnosa Intoleransi Aktivitas berhubungan kelemahan pada Ny.W, hasil analisa peneliti dari pengkajian terdapat data pada Ny.W mengeluh lelah, merasa lemah saat beraktivitas, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri.

Perumusan penulisan diagnosa keperawatan yang tercantum pada Ny.M menurut teori SDKI, 2017 intoleransi aktivitas dengan kelemahan **D.0056**. Pada Ny.M bila dilihat dari tanda gejala yang dialami klien sudah memenuhi 80% - 100% validasi penegakkan diagnosa sesuai dengan kriteria mayor dan minor. Dimana menurut teori SDKI, 2017 kriteria mayor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah mengeluh lelah sedangkan data objektif yaitu frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat. Kriteria minor yang dapat dilihat dari data subjektif ialah dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas dan merasa lemah sedangkan data objektif

yaitu tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas, gambaran EKG menunjukkan iskemia dan sianosis.

Pada diagnosa kedua klien hiperemesis gravidarum menurut asumsi peneliti diagnosa ada yang sudah sesuai dengan teori tetapi cara penulisan pada kasus Ny.M dan Ny.W masih belum sesuai dengan teori dan prioritas masalah yang ada pada klien. Sebagai seorang perawat maka dalam melakukan pengkajian harus menggali lebih dalam mengenai masalah atau keluhan yang sedang dialami oleh klien sehingga dari hasil pengkajian tenaga kesehatan dapat mengetahui masalah dan tindakan apa yang harus diberikan pada klien.

3. Intervensi Keperawatan

Hasil analisa data kedua kasus ibu hiperemesis gravidarum dalam penyusunan intervensi keperawatan menggunakan NIC NOC, 2015 dan belum sesuai dengan SIKI, 2018 dan SLKI, 2019 yang digunakan sebagai literatur dalam penyusunan intervensi keperawatan.

Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny.M dengan diagnosa hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil **L.03028** : turgor kulit meningkat, perasaan lemah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, membran mukosa membaik, berat badan membaik, *Intake* cairan membaik, suhu tubuh membaik. Intervensi Pemantauan cairan **I.03121**: Observasi

monitor frekuensi dan kekuatan nadi, monitor tekanan darah, monitor berat badan, monitor elastisitas atau turgor kulit, monitor *intake* dan *output* cairan, Edukasi jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny.M diagnosa risiko defisit nutrisi yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil **L.03030** : berat badan membaik, Indeks Massa Tubuh membaik, frekuensi makan membaik, nafsu makan membaik, membran mukosa membaik. Intervensi Manajemen nutrisi **I.03119** : Observasi identifikasi status nutrisi, identifikasi alergi dan intoleransi makanan, identifikasi makanan yang disukai, monitor asupan makanan, monitor berat badan, Terapeutik berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein, Edukasi (anjurkan diet yang diprogramkan dan Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny.M diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil **L.11103** : kemampuan mandi meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan ke toilet BAB/BAK meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat. Intervensi Dukungan perawatan diri **I.11348** : Observasi monitor tingkat kemandirian, identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, Terapeutik sediakan lingkungan yang terapeutik, dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri dan

Edukasi anjurkan melakukan perawatan mandiri secara konsisten sesuai kemampuan.

Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny.M diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil **L.05047** : kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun, warna kulit membaik, tekanan darah membaik. Intervensi Manajemen energi **I.05178** : Observasi monitor kelelahan fisik dan emosional, monitor pola dan jam tidur, Terapeutik sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus, fasilitasi duduk di sisi tempat tidur jika tidak dapat berpindah atau berjalan, Edukasi anjurkan tirah baring, anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang dan Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Intervensi keperawatan yang disusun pada Ny.M diagnosa ansietas berhubungan dengan yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil **L.09093** : verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun, keluhan pusing menurun, anoreksia menurun, pucat menurun, pola tidur membaik. Intervensi Reduksi ansietas **I.09314** : Observasi identifikasi saat tingkat ansietas berubah, monitor tanda-tanda ansietas, Terapeutik temani klien untuk mengurangi kecemasan, pahami situasi yang membuat ansietas, dengarkan dengan penuh perhatian, gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, Edukasi jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami,

informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis, anjurkan keluarga tetap bersama klien.

Intervensi yang disusun untuk kedua klien hiperemesis gravidarum menurut asumsi peneliti belum sesuai dengan penyusunan standard luaran dan standar intervensi keperawatan indonesia. Intervensi yang sudah disusun untuk klien 1 dan 2 bila difokuskan pada penyebab dari diagnosa keperawatan klien yaitu mencegah terjadinya masalah nutrisi dan kehilangan/kekurangan cairan yang dapat memperparah kondisi klien.

4. Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada Ny.M dilakukan pada tanggal 30 Mei – 01 Juni 2016 di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan Ny.W dilakukan pada tanggal 22 – 24 Maret 2017 di Rumah Sakit Kepolisian Bhayangkara Makassar. Implementasi pada Ny.M dan Ny.W dilakukan sesuai dengan intervensi yang di buat dan di sesuaikan dengan masalah keperawatan yang di temukan pada klien.

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah hipovolemia terhadap Ny.M dan Ny.W, tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang dilakukan pada Ny.M dan Ny.W yaitu memonitor tekanan darah, memonitor elastisitas atau turgor kulit, memonitor *intake* dan *output* cairan, mengidentifikasi tanda-tanda hipovolemia.

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah risiko defisit nutrisi terhadap Ny.M dan Ny.W, tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang

dilakukan pada Ny.M yaitu mengidentifikasi status nutrisi, mengidentifikasi makanan yang disukai, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan. Sedangkan pada Ny.W yaitu mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan, memonitor asupan makanan, memonitor berat badan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan.

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri terhadap Ny.M, tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang dilakukan pada Ny.M yaitu memonitor tingkat kemandirian, mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan, mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, membantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah ansietas terhadap Ny.M, tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang dilakukan pada Ny.M yaitu mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah, memahami situasi yang membuat ansietas, menggunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, menginformasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan dan prognosis, melatih teknik relaksasi

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat dan disusun untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas terhadap Ny.W,

tindakan yang dilakukan sesuai perencanaan. Tindakan yang dilakukan pada Ny.W yaitu memonitor kelelahan fisik dan emosional.

Implementasi yang dilakukan pada kedua klien hiperemesis gravidarum menurut asumsi peneliti semua implementasi sesuai dengan intervensi yang disusun pada klien 1 dan 2 dengan pelaksanaan tindakan selama 3 hari.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada Ny.M dan Ny.W, masalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif pada Ny.M tidak teratasi pada hari ketiga pada tanggal 01 Juni 2016, didapatkan data klien minum hanya 4 gelas/600cc, keadaan umum masih lemah, turgor kulit belum membaik. Sedangkan pada Ny.W teratasi pada hari ketiga pada tanggal 24 Maret 2017, didapatkan data hasil bahwa klien sudah minum teratur sedikit tetapi sering, wajah klien tampak ceria, turgor kulit elastis.

Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada Ny.M dan Ny.W, masalah defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan pada Ny.M tidak teratasi pada hari ketiga pada tanggal 01 Juni 2016, didapatkan data klien masih mual dan muntah, nafsu makan masih kurang, $\frac{1}{2}$ porsi makan tidak dihabiskan, berat badan tidak meningkat masih 50 kg. Sedangkan pada Ny.W teratasi pada hari ketiga pada tanggal 24 Maret 2017, didapatkan data hasil bahwa klien tidak muntah lagi dan hanya sesekali mual, nafsu makan membaik, 1 porsi makan dihabiskan, berat badan meningkat dari 55 kg menjadi 56 kg.

Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada Ny.M, masalah defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada Ny.M tidak teratasi pada hari ketiga pada tanggal 01 Juni 2016, didapatkan data klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri dan masih dibantu oleh keluarga.

Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada Ny.M, masalah ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi pada Ny.M tidak teratasi pada hari ketiga pada tanggal 01 Juni 2016, didapatkan data klien masih khawatir terhadap kandungannya, klien masih tampak murung.

Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada Ny.W, masalah intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan pada Ny.W teratasi pada hari ketiga pada tanggal 24 Maret 2017, didapatkan data pusing mulai berkurang, klien dapat berjalan ke kamar kecil secara mandiri.

Evaluasi yang diperoleh dari kedua klien hiperemesis gravidarum setelah dilakukan tindakan menurut pendapat peneliti sudah sesuai dengan respon dari klien setelah dilakukan tindakan sehingga membuat masalah yang ada pada Ny.M belum teratasi dan masalah pada Ny.W teratasi pada hari ketiga.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil *literature review* asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum pada Ny.M dan Ny.W maka peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Peneliti mampu melakukan pengkajian *review kasus* asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan hiperemesis gravidarum. Pada klien 1 primigravida dan klien 2 multigravida, dari kedua klien menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama dan berbeda, keluhan yang dirasakan sama yaitu mual muntah >10x, tidak nafsu makan. Pengkajian menggunakan format pengkajian Self Care Orem.
2. Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 tidak menggunakan SDKI
3. Perencanaan yang digunakan pada klien 1 dan 2 tidak menggunakan SIKI dan SLKI
4. Implementasi keperawatan pada kasus ini di laksanakan sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat untuk memenuhi kebutuhan kedua klien hiperemesis gravidarum. Pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut dapat dilakukan dan berjalan dengan baik berkat kerja sama dari klien, keluarga, perawat ruangan dan pembimbing lapangan.

Hasil evaluasi yang dilakukan peneliti pada klien 1 dari 4 masalah keperawatan risiko defisit nutrisi, defisit perawatan diri, ansietas, hipovolemia

tidak teratasi. Klien 2 dari 3 masalah keperawatan teratasi semua yaitu risiko defisit nutrisi, intoleransi aktivitas dan hipovolemia.

B. Saran

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian yang peneliti lakukan diharapkan dapat menjadi acuan dan menjadi bahan perbandingan pada peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian pada klien Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.

2. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum diharapkan dapat menjadi bahan informasi bagi perawat dan pihak Rumah Sakit untuk dapat menjadi acuan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan khususnya dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum secara komprehensif dan mengikuti perkembangan *literature* keperawatan yang terbaru serta memacu pada peneliti selanjutnya sehingga menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, L. (2011). hiperemesis gravidarum. *Phys. Rev. E*, 24. Retrieved from http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/bitstream/6789/377/4/Muñoz_Zapata_Adriana_Patricia_Artículo_2011.pdf
- Aguswati, F. (2012). *Asuhan Kebidanan Komprehensif...*, Fera Aguswati, *Kebidanan DIII UMP*, 2016 12. 12–76.
- Ali, Z. (2014). *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Astuti, D. N. (2017). *Asuhan Kebidanan Komprehensif...*, Nisa Ul Jannah, *Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*, 2017. 9–135.
- Dzikirullah Rizki. (2013). *WOC Hiperemesis*. Retrieved from <https://www.scribd.com/document/133425510/woc-hiperemesis>
- Fitriya, E. (2017). *Asuhan Kebidanan Komprehensif...*, Eni Fitriya, *Fakultas Ilmu Kesehatan UMP*, 2017. 1–79.
- Handayani, R. (2017). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Kecemasan Menjelang Persalinan Pada Ibu Primigravida Trimester III di Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang Tahun 2012*. *NERS Jurnal Keperawatan*, 11. <https://doi.org/10.25077/njk.11.1.60-69.2015>
- Hiperemesis, W. (2019). *Aktivasi dan stimulasi CT2*. (2), 2019. Retrieved from <https://pdfslide.net/download/link/woc-hiperemesis-gravidarum-2>
- Irna Nisaulkhusna Kadir, Sitti Saleha, N. (2019). *Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal Care pada Ny “N” dengan Hiperemesis Gravidarum Tingkat III di Rsud Syekh Yusuf Gowa Tanggal 3 Juni-12 Juli 2019*. 1(2), 110–128. Retrieved from <http://journal.uin-alauddin.ac.id/index.php/jmidwifery/article/view/10832>
- Kemenkes RI. *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2014*. Jakarta : Kemenkes RI; 2014.
- Khayati, N. (2013). *Asuhan Kebidanan Ibu...*, Nur Khayati, *Kebidanan DIII UMP*, 2013. 11–68.
- Manuaba. (2010). *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Edisi kedua. Jakarta: EGC.
- Morgan, Gerri. (2009). *Obstetri dan genekologi panduan praktik*. Jakarta : EGC
- Muhlisin, A., & Irdawati. (2010). *Teori Self Care Dari Orem Dan Pendekatan*

- Dalam Praktek Keperawatan*. 97–100. Retrieved from <http://journals.ums.ac.id/index.php/BIK/article/viewFile/3800/2460>
- Nurarif, A. H. & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam berbagai kasus*. Jogjakarta: Medication Jogja.
- Nur Salam. (2013). *Proses Keperawatan*. Retrieved from fkep.unand.ac.id/images/Proses_kep.doc
- Oktavia, L. (2016). *Kejadian hiperemesis gravidarum ditinjau dari jarak kehamilan dan paritas*. 1(2).
- Rofi'ah, S., Widatiningsih, S., & Arfiana. (2019). *Studi Fenomenologi Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester I*. *Jurnal Riset Kesehatan*. <https://doi.org/10.31983/jrk.v8i1.3844>
- Runiari, Nengah. 2010. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Hiperemesis Gravidarum*. Jakarta: Salemba Medika
- Rahmawati, R. (2011). *Penerapan Asuhan Keperawatan oleh Perawat terhadap Ibu Hamil*.
- SDKI. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017*. Retrieved from <http://sdki.bkkbn.go.id/files/buku/2017IDHS.pdf>
- Setyawati, N., Wahyuningsih, M. S. H., & Nurdiati, D. S. (2014). *Pemberian jahe instan terhadap kejadian mual muntah dan asupan energi pada ibu hamil trimester pertama*. *Jurnal Gizi Klinik Indonesia*, 10(4), 191. <https://doi.org/10.22146/ijcn.18871>
- Sumarni, S. (2017). *Model sosio ekologi perilaku kesehatan dan pendekatan*. *The Indonesian Journal of Public Health*, 12, No.1(August), 129–141. <https://doi.org/10.20473/ijph.v12i1.2017.129-000>
- Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I)*. (2018). Jakarta. Retrieved from <http://www.inna-ppni.or.id>
- Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st ed.)*. (2019). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia. Retrieved from <http://www.innappni.or.id>
- Tim Pokja SDKI PPNI. (2017). *Standar diagnosa keperawatan indonesia*. Dewan Pengurus Pusat. <https://doi.org/10.1103/PhysRevLett.77.1889>
- Tiran, Denise. 2008. *Mual muntah kehamilan*. Jakarta: EGC

Vikanes, A.V., Stoer, N.C., Magnus, P., Grjibovski, A.M. (2013). *Hyperemesis Gravidarum and Pregnancy Outcomes in the Norwegian Mother and Child Cohort – a Cohort Study*. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 13: 169. Wikipedia. (2020). *Morning sickness*. Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Morning_sickness

Willy, T. (2019). *Hiperemesis gravidarum*. Retrieved from <https://www.alodokter.com/hiperemesis-gravidarum>

[https://lib.akpermpd.ac.id/index.php?p=show_detail&id=1035&keywords=Rahma
lia](https://lib.akpermpd.ac.id/index.php?p=show_detail&id=1035&keywords=Rahma%20lia)

https://www.sc_ribd.com/document/365063549/Hiperemesis-PDF

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Sundari Rizky Yusniar
NIM : P07220117074
Judul : “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis
Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing : Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat

No	Hari/ Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf
1	Senin, 27 Januari 2020	BAB I	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki LBM- Mencari sumber data terbaru- Menyusun LBM	
2	Jumat, 03 Februari 2020	BAB I Pathway	<ul style="list-style-type: none">- Menambahkan model konsep keperawatan- Memperbaiki pathway- Memperbaiki LBM	
3	Sabtu, 04 Februari 2020	BAB I	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki LBM- Mencari jurnal dan memasukkan ke LBM- Menyusun d ata LBM	
4	Jumat, 21 Februari 2020	BAB 1 dan BAB III	<ul style="list-style-type: none">- Menyusun LBM menyesuaikan MSKS- Memperbaiki tujuan umum dan khusus- Menentukan kriteria inklusi dan eksklusi	
5	Sabtu, 22 Februari 2020	BAB 1 s.d BAB III	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki LBM- Menentukan penulisan cover- Memperbaiki penyusunan sub BAB II	

6	Senin, 24 Februari 2020	BAB 1 s.d BAB III	<ul style="list-style-type: none">- Memperbaiki BAB III- Daftar pustaka- Penyusunan power point <p>ACC untuk di ujikan</p>	
---	-------------------------------	-------------------	--	--

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Sundari Rizky Yusniar
NIM : P07220117074
Judul : “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis
Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing : Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat

No	Hari/ Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf
1	Selasa, 5 Mei 2020	BAB IV	- Memilah data sesuai keluhan pasien	
2	Kamis, 7 mei 2020	BAB IV	- Memperbaiki sesuai saran	
3	Minggu, 10 mei 2020	BAB IV dan BAB V	- Membuat kesimpulan & saran - Membuat power point	
4	Minggu, 10 mei 2020	BAB IV dan BAB V (Perbaikan)	- Memperbaiki sesuai saran	
5	Kamis, 21 Mei 2020	BAB I s.d BAB V	(Via email)	
6	Jumat, 29 Mei 2020	Judul dan Abstrak (Perbaikan)	- Membandingkan case review dan literature review - Penulisan judul sesuai kaidah - Alinea 1 ringkasan dari LBM, Alinea 2 metode penelitian (literature review, Alinea 3 hasil dan	

			pembahasan, Alinea 4 kesimpulan dan saran, Kata kunci 3-5 kata jika lebih dibolehkan	
7	Sabtu, 30 Mei 2020	BAB III dan BAB IV (Perbaikan)	<ul style="list-style-type: none"> - Menyesuaikan BAB III - Memasukkan teori yang ada pada BAB II ke dalam BAB IV pembahasan 	
8	Minggu, 31 Mei 2020	BAB III dan BAB IV	(Via email)	
9	Rabu, 03 Juni 2020	BAB IV	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki sesuai saran - Menyesuaikan BAB IV dengan teori BAB II 	
10	Senin, 08 Juni 2020	BAB IV dan BAB V	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaikan saran & kesimpulan - Daftar pustaka 	
11	Kamis, 02 Juli 2020	BAB I s.d BAB V (Perbaikan)	(Via email)	

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Sundari Rizky Yusniar
NIM : P07220117074
Judul : “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis
Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing : Dr. Hj. Nina Mardiana, S. Pd., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf
1	Rabu, 19 Februari 2020	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki judul dan pengetikan- Perbaiki BAB I	<ul style="list-style-type: none">- Judul tidak menggunakan teori- Spasi mengikuti kaidah- Perbaiki latar belakang masalah sesuai dengan kaidah- Gunakan pendekatan deduktif	

LEMBAR KONSULTASI KTI

Nama Mahasiswa : Sundari Rizky Yusniar
NIM : P07220117074
Judul : “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil dengan Hiperemesis
Gravidarum Yang Di Rawat Di Rumah Sakit”
Nama Pembimbing : Dr. Hj. Nina Mardiana, S. Pd., M.Kes

No	Hari/ Tanggal	Materi	Saran Pembimbing	Paraf
1	Sabtu, 9 mei 2020	BAB IV	(Via email)	
2	Senin, 11 mei 2020	BAB I s.d BAB V	(Via email)	
3	Selasa, 12 mei 2020	Persetujuan print file KTI	(Via email)	
4	Senin, 29 Juni 2020	BAB I s.d BAB V	<ul style="list-style-type: none">- Memperhatikan penulisan sesuai dengan kaidah- Memperbaiki BAB IV point pengkajian dan diagnosa keperawatan menggali lebih dalam apa yang di bahas	
5	Rabu, 08 Juli 2020	BAB I s.d BAB V (Perbaikan)	(Via email)	

**APLIKASI KONSEP MODEL “SELF CARE OREM” PADA
ASUHAN KEPERAWATAN ANTE NATAL**

PENGKAJIAN TANGGAL :

A. Basic Conditioning Factors

1. Riwayat Pasien

a. Identitas Pasien

	Klien	Pasangan/Suami
Nama :		
Umur :		
Pendidikan :		
Pekerjaan :		
Status Pernikahan :		
Pernikahan Ke :		
Lama Pernikahan :		
Agama :		
Suku :		
Sumber Informasi :		
Tanggal Pengkajian :		

b. Alasan Masuk RS :

.....
.....

c. Riwayat Kesehatan :

1. Riwayat penyakit sekarang :

.....
.....

2. Riwayat penyakit yang lalu :

a. Pernah menderita penyakit akut : ya/tidak

Bila ya sebutkan : Berapa lama : minggu hari

Dirawat di RS : ya/tidak

Pengobatan yang didapat :

b. Pernah menderita penyakit kronis : ya/tidak

Bila ya sebutkan : Berapa lama : minggu hari

Pengobatan yang didapat : ya/tidak

c. Riwayat alergi polusi/dingin/serbuk bunga/debu/makanan :

ya/tidak

Bila ya cara yang digunakan untuk mengatasi :

3. Riwayat penyakit keluarga

a. Riwayat penyakit keluarga yang diturunkan :

Penyakit	Dari ayah	Dari ibu
Hipertensi		
Kencing Manis		
Obesitas		
Jantung Koroner		
Asma		
Lain – lain		

b. Riwayat penyakit yang tidak diturunkan :

Penyakit	Dari ayah	Dari ibu	Dari pasangan
Paru/TB			
Hepatitis			
PMS			
HIV/AIDS			
Cancer			
Lain - lain			

4. Riwayat Obstetri dan Gynecology

a. Riwayat Menstruasi

Menarche : tahun

Lama haid : hari, teratur/tidak teratur, siklus haid
 hari, ganti pembalut dalam 24 jam kali, keluhan selama
 haid :

b. Riwayat ANC

Usia kehamilan	Tempat	Keluhan	Obat didapat

c. Status Obstetri :

G P A H minggu

Haid terakhir (HPHT) TP

L1 : TFU : cm TBJ

L2 : Bagian punggung bayi : kiri/kanan, bagian kecil :
 kiri/kanan

L3 : Bagian terendah janin : kepala/bokong/lintang

L4 : Bagian terendah masuk PAP : ya/tidak

Penurunan bag terbawah janin : (metode lima jari)

Kontraksi : ya/tidak, lama : detik

DJJ x/menit, teratur : ya/tidak

d. Riwayat Persalinan yang lalu dan saat ini

Anak ke	Sex	PB/BB	Kondisi sekarang	Umur sekarang	Penolong

e. Riwayat Perkawinan :

- Single/menikah/janda

- Pernikahan ke : , lama menikah : , single partner
 : ya/tidak

- Pasangan : single partner : ya/tidak

f. Riwayat Ginekology :

- Keputihan : ya/tidak, warna : jernih/putih susu/putih kekuningan/kehijauan
- Bau : ya/tidak Gatal : ya/tidak
- Ada bintik/luka di daerah vagina : ya/tidak
- Nyeri haid yang berlebihan : ya/tidak
- Perdarahan diluar siklus haid : ya/tidak
- Pasangan pernah menderita PMS : ya/tidak

g. Riwayat KB

Jenis KB	Tahun	Lama	Keluhan
Pil			
Suntik			
Implant/susuk			
IUD			

5. Pengkajian Budaya

- Keyakinan tentang penyakit :
- Ada pantangan : ya/tidak, jika ya sebutkan :
- Penentu kebijakan saat sakit :
- Sumber dukungan :

B. Universal Selfcare Requisites

1. Oksigenasi

RR : x/mnt, suara nafas : vesikuler/bronchovesikuler, ronchi : ya/tidak, Wheezing : ya/tidak, Penggunaan otot bantu pernafasan : ya/tidak, Pernafasan cuping hidung : ya/tidak, ekspansi dinding dada : simetris/tidak simetris, bentuk dada : normal/barrel/peogenchest, CRT : <3 dtk/>3 dtk, bibir sianosis : ya/tidak, akral dingin : ya/tidak, letak apex cordis : ICS ke, bunyi jantung S1,S2 normal : ya/tidak nadi :x/mnt, regular : ya/tidak, TD :mmHg, clubbing finger : ya/tidak, cyanosis : ya/tidak

2. Cairan dan Elektrolit

Minum 24 jam : ltr

Turgor kulit : baik/tidak, kulit kering/ tidak

Terpasang IVFD : ya/tidak, jika ya : jumlah tetesan ... x/mnt

3. Makanan/Nutrisi

Makan dalam sehari x, porsi : kecil/sedang/besar, jenis : ...

BB/TB : Kg/ cm, BB/TB sebelum hamil : kg/

.....cm, BMI : kurus, normal, over weight, obesitas, LILA :

.....cm, mukosa lembab : ya/tidak, sariawan : ya/tidak, disfagia :

ya/tidak conjungtiva anemis : ya/tidak, Hb : gr/dl, Ht :

%, albumin : GDS :

Mual : ya/kadang/tidak, muntah : ya/kadang/tidak, anorexia :

ya/tidak

4. Eliminasi

Bising usus : x/mnt

BAK : sehari x, lempias : ya/tidak, warna : jernih/kuning,

nyeri saat miksi : ya/tidak, bau : keton/urea/buah, keluhan lain : ...

Terpasang DC : ya/tidak, jika ya : cc

Lochea : rubra/serosa/alba, ganti pembalut perhari : x

BAB sehari : x, konsistensi : padat/lembek/encer, bau :

warna :

teratur : ya/tidak, keluhan :

5. Istirahat dan Tidur

Tidur siang : jam, tidur malam : jam

Istirahat setelah bekerja lebih dari 2 jam : ya/tidak, mudah lelah :

ya/tidak

Kondisi sekarang mengganggu istirahat dan tidur : ya/tidak

Nyeri hilang dengan istirahat dan tidur : ya/tidak

Sering istirahat untuk mengurangi nyeri : ya/tidak

Keterbatasan gerakan : ya/tidak, nyeri sendi : ya/tidak

memerlukan bantuan saat beraktifitas : ya/tidak, edema pada

ekstermitas : ya/tidak

6. Interaksi Sosial

Memiliki sahabat : ya/tidak

Memiliki teman untuk berbagi masalah dan kebahagiaan : ya/tidak

Orang yang paling diperlukan saat sakit :

Orang yang dipercayai untuk menentukan pertolongan kesehatan :

Berinteraksi dengan baik dengan tetangga : ya/tidak

7. Pencegahan terhadap bahaya :

ANC teratur : ya/tidak

Mengikuti nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan : ya/tidak

Tablet besi diminum secara teratur : ya/tidak

Menyusui secara on demand : ya/tidak

Belajar mobilisasi setelah SC : ya/tidak

8. Promosi untuk kondisi normal

Suami memberikan dukungan dengan baik : ya/tidak

Keluarga memberikan dukungan dengan baik : ya/tidak

Dukungan tenaga kesehatan : ya/tidak

C. Development Selfcare Requisites

1. Maintenance of development environment

Mampu makan sendiri : ya/tidak, mampu menyusui sendiri : ya/tidak,

bisa BAK sendiri : ya/tidak, bisa BAB sendiri : ya/tidak, mampu memandikan bayinya : ya/tidak, kesulitan bergerak : ya/tidak

2. Prevention/management of the conditions threatening the normal development

Berfikir anak adalah anugerah : ya/tidak, nyeri setelah persalinan adalah normal : ya/tidak, peningkatan tekanan darah karena kehamilan : ya/tidak, GDM karena kehamilan : ya/tidak, kontraksi menunjukkan bayi sehat : ya/tidak, gerakan janin harus selalu ada : ya/tidak

D. Health Deviation Selfcare Requisites

1. Adherence to medical regimen

- Menyampaikan keluhan yang di RS pada nakes : ya/tidak

- Kooperatif dalam pengobatan dan perawatan : ya/tidak
 - Ketakutan dengan efek samping obat : ya/tidak
 - Membeli semua resep yang diberikan : ya/tidak
 - Mengikuti saran nakes untuk pemeriksaan penunjang : ya/tidak
2. Awareness of potential problem associated with the regimen
 - Menyadari akan kondisi penyakitnya : ya/tidak
 - Mematuhi aturan diet dan pengobatan : ya/tidak
 - Mematuhi pantangan yang diberikan : ya/tidak
 - Perduli dengan efek samping obat : ya/tidak
 - Perduli dengan perubahan payudara : ya/tidak
 - Perduli dengan perubahan peredaran/lochea : ya/tidak
 3. Modification of self image to incorporates changes in health status
 - Beradaptasi dengan proses menjadi ibu : ya/tidak
 - Menikmati mengendong bayinya : ya/tidak
 - Menikmati menyusui bayinya : ya/tidak
 - Responsive dengan tangisan bayi : ya/tidak
 - Menikmati perubahan sebagai orangtua : ya/tidak
 4. Adjustment of lifestyle to accommodate changes in the health status and medical regimen
 - Mengerti dilakukannya SC/episiotomy/vacuum/forcep/induksi : ya/tidak
 - Adaptasi terhadap nyeri : ya/tidak
 - Menerima perubahan tubuh : ya/tidak
 - Menerima perubahan peran : ya/tidak

E. Medical Problem and Plan

1. Pemeriksaan penunjang

a. Darah

- Leukosit : ribu/mm³, eritrocit : jt/ μ l, trombosit : ribu/mm³
- BT/CT :/...../m

b. Urin

- Protein urin : , bakteri urin : ada/tidak

c. USG

Jumlah janin : Usia : mg, TBJ : , letak placenta :

d. CTG :

2. Diagnose medis :

3. Penatalaksanaan medis :

.....
.....
.....

F. Prioritas masalah :

1.

2.

3.

ANALISA DATA

Nama Pasien :

Jenis Kelamin :

Umur :

Ruangan :

No.	Data (DO & DS)	Masalah	Penyebab

DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi

PERENCANAAN

Nama Pasien :

Jenis Kelamin :

Umur :

Ruangan :

No	Hari/Tgl/Jam	Diagnose Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasionalisasi

PELAKSANAAN TINDAKAN

Nama Pasien :

Jenis Kelamin :

Umur :

Ruangan :

No	Hari/Tgl/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf

EVALUASI

(CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN)

Nama Pasien :

Jenis Kelamin :

Umur :

Ruangan :

No.	Hari/Tgl/Jam	Dx. Kep.	Evaluasi (S O A P)

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN NY “M” DENGAN
DIAGNOSA MEDIS HIPEREMESIS GRAVIDARUM
DI RUANG PERAWATAN CEMPAKA
RS TK. II PELAMONIA MAKASSAR
TANGGAL 30 MEI - 01 JUNI 2016**



KARYA TULIS ILMIAH

*Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan
Program Diploma III Akademi Keperawatan Pelamonia Makassar*

SUPARTININGSIH

213.044

**YAYASAN WAHANA BHAKTI KARYA HUSADA
AKADEMI KEPERAWATAN PELAMONIA
KESDAM VII / WRB MAKASSAR TAHUN 2016**

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

Tanggal Masuk : 29 Mei 2016 Jam : 12.00 Wita
Tanggal Pengkajian : 30 Mei 2016 Jam : 08.00 Wita
Ruang/Kamar : Cempaka Kelas : I.A
No. Register : 321959
Diagnosa Medis : Hiperemesis Gravidarum

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Ny "M"
Usia / Tanggal Lahir : 25 tahun
Pendidikan : Sarjana Ekonomi
Pekerjaan : IRT
Suku / Bangsa : Bugis
Agama : Islam
Alamat : Jl. Gunung Lokon Lr.59 No.18
Status Perkawinan : Kawin
Lama Perkawinan : 3 bulan
Kawin : 1 x

b. Identitas Suami

Nama : Tn "R"
Umur : 25 tahun

Pendidikan : Sarjana Teknik
Pekerjaan : Wiraswasta
Suku / Bangsa : Bugis
Agama : Islam
Alamat : Jl. Gunung Lokon Lr.59 No.18
Status Perkawinan : Menikah
Lama Perkawinan : 3 bulan

2. Riwayat Keperawatan

a. Keluhan Utama : Mual dan muntah

Riwayat Keluhan Utama :

Mual dan muntah disertai pusing dirasakan sejak 3 hari yang lalu pada tanggal 27 Mei 2016 sebanyak 10 kali setiap habis makan dan minum. Muntah cair berampas, keluhan yang menyertai susah tidur dan semua aktivitas dilakukan ditempat tidur.

b. Riwayat Menstruasi

Menarche (Umur) : 14 Tahun

Tgl haid terakhir : 28 Maret 2016

Siklus haid : Teratur

Lamanya : 7 Hari

Jumlah : 3 kali

Keluhan lain : Nyeri

c. Riwayat Obstetri

G : 1P : 1 A : 0

Tabel 3.1 Riwayat Obstetri

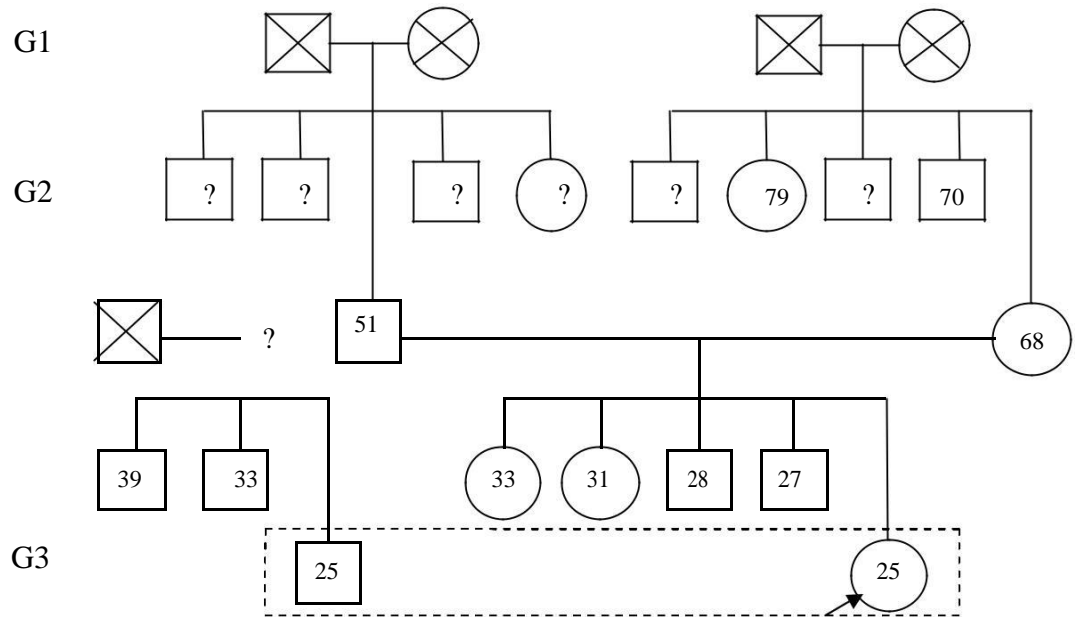
Anak Ke	Kehamilan		Persalinan			Komplikasi			Anak			
	Umur Kehamilan	Kehamilan	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Infeksi	Pendarahan	Jenis	BB	PB	Kedaaan Sekarang
1.	Sementara hamil 8 minggu											

d. Riwayat Ginekologi Dan Penyakit Pembedahan Sebelumnya

- 1) Pemeriksaan Papsmear : tidak dilakukan pemeriksaan papsmear
- 2) Masalah ginekologi / infertilitas : tidak ada
- 3) Operasi yang pernah dialami : tidak ada
- 4) Penyakit berat lain : tidak ada
- 5) Keluhan : muntah

;;

e. Riwayat Kesehatan/ Penyakit Keluarga



Keterangan :

□ : Laki-laki

↗ : Klien

○ : Perempuan

— : Garis Keturunan

---- : Garis Serumah

| : Garis Kawin

G1: Kakek dan Nenek Klien dari Ayah dan Ibu sudah meninggal karena faktor usia

G3 : Klien anak ke-5 dari 5 bersaudara dan Suami Klien anak ke-3 dari 3 bersaudara

f. Riwayat Psikososial / Spiritual

1) Orang yang terdekat dengan Klien : suami

- 2) Interaksi dengan keluarga : baik
- 3) Persepsi Pasien terhadap penyakitnya :
 - a) Hal yang dipikirkan saat ini
 - (1) Semoga tidak mual dan muntah
 - (2) Semoga janin yang dikandung sehat
 - (3) Semoga pada kehamilan kedua tidak terulang lagi
 - (4) Nafsu makan seperti biasa
 - (5) Tidak pusing lagi
 - (6) Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah
 - b) Harapan setelah menjalani perawatan/ pengobatan
 - (1) Semoga mual muntah berhenti
 - (2) Nafsu makan seperti biasa
 - (3) Dapat beraktivitas seperti biasa
 - c) Perubahan yang dirasakan setelah jatuh sakit
 - (1) Klien mengatakan tidak bisa beraktivitas seperti biasa
 - (2) Aktivitas terganggu
 - d) Tugas perkembangan menurut usia dini: bekerja
 - e) Konsep diri : klien menerima perannya sebagai seorang istri dan calon ibu
 - f) Mekanisme koping : klien mengungkapkan keluhan kesahnya kepada Suami
 - g) Aktivitas agama yang dilakukan: sholat 5 waktu

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Tabel 3.2 Riwayat Kebutuhan Sehari-hari

No	Jenis	Sebelum Sakit	Selama Sakit
1	<p>Pada Nutrisi / Cairan</p> <p>a. Frekuensi Makan</p> <p>1) Jenis makan</p> <p>2) Nafsu makan</p> <p>3) Pantangan</p> <p>4) Makanan Alergi</p> <p>5) Makananyang tidak disukai</p> <p>6) BB</p> <p>7) Keluhan/ Masalah</p> <p>b. Cairan</p> <p>1) Jumlah cairan yang diminum</p> <p>2) Minuman yang Disukai</p> <p>3) Minuman yang tidak disukai</p> <p>4) Keluhan/ Masalah</p>	<p>Nasi, sayur, lauk</p> <p>Baik</p> <p>Udang</p> <p>Udang</p> <p>Udang</p> <p>53 Kg</p> <p>Mual dan muntah</p> <p>2500 cc</p> <p>Air putih</p> <p>Air putih</p> <p>Air putih</p>	<p>Bubur, tempe</p> <p>½ porsi tidak habis</p> <p>Udang</p> <p>Udang</p> <p>Udang</p> <p>50 Kg</p> <p>Mual dan muntah</p> <p>2 gelas (300 cc)</p> <p>Susu</p> <p>Air putih</p> <p>Air putih</p> <p>Mual dan munta</p>
2	<p>Eliminasi</p> <p>a. BAB</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Konsistensi</p> <p>3) Warna</p> <p>4) Penggunaan Laxative</p> <p>b. BAK</p> <p>1) Frekuensi</p>	<p>1 x sehari</p> <p>Padat</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak ada</p> <p>5-6 x / hari</p> <p>Kuning</p>	<p>1 x sehari</p> <p>Padat</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak ada</p> <p>5-6 x / hari</p> <p>Kuning</p>

	<p>2) Warna</p> <p>3) Bau</p> <p>4) Keluhan</p>	<p>Amoniak</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Amoniak</p> <p>Tidak ada</p>
3	<p>Personal Hygiene a.</p> <p>Mandi</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Cara mandi</p> <p>3) Oral Hygiene</p> <p>4) Frekuensi</p> <p>5) Keluhan</p> <p>b. Genetalia</p> <p>1) Kebersihan</p> <p>2) Pemakaian Hygiene /</p> <p>3) Solution</p> <p>4) Keluhan</p>	<p>2 x / hari</p> <p>Mandi sendiri</p> <p>2 x / hari</p> <p>Sendiri</p> <p>Bersih</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>	<p>Belum mandi</p> <p>Tida pernah</p> <p>Tidak pernah</p> <p>Tidak pernah</p> <p>Bau badan klien tidak sedap</p> <p>Bersih</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>
4	<p>Istirahat Dan Tidur</p> <p>a. Lama tidur</p> <p>b. Tidur siang</p> <p>c. Tidur malam</p> <p>d. Kebiasaan pengantar tidur</p> <p>e. Keluhan lain</p>	<p>8 jam</p> <p>2 jam (13.00 - 15.00)</p> <p>6 jam (23.00 - 05.00)</p> <p>Nonton TV</p> <p>Tidak ada</p>	<p>6 jam</p> <p>1 jam (13.00 - 14.00)</p> <p>5 jam (23.00- 04.00)</p> <p>Tidak ada</p> <p>Susah tidur dan sering terbangun merasa mual</p>
5.	<p>Aktivitas dan Latihan</p> <p>a. Kegiatan dalam Pekerjaan</p> <p>b. Waktu bekerja</p>	<p>Mengurus rumah Tangga</p> <p>Pagi, siang, Malam</p>	<p>Tidak ada</p> <p>Tidak ada</p>

	c. Olahraga d. Kegiatan lain e. Keluhan dalam Beraktivitas	Tidak ada Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Pusing & lemah
6	Kebiasaan a. Merokok b. Minum Alkohol c. Ketergantungan Obat	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah	Tidak pernah Tidak pernah Tidak pernah
7	Pola Seksualitas Masalah seksualitas	Tidak ada	Tidak ada

3. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan Fisik Umum

- 1) Keadaan umum : Lemah
- 2) Kesadaran : Composmentis
- 3) Berat badan : 50 Kg Sebelum sakit : 53 Kg
- 4) Tinggi Badan : 158 cm
- 5) IMT : 16
- 6) Tekanan Darah : 110 / 60 mmHg
- 7) Nadi : 60 x / i
- 8) Frekuensi nafas : 20 x / i
- 9) Suhu Badan : 36° C

b. Daerah Kepala

- 1) Kepala
 - a) Inspeksi : bentuk mesocephal
 - b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

2) Rambut

- a) Inspeksi : warna hitam, dandruf, kotor, dan berbau
- b) Palpasi : berminyak, ada perlengketan

3) Kulit Kepala

- a) Inspeksi : ada dandruf, tidak ada lesi
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

4) Wajah

- a) Inspeksi : kelihatan sedih, murung, tampak pucat
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

5) Mata

- a) Inspeksi : kelopak mata tampak kehitaman
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

6) Telinga

- a) Inspeksi : simetris kiri dan kanan, telinga tampak bersih
- b) Palpasi : tidak ada nyeri pada aurikula

7) Hidung

- a) Inspeksi : tidak ada pergerakan cuping hidung, tidak ada massa
- b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada sinus frontalis dan maksilaris

8) Mulut

- a) Inspeksi
 - (1) Bibir : tampak kering

- (2) Gigi : gigi lengkap, tidak ada berlubang, memakai kawat gigi
- (3) Gusi : warna merah muda, tidak ada sariawan
- (4) Mukosa : mukosa pucat
- (5) Lidah : tampak bercak-bercak putih, penurunan sensasi rasa (Pahit saat mengecap)
- (6) Palatum : tidak ada palatozkyosis
- (7) Tonsil : warna kemerahan, tidak ada pembesaran
- (8) Uvula : letak ditengah palatum
- (9) Tengorokan : refleks menekan kurang baik
- (10) Suara : suara normal

9) Leher

- a) Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan vena jugularis, rentang gerak baik
- b) Palpasi : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada peningkatan vena jugularis

c. Daerah Dada (Thoraks)

1) Paru-paru

- a) Inspeksi : pola pernafasan teratur, tidak ada pergerakan otot tambahan pernafasan
- b) Perkusi : bunyi lapang paru (Resonance)
- c) Palpasi : tidak ada pengembangan dada
- d) Auskultasi : bunyi nafas vaskuler

2) Jantung

a) Inspeksi dan palpasi : ada nyeri dada

b) Perkusi : lapang jantung (dulness)

c) Auskultasi

(1) Bunyi jantung Dub di ICS 1 dan 4

(2) Bunyi janrung Lub di ICS 4 dan 5

3) Mammae

a) Inspeksi

(1) Kulit : warna sawo matang

(2) Payudara : membesar sesuai umur kehamilan

(3) Aerola : warna kecoklatan

(4) Putting susu : menonjol

b) Palpasi

(1) Kulit : suhu normal 36°C

(2) Payudara : membesar dan lembek sesuai umur kehamilan

(3) Aksila : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening

d. Abdomen

1) Inspeksi : belum tampak pembesaran abdomen, warna kulit sawo matang

2) Auskultasi : peristaltik usus 6 x / menit

3) Perkusi : kembung

4) Palpasi : tinggi fundus uteri belum teraba, Abdomen teraba tegang saat muntah

e. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

a) Inspeksi : pergelangan lengan tampak baik, kuku tampak lonjong, keadaan bersih, tidak ada oedema pada tangan

Terpasang infuse pada tangan kanan:

(1) Infus Cairan Putrolit : Dexta 5 % □ 2 : 1 28 tts/m

(2) Drips Neurobion I amp / 24 jam

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

2) Ekstremitas Bawah

a) Inspeksi : bentuk kuku lonjong, keadaan bersih, tonus otot 5 (persendian ROM baik, tidak kaku)

b) Palpasi : tidak ada nyeri tekan

3) Kulit

Inspeksi : warna kulit sawo matang, kulit tampak kusam

Palpasi : kulit teraba lengket, turgor kulit jelek

4) Daerah Genetalia

a) Inspeksi

(1) Vagina : tampak bersih

(2) Uretra : tidak ada pemasangan kateter

5) Anus

Inspeksi : tidak ada hemoroid

5. Pemeriksaan Diagnostik

a.Laboratotium

Tabel 3.3 Pemeriksaan Laboratorium

No	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
1.	29-05-16	Urin Lengkap			
		Leukosit	Negatif	Negatif	
		Nitrit	Negatif	Negatif	
		Urobilin	≥ 8.0	0,2	
		Axotein	Positif 3	Negatif	
		Ph	6,5	5,0	
		Blood	Negatif	Negatif	
		Sg	≥ 1.030	1,000	
		Keton	Positif 3	Negatif	
		Bilirubin	Positif 2	Negatif	
		Glokose	Negatif	Negatif	
		Ascorbat	Negatif	Negatif	
		Sedimen			
		Leukosit	0-1	0-1	
		Eritrosit	1-2	0-1	
		Epitel	2-4	0-1	
		Kristal	Negatif	0-1	
		Bakteri	Negatif	0-1	
		As. Urat	Negatif	0-1	
		Ca Oksalat	Negatif	0-1	
		Lain-Lain			

b. Terapi Obat

Tabel 3.4 Terapi Obat

No	Tanggal	Nama obat	Dosis	Frekuensi	Rute	Keterangan
1.	30-5-16	Injeksi Ranitidine	1 amp	8 jam	IV	Menetralisir asam lambung
2.	30-5-16	Ranitidine Ondansetron Antasida	1 amp	8 jam	IV	Untuk mence- gah mual dan muntah
3.	30-5-16	Antasida		8 jam	Oral	Menetralisir asam lambung
4.	30-5 -16	Drips Neurobion	1 amp	24 jam	IV	Membantu mencukupi asupan vitamin
5.	30-5-16	Infuse cairan putrolit dan Dexa 5 %	500 ml	IV	IV	Untuk peme- nuhan cairan tubuh

B. Klasifikasi Data

Tabel 3.5 Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan mual muntah sebanyak 7 kali dari waktu pagi s/d Malam	1. ½ porsi makan dihabiskam 2. Muntah sebanyak 7 kali 3. Muntah cair berampas
2. Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum	4. Pasien mengeluarkan bau tak sedap 5. Pusing
3. Klien mengatakan kurang nafsu Makan	6. Rambut tampak ada dandruf, kotor dan berbau
4. Klien mengatakan hanya makan 4 Sendok	7. Rambut teraba berminyak, dan ada perlengketan
5. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi	8. Wajah kelihatan sedih 9. Tampak murung
6. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas	10. Keadaan umum lemah 11. Bibir tampak kering 12. Mukosa pucat 13. Tampak bercak-bercak putih
7. Klien mengatakan tidak biasa mandi sendiri	14. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap)
8. Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat	15. Peristaltikus 6 x / menit 16. Kembung
9. Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah	17. Abdomen teraba tegang saat muntah
10. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300 cc)	18. Abdomen teraba tegang saat muntah
11. Klien mengatakan pahit saat mengecap.	19. Klien tampak minum hanya minum 2 gelas (300 cc) 20. Terpasang infuse pada tangan kanan Infuse RI: Dexa 5 % 2:1 28 tts/m Drips Neurobion 1 amp / 24 jam
	21. Kulit tampak kusam

	<p>22. Kulit teraba lengket</p> <p>23. Turgor kulit jelek</p> <p>24. Imt : 16</p> <p>25. BB : 50 Kg TB : 158 Cm</p> <p>26. Ttv: TD : 110/60 mmHg N : 60 x / m S : 36° C P : 20 x / m</p>
--	--

C. Analisa Data

Tabel 3.6 Analisa Data

No.	Diagnosa Keperawatan	Etiologi	Masalah
1	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan mual muntah sebanyak 7 x sejak dari waktu pagi s/d malam</p> <p>b. Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum</p> <p>c. Klien mengatakan kurang nafsu makan</p> <p>d. Klien mengatakan hanya makan 4 sendok.</p> <p>DO:</p> <p>a. Muntah sebanyak 7 kali</p> <p>b. Muntah cair berempas</p> <p>c. ½ porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>d. Bibir tampak kering</p> <p>e. Mukosa pucat</p> <p>f. Kembung</p> <p>g. Abdomen, teraba tegang saat muntah</p> <p>h. Abdomen tampak membesar sesuai umur kehamilan</p> <p>i. IMT : 16</p> <p>j. TB: 158 Cm</p> <p>k. BB: 50 Kg</p>	<p>Hiperemesis gravidarum</p> <p>↓</p> <p>Intake menurun</p> <p>↓</p> <p>Energi menurun</p> <p>↓</p> <p>Mobilisasi lemak protein di jaringan</p> <p>↓</p> <p>BB menurun</p> <p>↓</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
2	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan semo-</p>	<p>Hiperemesis gravidarum</p> <p>↓</p>	<p>Ansietas</p>

	<p>ga janin dalam kandu- ngan sehat</p> <p>b. Keluarga klien mengata- kan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah</p> <p>DO:</p> <p>a. Wajah kelihatan sedih</p> <p>b. Tampak murung</p>	<p>Perubahan status kesehatan</p> <p>↓</p> <p>Kurang pengetahuan</p> <p>↓</p> <p>Ansietas</p>	
3	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi</p> <p>b. Klien mengatakan sela- ma dirawat dirumah sa- kit tidak pernah keramas</p> <p>c. Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri</p> <p>DO :</p> <p>a. Pasien mengeluarkan bau tak sedap</p> <p>b. Rambut tampak ada dandruff, kotor dan berbau</p> <p>c. Rambut teraba bermi- nyak, dan ada perleng- ketan</p> <p>d. Kulit teraba lengket</p>	<p>Mual dan muntah</p> <p>↓</p> <p>Hiperemesis gravidarum</p> <p>↓</p> <p>Intake menurun</p> <p>↓</p> <p>Iritasi saluran cerna</p> <p>↓</p> <p>Nyeri uluh hati</p> <p>↓</p> <p>Kurang perawatan diri</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	<p>Defisit perawatan diri</p>
4	<p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300 cc)</p> <p>b. Klien mengatakan pahit saat mengecap</p> <p>DO:</p>	<p>Hiperemesis gravidarum</p> <p>↓</p> <p>Output meningkat</p> <p>↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↓</p>	<p>Risiko kekurangan volume cairan dan elektrolit</p>

<ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum lemah b. Tampak bercak-bercak putih pada lidah c. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap) d. Terpasang infuse pada tangan kanan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Infuse Cairan Putrolit: Dexa 5% 2:1 28 tpm. 2) Drips neurobion 1 amp / 24 jam e. Kulit tampak kusam f. Klien tampak minum 2 gelas (300 cc) g. Turgor kulit jelek h. Kulit teraba lengket 	<p style="text-align: center;">Hipokalemi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan keseimbangan elektrolit</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko kekurangan volume cairan</p>	
---	--	--

D. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.7 Diagnosa Keperawatan

No.	Masalah/ Diagnosa	Tgl Ditemukan	Tanggal Teratasi
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d mual dan muntah	30-05-2016	Tidak teratasi
2	Ansietas b/d kurang pengetahuan	30-05-2016	Tidak teratasi
3	Defisit perawatan diri b/d Kelemahan	30-05-2016	Tidak teratasi
4	Risiko kekurangan volume cairan b/d kehilangan volume cairan aktif	30-05-2016	Tidak teratasi

E. Rencana Keperawatan

Tabel 3.8 Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d mual dan muntah</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan mual muntah sebanyak 7 x sejak dari waktu pagi s/d Malam</p> <p>b. Klien mengatakan muntah setiap habis Makan dan minum</p> <p>c. Klien mengatakan kurang nafsu makan</p> <p>d. Klien mengatakan hanya makan 4 sendok.</p> <p>DO :</p> <p>a. Muntah sebanyak 7 x</p> <p>b. Muntah cair berampas</p> <p>c. ½ porsi makan</p>	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Klien mengatakan tidak mual dan muntah</p> <p>2. Klien mengatakan tidak muntah sehabis makan dan minum</p> <p>3. Porsi makan dihabiskan</p> <p>4. Bibir lembab</p> <p>5. Mukosa tidak pucat</p> <p>6. Imt : 18 - 24 x / menit</p>	<p>1. Kaji pola makan klien</p> <p>2. Anjurkan klien makan sedikit tapi sering</p> <p>3. Berikan makanan dalam porsi hangat</p> <p>4. Berikan air minum pada saat makan</p> <p>5. Berikan makanan kesukaan klien</p> <p>6. Ciptakan lingkungan yg menyenangkan saat makan</p> <p>7. Identifikasi adanya reflex menelan yang normal</p> <p>8. Atur makanan sesuai dengan kesukaan klien</p>	<p>1. Untuk mengetahui pola makan klien</p> <p>2. Agar klien mendapatkan energy</p> <p>3. Agar klien bergairah untuk makan</p> <p>4. Dilakukan apabila klien merasa sesak maka segera diberikan air minum</p> <p>5. Untuk memancing gairah klien atas makanan</p> <p>6. Agar menambah nafsu makan dari klien</p> <p>7. Untuk melihat reflek menelan klien</p> <p>8. Memberikan variasi untuk menambah</p>

	<p>tidak dihabiskan</p> <p>d. Bibir tampak kering</p> <p>e. Mukosa pucat</p> <p>f. Kembung</p> <p>g. Abdomen, teraba tegang saat muntah</p> <p>h. Abdomen tampak membesar sesuai umur Kehamilan</p> <p>i. IMT : 16</p> <p>j. TB: 158 Cm</p> <p>k. BB: 50 Kg</p>			<p>9. Tunda pemberian makanan apabila klien lelah untuk menelan</p> <p>10. Kolaborasi dengan ahli gizi</p>	<p>nafsu makan</p> <p>9. Memberikan jangka waktu untuk klien menelan</p> <p>10. Untuk membantu makanan yang bisa diberikan pada klien</p>
2	<p>Ansietas b/d kurang pengetahuan</p> <p>DS :</p> <p>a. Klien mengatakan Semoga janin Dalam kandungan sehat</p> <p>b. Keluarga klien mengatakan Semoga Penyakit yang Diderita klien tidak parah</p> <p>DO:</p> <p>a. Wajah kelihatan Sedih</p>	<p>Ansietas teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Klien tidak khawatir terhadap janin yang ada dalam kandungannya</p> <p>2. Wajah tampak tenang</p>	<p>p) Kaji tingkat kecemasan klien</p> <p>q) Gunakan pendekatan yang tenang pada klien</p> <p>r) Berikan aktivitas pengganti yang bertujuan untuk mengurangi tekanan</p> <p>s) Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p>	<p>1. Untuk mengetahui tingkat kekhawatiran klien</p> <p>2. Untuk menciptakan saling percaya dengan klien</p> <p>3. Untuk mengurangi rasa khawatir yang berlebihan</p> <p>4. Agar klien tidak tergantung pada</p>	

	<p>b. Tampak Murung</p>		<p>t) Berikan dukungan emosional</p> <p>u) Kontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan</p> <p>v) Atur penggunaan obat-obatan untuk mengurangi rasa cemas</p> <p>w) Berikan dukungan untuk cepat sembuh</p> <p>x) Pertimbangkan kemampuan klien dalam mengambil keputusan</p> <p>y) Berikan HE tentang penyakitnya</p>	<p>obat</p> <p>5. Memberikan ketenangan dan kepercayaan sebelum mengambil keputusan</p> <p>6. Untuk memberikan kesibukan yang bermanfaat bagi klien</p> <p>7. Untuk memotivasi pada klien</p> <p>8. Untuk selalu memantau keadaan stimulus dari klien</p> <p>9. Memotifasi klien agar lebih bersemangat</p> <p>10. Menambah wawasan klien tentang</p>
--	-------------------------	--	--	---

				penyakitnya
3	Defisit perawatan	Defisit perawatan	p) Monitor ke-	1. Untuk menge-

<p>diri b/d kelemahan</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi</p> <p>b. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas</p> <p>c. Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri</p> <p>DO:</p> <p>a. Pasien mengeluarkan bau tak sedap</p> <p>b. Rambut tampak ada dandruf, kotor dan berbau</p> <p>c. Rambut teraba berminyak, dan ada perlengketan</p> <p>d. Kulit teraba lengket</p>	<p>diri teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>1. Klien mengatakan sudah mandi</p> <p>2. Klien mengatakan sudah keramas</p> <p>3. Klien mengatakan bisa mandi sendiri</p> <p>4. Bau tak sedap pada klien berkurang</p> <p>5. Rambut tampak bersih</p> <p>6. Tidak teraba berminyak</p> <p>7. Kulit teraba tidak lengket</p>	<p>mampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>q) Monitor kondisi kulit</p> <p>r) Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelainanya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruf).</p> <p>s) Bantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan</p> <p>t) Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (mis: shampo, ember, handuk dan lain-lain)</p> <p>u) Bantu pasien berada pada posisi yang nyaman saat cuci rambut</p>	<p>tahui hambatan yang dihadapi</p> <p>2. Untuk memantau kebersihan klien</p> <p>3. Untuk mengetahui kebersihan rambut klien</p> <p>4. Mempermdah klien dalam melakukan perawatan diri</p> <p>5. Membantu klien untuk melengkapi perlengkapan dan memberikan perawatan pada klien</p> <p>6. Untuk menambah rasa nyaman pada klien</p>
---	--	---	---

			<p>v) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri</p> <p>w) Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat</p> <p>x) Fasilitais pasien untuk cuci rambut sendiri</p> <p>y) Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi</p>	<p>7. Agar klien mampu melakukan perawatan secara mandiri</p> <p>8. Untuk memberikan perawatan pada klien setelah klien pulang</p> <p>9. Agar klien mampu melakukan perawatan rambut</p> <p>10. Menambah pemahaman</p>
4.	<p>Risiko kekurangan volume cairan b/d kehilangan volume cairan aktif</p> <p>DS:</p> <p>a. Klien mengatakan hanya minum 2gelas (300 cc)</p> <p>b. Klien mengatakan pahit saat mengecap</p>	<p>Resiko kekurangan volume cairan teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Klien minum air putih 3000 ml / hari</p> <p>2. Tidak pahit saat mengecap</p> <p>3. Keadaan umum</p> <p>4. Tidak tampak bercak-bercak</p>	<p>1. Monitor tanda-tanda vital pasien</p> <p>2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah</p> <p>3. Monitor ma-kanan/cairan yang dikomsumsi</p>	<p>1. Untuk mengetahui keadaan umum klien</p> <p>2. Untuk menentukan intervensi selanjutnya</p> <p>3. Agar dapat mengetahui asupan cairan atau makanan yg dikonsumsi</p>

<p>DO:</p> <p>a. Keadaan umum lemah</p> <p>b. Tampak bercak-bercak putih pada lidah</p> <p>c. Penurunan sensasi rasa (pahit saat mengecap)</p> <p>d. Terpasang infuse pada tangan kanan :</p> <p>1. Infuse Cairan Putrolit: Dexa 5% 2 : 1 28 tpm.</p> <p>2. Drips neuro-bion 1 amp / 24 jam</p> <p>e. Kulit tampak kusam</p> <p>f. Klien tampak minum 2 gelas (300 cc)</p> <p>g. Turgor kulit jelek</p> <p>h. Kulit teraba lengket</p>	<p>putih pada lidah</p> <p>5. Tidak terpasang infuse</p> <p>6. Kulit elastic</p>	<p>4. Monitor status gizi</p> <p>5. Berikan cairan dengan tepat</p> <p>6. Tingkatkan asupan oral</p> <p>7. Anjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan / jus buah</p> <p>8. Pantau asupan cairan selama 24 jam</p> <p>9. Berikan cairan IV sesuai suhu kamar</p> <p>10. Konsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk</p>	<p>4. Mengetahui perubahan gizi pasien</p> <p>5. Memenuhi kebutuhan cairan pasien</p> <p>6. Meningkatkan asupan cairan oral pasien</p> <p>7. Memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral</p> <p>8. Mengetahui keseimbangan cairan</p> <p>9. Mengurangi penguapan.</p> <p>10. Agar tidak terjadi kekurangan cairan</p>
--	--	---	--

F. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.9 Catatan dan Perkembangan Hari I

Tgl	No.	Jam	Implementasi	Evaluasi
30 mei 2016	1.	10.00	1. Mengkaji pola makan klien Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan, klien mengatakan hanya makan 4 sendok.	Jam 11.00 Wita S : 1. Klien mengatakan mual dan muntah sebanyak 10 kali sejak 3 hari yang lalu dari waktu pagi s/d malam
		10.15	2. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan	2. Klien mengatakan muntah setiap habis makan dan minum 3. Klien mengatakan kurang nafsu makan
		10.20	3. Memberikan makanan dalam porsi hangat Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat tapi klien hanya makan 4 sendok	4. Klien mengatakan hanya 4 sendok O : 1. Muntah sebanyak 10 kali 2. Muntah cair berampas 3. ½ porsi makan tidak dihabiskan
		10.25	4. Memberikan air minum pada saat makan Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan	4. Bibir tampak kering 5. Mukosa pucat 6. Kembung 7. Abdomen teraba tegang saat muntah
		10.30	5. Memberikan makanan kesukaan klien Hasil : Klien mengatakan tidak ada makanan yg disukai	8. Abdomen tampak membesar sesuai umur kehamilan 9. Imt : 16 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intrvensi

		10.45	6. Menciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan Hasil : Suasana kamar nyaman dan tenang	1. Mengkaji pola makan klien 2. Mengajukan klien makan tapi sering 3. Memberikan makanan dalam porsi hangat 4. Memberikan air minum pada saat makan 5. Memberikan makanan kesukaan klien 6. Menciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan 7. Kolaborasi dengan ahli gizi
		10.50	7. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi Hasil : Klien diberi bubur dan tempe	
2.	11.10	11.10	1. Mengkaji tingkat kecemasan klien Hasil : Klien mengatakan khawatir terhadap janin yang dikandungnya	Jam 11.45 Wita S: 1. Klien mengatakan semoga janin dalam kandungan sehat
		11.15	2. Menggunakan pendekatan yang tenang pada klien Hasil : Klien bertanya tentang kehamilannya	2. Keluarga klien mengatakan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah O : 1. Wajah kelihatan sedih
		11.20	3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam Hasil : Klien paham dan akan melakukannya	2. Tampak murung A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Mengkaji tingkat kecemasan klien
		11.25	4. Memberikan dukungan emosional Hasil :	2. Menggunakan pendekatan yang tenang pada klien

		11.30	<p>Klien tampak lebih tenang</p> <p>5. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien menjaga nutrisi agar janinnya tidak terganggu</p>	<p>3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>4. Memberikan dukungan emosional</p> <p>5. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yg memicu kecemasan</p> <p>6. Memberikan HE tentang penyakitnya</p>
		11.35	<p>6. Memberikan HE tentang penyakitnya</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat</p>	
3.	12.05	<p>1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p>	<p>Jam 12.30 Wita</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi</p> <p>2. Klien mengatakan selama dirawat dirumah sakit tidak pernah keramas</p> <p>3. Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri</p>	
	12.10	<p>2. Monitor kondisi kulit</p> <p>Hasil :</p> <p>Kulit teraba lengket</p>		
	12.15	<p>3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelain-kelainannya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruf)</p> <p>Hasil :</p> <p>Rambut tampak ada dandruf, kotor, berbau</p>	<p>O :</p> <p>1. Pasien mengeluarkan bau taktak sedap</p> <p>2. Rambut tampak ada dandruff, kotor dan berbau</p> <p>3. Rambut teraba berminyak dan ada perlengketan</p>	

		12.20	<p>dan teraba berminyak</p> <p>4. Membantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan besok ingin melakukan perawatan cuci rambut</p>	<p>4. Kulit teraba lengket</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>2. Monitor kondisi kulit</p> <p>3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelain-kelainannya (kasar, kering, kotor, berbaudan ada dandruff)</p> <p>4. Membantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan</p>
4	12.40	<p>1. Monitor tanda- tanda vital pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>TTT:TD:110/60 mmHg</p> <p>N : 60X/m</p> <p>S : 36 °C</p> <p>P : 20 x /m</p>	<p>Jam 13.15 Wita</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan hanya minum 2 gelas (300 cc/)</p> <p>2. Klien Mengatakan pahit saat mengecap</p>	
	12.45	<p>2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah</p> <p>Hasil :</p> <p>Muntah cair berampas sebanyak 2 kali</p>	<p>O:</p> <p>1. Keadaan umum lemah</p> <p>2. Tampak bercak-bercak putih pada lidah</p> <p>3. Penurunan Sensasi rasa (pahit saat mengecap)</p>	
	12.50	<p>3. Monitor makanan / cairan yang dikonsumsi</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien makan bubur,sayur dan tempe. Cairan RI dan air putih2 gelas (300 cc)</p>	<p>4. Terpasang Infuse pada tangan kanan</p> <p>Infuse RI: Dexa 5 % - 2:1</p> <p>28 tts/m</p> <p>Drips neurobion 1 amp</p>	

		12.55	4. Monitor status gizi Hasil : Klien diberikan bubur, sayur dan tempe	/24 jam 5. Kulit tampak kering 6. Kulit teraba kering dan kasar
		13.00	5. Meningkatkan asupan oral Hasil : Klien mengatakan minum 2 gelas (300 cc)	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda- tanda vital pasien 2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah
		13.05	6. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah- buahan / jus buah Hasil : Klien nampak makan buah-buahan	3. Monitor makanan / cairan yang dikonsumsi 4. Monitor status gizi 5. Meningkatkan asupan oral 6. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah- buahan / jus buah
		13.10	7. Menkonsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk Hasil : Agar keadaan klien tidak bertambah buruk	7. Menkonsultasikan dengan dokter jika ada tanda- tanda dan gejala cairan memburuk

G. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.10 Catatan Perkembangan Hari 2

Tgl	No.	Jam	Implementasi	Evaluasi
31 mei 2016	1.	07.30	1. Mengkaji pola makan klien Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan, klien mengatakan hanya makan 5 sendok .	Jam 08.05 Wita S : 1. Klien Mengatakan mual dan muntah sebanyak 2 kali 2. Klien mengatakan kurang nafsu makan
		07.35	2. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering Hasil : Klien mengatakan kurang nafsu makan	3. Klien mengatakan hanya makan 5 sendok O : 1. Muntah sebanyak 2 kali
		07.40	3. Memberikan makanan dalam porsi hangat Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat tapi klien hanya makan 5 sendok	2. ½ porsi makan tidak dihabiskan A : Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intrvensi
		07.45	4. Memberikan air minum pada saat makan Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan	1. Kaji pola makan klien 2. Anjurkan klien makan tapi sering 3. Berikan makanan dalam porsi hangat
		07.50	5. Memberikan makanan kesukaan klien Hasil :	4. Berikan air Minum pada saat makan 5. Kolaborasi Dengan ahli gizi

		07.55	Klien tampak memakan buah-buahan 6. Menciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan Hasil : Suasana kamar nyaman dan tenang	
		08.00	7. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi Hasil : Klien diberi bubur, sayur dan tempe	
2.	08.15	1. Mengkaji tingkat kece- masan klien Hasil : Klien mengatakan kha- watir terhadap janin yang dikandungnya	Jam 08.50 Wta S: 1. Klien mengatakan semo- ga janin dalam kan- dungan sehat	
	08.20	2. Menggunakan pendekat- an yang tenang pada klien Hasil : Klien berbicara tentang kehamilannya	2. Keluarga klien menga- takan semoga penyakit yang diderita klien tidak parah O : Tampak murung A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
	08.25	3. Mengajarkan teknik relak- sasi napas dalam Hasil : Klien paham dan akan melakukannya	1. Mengkaji tingkat kecema- san klien 2. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan	
	08.30	4. Memberikan dukungan emosional Hasil :	3. Memberikan HE tentang penyakitnya	

		08.35	<p>Klien tampak lebih tenang</p> <p>5. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien akan menjaga nutrisinya agar janinnya tidak terganggu</p>	
		08.40	<p>6. Memberikan HE tentang penyakitnya</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat</p>	
3.	09.00	<p>1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p>	<p>Jam 09.35 Wita</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan sudah 2 hari tidak mandi</p> <p>2. Klien mengatakan tidak bisa mandi sendiri</p>	
	09.05	<p>2. Monitor kondisi kulit</p> <p>Hasil :</p> <p>Kulit teraba lengket</p>	<p>O : Kulit teraba lengket</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>	
	09.10	<p>3. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelain-kelainannya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruf)</p> <p>Hasil :</p> <p>Rambut tampak ada dandruf, kotor, berbau</p>	<p>1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>2. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelain-kelainannya (kasar, kering, kotor, berbau dan ada dandruf)</p>	

		09.15	<p>dan teraba berminyak</p> <p>4. Membantu melakukan perawatan diri sesuai kebutuhan</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien ingin melakukan perawatan cuci rambut</p>	3. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri
		09.20	<p>5. Bantu pasien berada pada posisi yang nyaman saat cuci rambut</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien dengan posisi baring sesuai dengan prosedur</p>	
		09.25	<p>6. Siapkan perlengkapan untuk membersihkan rambut (mis: shampo, ember, handuk dll)</p> <p>Hasil :</p> <p>Perawat sudah menyiapkan perlengkapan</p>	
		09.30	<p>7. Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu merawat diri sendiri secara mandiri</p> <p>Hasil :</p> <p>Perawat membantu melakukan perawatan cuci rambut</p>	
	4.	10.45	<p>1. Monitor tanda- tanda vital pasien</p> <p>Hasil :</p> <p>Ttv : TD :110/70 mmHg</p>	<p>Jam 11.20 Wita</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan hanya</p>

			<p>N : 60 x /m</p> <p>S : 36° C</p> <p>P : 22 x /m</p>	<p>minum 2 gelas (300 cc/)</p>
		10.50	<p>2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah</p> <p>Hasil :</p> <p>Muntah cair berampas sebanyak 2 kali</p>	<p>2. Klien mengatakan pahit saat mengecap</p> <p>O:</p> <p>1. Keadaan umum lemah</p> <p>2. Tampak bercak-bercak putih pada lidah</p>
		10.55	<p>3. Monitor makanan / cairan yang dikonsumsi</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien makan bubur, sayur dan tempe. Cairan RI dan air putih 3 gelas (450 cc)</p>	<p>3. Penurunan Sensasi rasa (pahit saat mengecap)</p> <p>4. Terpasang Infuse pada tangan kanan</p> <p>a. Infuse RI: Dexa 5 % - 2:1 28 tpm</p> <p>b. Drips neurobion 1 amp/24 jam</p>
		11.00	<p>4. Monitor status gizi</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien diberi bubur, sayur</p>	<p>5. Kulit tampak kering</p> <p>6. Kulit teraba kering dan kasar</p>
		11.05	<p>5. Meningkatkan asupan oral</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan minum 3 gelas (450 cc)</p>	<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
		11.10	<p>6. Menganjurkan keluarga memberikan makanan ringan seperti buah-buahan / jus buah</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien nampak makan buah-buahan</p>	<p>1. Monitor tanda- tanda vital pasien</p> <p>2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah</p> <p>3. Monitor makanan / cairan yang dikonsumsi</p>
		11.15	<p>7. Menkonsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk</p>	<p>4. Meningkatkan asupan oral</p> <p>5. Menkonsultasikan dengan dokter Jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk</p>

H. Implementasi Dan Evaluasi

Tabel 3.11 Catatan Perkembangan Hari ke 3

Tgl	No	Jam	Implementasi	Evaluasi
01 juni 2016	1.	07.30 07.35 07.40 07.45 07.50	<p>1. Mengkaji pola makan klien</p> <p>Hasil : ½ porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>2. Menganjurkan klien makan sedikit tapi sering</p> <p>Hasil : Klien mengatakan paham dan akan melakukannya</p> <p>3. Memberikan makanan dalam porsi hangat</p> <p>Hasil : Keluarga sudah memberikan makanan dalam keadaan hangat</p> <p>4. Memberikan air minum pada saat makan</p> <p>Hasil : Keluarga selalu menyediakan air minum saat makan</p> <p>5. Mengkolaborasikan dengan ahli gizi</p> <p>Hasil : Klien diberi nasi, sayur dan telur</p>	<p>Jam 07.55 Wita</p> <p>S :</p> <p>1. Klien mengatakan masih mual</p> <p>2. Klien mengatakan nafsu masih kurang</p> <p>O :</p> <p>1. ½ porsi makan tidak dihabiskan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>
2.		08.10	1. Mengkaji tingkat kecema-	Jam 08.30 Wita san klien

		08.15	<p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan masih khawatir terhadap kandungannya</p> <p>2. Mengontrol stimulus untuk kebutuhan klien yang dapat memicu kecemasan</p>	<p>S:</p> <p>1. Klien mengatakan masih khawatir terhadap kandungannya</p> <p>O : Tampak murung</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkankan intervensi</p>
		08.20	<p>Hasil :</p> <p>Klien akan menjaga nutrisinya agar janinnya tidak terganggu</p> <p>3. Memberikan HE tentang penyakitnya</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien paham dengan informasi yang diberikan perawat</p>	
3.	08.40	08.45	<p>1. Monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Hasil :</p> <p>Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>2. Monitor kondisi rambut dan kulit kepala termasuk kelain-kelainannya (kasar, kering, kotor, berbaudan ada dandruf)</p> <p>Hasil :</p> <p>Rambut tampak bersih dan tidak teraba rambut</p>	<p>Jam 08.50 Wita</p> <p>S : Klien mengatakan belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>O : Perawatan diri masih dibantu oleh keluarga</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

			yang berminyak	
	4.	09.00	1. Monitor tanda- tanda vital pasien Hasil : TTV: TD :110/70 mmHg N : 70 x / m S : 36° C P : 22 x / m	Jam 09.30 Wita S : Klien mengatakan minum air putih 4 gelas (600 cc) O: Keadaan umum lemah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
		09.05	2. Monitor kehilangan cairan seperti muntah Hasil : Klien mengatakan masih mual	
		09.10	3. Monitor makanan / cairan yang dikonsumsi Hasil : Klien makan nasi, sayur dan telur. Cairan air putih 4 gelas (600 cc)	
		09.15	4. Meningkatkan asupan oral Hasil : Klien mengatakan minum 4 gelas (600 cc)	
		09.20	5. Menkonsultasikan dengan dokter jika ada tanda-tanda dan gejala cairan memburuk Hasil : Agar keadaan klien tidak bertambah buruk	

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Bhayangkara Makassar Merupakan Rumah Sakit Polri kelas B. Sekarang menjadi Rumah Sakit Badan Layanan Umum (BLU) yang berada di Jln. Letjend. Pol. Mappa Oudang No. 63 Makassar, Kelurahan Jongaya, Kecamatan Tamalate, Kota Makassar, Sulawesi selatan, Indonesia. 90223. Telpon: 0411-830841. Di sebelah Barat berbatasan dengan Jalan Letjen Pol. Mappa Oudang, disebelah Timur berbatasan dengan Jalan Kumala, disebelah Selatan berbatasan dengan Jalan Mallongbassang dan disebelah Utara berbatasan dengan Kampus Akper Mappa Oudang Makassar .

Rumah Sakit Bhayangkara Makassar memiliki 17 Ruang Perawatan diantaranya:

- a. Ruang Perawatan VIP Cendrawasih
- b. Ruang Perawatan VIP Merak
- c. Ruang Perawatan VIP Garuda
- d. Ruang Perawatan Bersalin Nuri
- e. Ruang Perawatan Maleo
- f. Ruang Perawatan Bangau
- g. Ruang Perawatan Kenari
- h. Ruang Perawatan Merpati
- i. Ruang Perawatan Gelatik
- j. Ruang Perawatan Rajawali
- k. Ruang Perawatan Elang
- l. Ruang Perawatan Kasuari
- m. Ruang Perawatan Kakatua
- n. Ruang Perawatan Anak Parkit
- o. Ruang Perawatan Anak Ketilang
- p. Ruang Perawatan *Intensive Care Unit* (ICU)
- q. Ruang Kamar Operasi

Ruang kebidanan Nuri mempunyai Ruang VIP, Ruang Perawatan Bangsal (kelas III) dan Ruang Perawatan Kelas I dan kelas II. Klien menggunakan jaminan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kelas I dan ditempatkan di kamar 10 (kelas I).

2. Karakteristik Partisipan (Identitas Klien)

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada klien Ny. W *Hyperemesis Gravidarum* dengan Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh di ruang perawatan Nuri Rumah Sakit Bhayangkara Makassar tanggal 22 Maret 2017, diketahui bahwa klien datang ke rumah sakit dengan keluhan mual muntah yang terjadi lebih dari 10 kali dalam sehari. Klien berusia 32 tahun, klien merupakan anak tunggal dan kehamilan klien merupakan kehamilan yang ke 3, klien memiliki 2 orang anak laki-laki yang masing-masing berusia 5 tahun dan 2 tahun, klien tidak pernah mengalami abortus. Klien bekerja sebagai polisi wanita (polwan) dan suami klien bekerja sebagai karyawan swasta dan tinggal di Jl. Aspol Toddopuli Blok

3. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

1) Biodata

a) Identitas Klien

Nama klien	: Ny W
Usia/tanggal lahir	: 32 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Alamat	: Jl. Aspol Toddopuli Blok E/18
Agama	: Islam
Suku/bangsa	: Makassar
Status pernikahan	: Kawin
Pekerjaan	: Polwan
NO.RM	160264
Tanggal masuk RS	: 21 Maret 2017
Tanggal pengkajian	: 22 Maret 2017
Diagnosa medis	: Hyperemesis Gravidarum
Rencana therapy	: Injeksi Ranitidine (per 8 jam), Ondansentron (per 8 jam), Drips Neurobion/hari, Antasida.

b) Penanggung jawab

Nama : Tn W
Usia : 33 tahun
Jenis kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Swasta
Alamat : Jl. Aspol Toddopuli Blok E/18
Hubungan dengan klien : Suami

2) Riwayat Kesehatan Saat Ini

a) Keluhan Utama

Mual muntah

b) Riwayat keluhan utama

Klien masuk rumah sakit dengan keluhan mual muntah lebih dari 10 kali dalam sehari dialami sejak \pm 5 hari yang lalu, akan tetapi keluhan dirasakan memperberat sewaktu 2 hari sebelum di bawa ke rumah sakit. Setiap makanan yang masuk dimuntahkan oleh klien dan klien juga mengatakan tidak ada nafsu makan dan selama fase ini berat badan klien menurun, klien merasa lemah dan mudah lelah serta napasnya berbau *aseton*.

3) Pola reproduksi

a) Riwayat haid

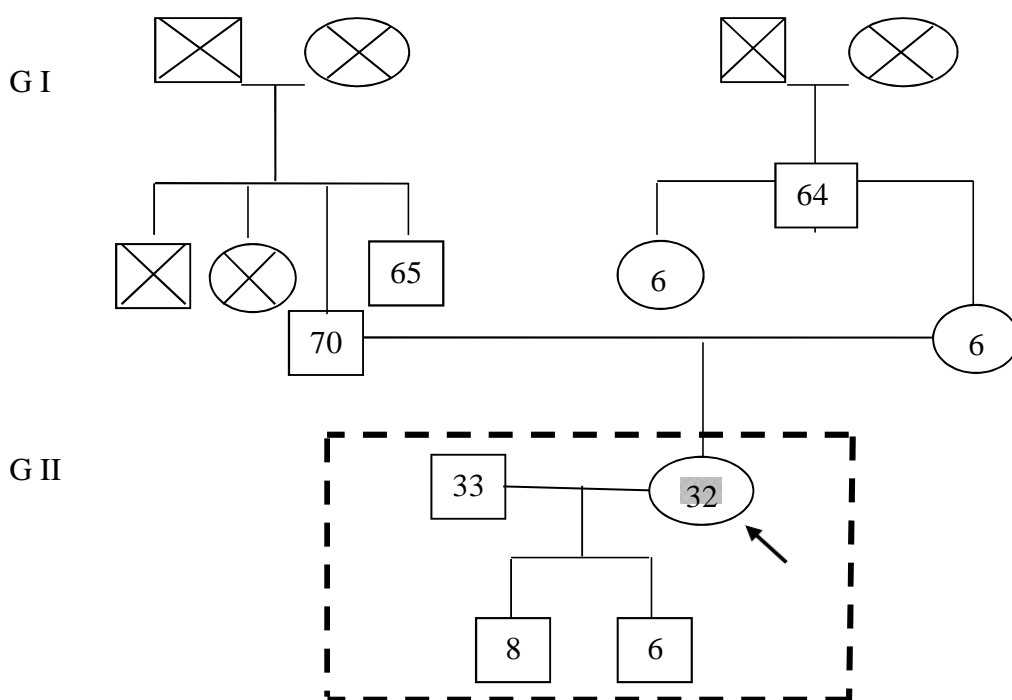
- (1) Menarche umur: 12 tahun
- (2) Siklus haid: teratur (28 hari)
- (3) Lamanya haid: 4-6 hari
- (4) Sifat darah: kental

b) Riwayat kehamilan

- (1) G3 P2 A0
- (2) HPHT : 6 Desember 2016
- (3) Tafsiran persalinan : 13 September 2017
- (4) PNC 2 kali









- (5) Klien mengeluh setiap habis makan sesuatu selalu muntah
- 4) Riwayat keluarga berencana (KB)
- Melaksanakan KB : belum pernah
 - Jenis kontrasepsi : belum pernah
 - Sejak kapan : belum pernah
 - Merencanakan yang akan datang : klien belum berfikir untuk melakukan KB
- 5) Riwayat kesehatan Masa Lalu
- Riwayat penyakit yang pernah dialami
 - Klien, suami dan keluarga tidak memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, DM, jantung, epilepsi maupun cacat bawaan
 - Klien, suami dan keluarga tidak memiliki penyakit lain seperti TBC, penyakit hati, ginjal, infeksi virus lain.
 - Klien memiliki riwayat penyakit asma
 - Riwayat operasi yang pernah dialami
klien sudah 2 kali melakukan SC
 - Riwayat alergi
Klien alergi terhadap udang, cumi-cumi dan bakso.
 - Riwayat keluarga

Genogram 3 Generasi



G III

Keterangan :

	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Garis perkawinan
	: Garis keturunan
	: Klien
	: Tidak diketahui
	: Meninggal
	: Garis serumah

Penjelasan gambar :

G I : kakek dan nenek klien dari ayah sudah meninggal karena faktor usia

kakek dan nenek klien dari ibu sudah meninggal karena faktor usia

G II : Ayah dan ibu klien masih hidup

G III : Klien anak tunggal

Klien memiliki 2 anak laki-laki

- Anak pertama klien berusia 8 tahun
- Anak kedua klien berusia 6 tahun

6) Pola kegiatan sehari-hari

Tabel 4.1 Pola kegiatan sehari-hari

No	Jenis kegiatan	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	<p>Nutrisi</p> <p>a. Selera makan</p> <p>b. Jenis makanan</p> <p>c. Frekuensi makan sehari</p> <p>d. Makanan pantangan</p> <p>e. Mual dan muntah</p>	<p>Baik</p> <p>Nasi, buah, lauk pauk</p> <p>3x sehari</p> <p>Udang, bakso, cumi-cumi jarang</p>	<p>Kurang</p> <p>Bubur, lauk pauk, sayur, buah</p> <p>3x sehari porsi tidak dihabiskan hanya 3-5 sendok</p> <p>Udang, bakso, cumi-cumi 10 kali sehari</p>
2.	<p>Cairan</p> <p>a. Jenis</p> <p>b. Frekuensi</p> <p>c. Jumlah</p>	<p>Air putih dan susu</p> <p>Tidak menentu (susu 3x/hari)</p> <p>1500-2000 cc (6-8 gelas)</p>	<p>Air putih, cairan RL 28 tts/mnt (500-1000 cc/hari)</p> <p>Tidak menentu</p> <p>500- 1000 cc (2-4 gelas)</p>
3.	<p>Eliminasi</p> <p>a. BAB</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Warna</p> <p>3) Konstipasi</p> <p>b. BAK</p> <p>1) Frekuensi</p> <p>2) Bau</p> <p>3) Warna</p>	<p>1 kali sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak menentu</p> <p>Amoniak</p> <p>Kuning muda</p>	<p>1 kali sehari</p> <p>Kuning</p> <p>Tidak ada</p> <p>Tidak menentu</p> <p>Amoniak</p> <p>Kuning tua</p>
4.	<p>Personal hygiene</p> <p>a. Mandi</p> <p>b. Menyikat gigi</p> <p>c. Cuci rambut</p> <p>d. Ganti pakaian</p>	<p>2 x sehari</p> <p>3 x sehari</p> <p>3-4 x seminggu</p> <p>2 x sehari</p>	<p>Tidak menentu</p> <p>2 x sehari</p> <p>Tidak pernah</p> <p>2 hari sekali</p>

5.	Aktivitas a. Hobby b. Aktivitas kehidupan sehari-hari	Olahraga Dilakukan oleh mandiri	Tidak ada - Kebutuhan klien dibantu oleh keluarga - Klien mengatakan tidak bisa bangun sendiri - Klien mengatakan mudah lelah
6.	Istirahat tidur a. Siang b. Malam	Tidak pernah 22.00-05.00 WITA	Tidak menentu 23.00-05.00 tapi sering terbangun

7) Pemeriksaan fisik

a) keadaan umum/kesadaran

- kesadaran komposmentis
- klien tampak lemah
- klien tampak gelisah
- klien malas beraktivitas

b) tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmHg

N : 90 x/menit

S : 37⁰C

P : 22 x/menit

Berat badan

Sebelum sakit : 62 kg

Saat sakit : 55 kg

Tinggi badan : 175 cm

c) wajah

- inspeksi
 - ekspresi wajah tampak meringis
 - wajah klien tampak pucat
 - tidak tampak udema
- palpasi
 - tidak terdapat nyeri tekan

d) rambut

- inspeksi
 - tampak pendek, lurus, dan bersih
- palpasi
 - tidak terdapat nyeri tekan
 - rambut mudah rontok

e) mata

- inspeksi
 - tampak simetris kiri dan kanan
 - konjungtiva tampak anemis
 - tidak tampak icterus pada sclera
 - pupil isokor bila dirangsang cahaya
- palpasi
 - tidak teraba adanya nyeri tekan

f) mulut

- inspeksi
 - tidak terdapat stomatitis
 - bibir tampak kering
 - lidah tampak kurang bersih
 - gigi tampak bersih

g) leher

- inspeksi
 - tidak tampak adanya pembengkakan kelenjar tyroid
- palpasi
 - tidak teraba nyeri tekan
 - tidak teraba pembesaran karotis

h) buah dada

- inspeksi
 - tampak simetris kiri dan kanan
 - puting tampak terbentuk
- palpasi
 - tidak terdapat nyeri tekan
 - ASI belum keluar

i) Abdomen

- Inspeksi
 - Tidak tampak luka bekas operasi
 - Tampak linea nigra dan striae livit
 - Perut masih tegang
- Palpasi
 - Balotemen : DJJ (+)
 - Tinggi fundus : 2 jari dibawah pusat

j) Genetalia dan anus

Tidak dilakukan pemeriksaan

k) Ekstremitas

- Ekstremitas atas
 - Udema : tidak ada
 - CRT : 0-3 detik
- Ekstremitas bawah
 - Udema : tidak ada
 - Varises : tidak
 - Adanya nyeri : tidak ada
 - Kesemutan : tidak ada
 - Kejang : tidak

l) Pemeriksaan diagnostic

WBC	: $7,3 \times 10^3/\text{ul}$	4,0-10,0
HGB	: 11,4 g/dl	11,0-16,0
PLT	: $275 \times 10^3/\text{ul}$	100-300

8) Data psikososial

- a) Status emosional : dapat terkendali
- b) Pola interaksi orang paling dekat dengan klien adalah suami dan ibunya, klien ramah, apabila ada masalah klien bercerita dengan suami dan ibunya
- c) Komunikasi verbal dan nonverbal : komunikasi yang digunakan klien dalam berkomunikasi dengan orang terdekatnya adalah verbal dan nonverbal

9) Data sosial ekonomi

- a) Masalah financial : cukup
- b) Status perkawinan klien sah
- c) Selama hamil klien jarang makan, setiap makan dan minum klien selalu muntah
- d) Klien merasa senang dengan kehamilannya saat ini karena memang direncanakan dan klien berharap keadaan janinnya sehat sampai kelahirannya nanti
- e) Hubungan klien dengan suami, keluarga, tetangga terjalin baik, tidak ada masalah, rencana melahirkan di rumah sakit dan pengambilan keputusan adalah suami.
- f) biaya perawatan ditanggung oleh BPJS

10) Data spiritual

Sebelum sakit klien taat beribadah, namun pada saat sakit klien tidak pernah menjalankan ibadah sholat, yang bisa dilakukan klien hanyalah berdoa

KLASIFIKASI DATA

A. Data Subjektif

1. Klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali
2. Klien mengatakan nafsu makan klien berkurang
3. Klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah
4. Klien mengatakan jarang minum
5. Klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan
6. Klien mengatakan penglihatan berkunang-kunang
7. Klien mengatakan cepat lelah
8. Klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur
9. Klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas

B. Data Objektif

1. Klien tampak mual dan muntah
2. Klien tampak menolak untuk makan
3. Selera makan klien tidak ada
4. Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja
5. Berat badan klien tampak menurun
 - Sebelum sakit : 62 kg
 - Saat sakit : 55 kg
6. Denyut nadi klien meningkat
7. Klien tampak pucat
8. Turgor kulit kering
9. Konjungtiva tampak anemis
10. Suhu tubuh klien meningkat
11. Cairan
 - Input : 1000-2000 cc/hari
 - Output : 1000-1500 cc/hari
12. TTV
 - TD=100/70 mmHg
 - N = 90x/menit
 - S = 37 °C
 - P = 22 x/menit

13. Klien tampak lemah
14. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur
15. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil
16. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas

DATA FOKUS

Tabel 4.2 Data fokus

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none">1. klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali2. klien mengatakan nafsu makan klien berkurang3. klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah4. klien mengatakan jarang minum5. klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan6. klien mengatakan penglihatan berkunang-kunang7. klien mengatakan cepat lelah8. klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur9. klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas	<ol style="list-style-type: none">1. Klien tampak mual dan muntah2. Klien tampak menolak untuk makan3. Selera makan klien tidak ada4. Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja5. Berat badan klien tampak menurun<ul style="list-style-type: none">- Sebelum sakit : 62 kg- Saat sakit : 55 kg6. Denyut nadi klien meningkat7. Klien tampak pucat8. Turgor kulit kering9. Konjungtiva tampak anemis10. Suhu tubuh klien meningkat11. Cairan<ul style="list-style-type: none">- Input : 1000-2000 cc/hari- Output : 1000-1500 cc/hari12. TTV<ul style="list-style-type: none">- TD=100/70 mmHg- N = 90x/menit- S = 37 °C- P = 22 x/menit13. Klien tampak lemah14. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur15. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil16. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas

ANALISA DATA

Tabel 4.3 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali 2. klien mengatakan nafsu makan klien berkurang 3. klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak mual dan muntah 2. Klien tampak menolak untuk makan 3. Selera makan klien tidak ada 4. Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja 5. Berat badan klien tampak menurun <ul style="list-style-type: none"> - Sebelum sakit : 62kg - Saat sakit : 55 kg 6. IMT 17,97 (kurang) 	<p>Peningkatan ekstrogen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan pengosongan lambung Peningkatan tekanan gaster Factor predisposisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Emesis gravidarum Komplikasi Hiperemesis gravidarum Pengeluaran nutrisi berlebihan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p><i>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</i></p>
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan jarang minum 2. klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan 3. klien mengatakan penglihatan berkunang-kunang <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi klien meningkat 2. Klien tampak pucat 3. Turgor kulit kering 4. Konjungtiva tampak anemis 5. Suhu tubuh klien meningkat 6. Cairan Input : 1000-2000 cc/hari Output : 1000-1500 cc/hari 7. TTV - TD=100/70 	<p>Peningkatan ekstrogen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan pengosongan lambung Peningkatan tekanan gaster Factor predisposisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Emesis gravidarum Komplikasi Hiperemesis gravidarum Kehilangan cairan berlebih</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cairan ekstra seluler dan plasma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kekurangan vol</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p><i>Kekurangan volume cairan</i></p>

	<p>mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - N = 90x/menit - S = 37 °C <p>= 22 x/menit</p>	<p>Cairan ekstra seluler dan plasma</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kekurangan volume cairan</p>	
<p>3.</p>	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan cepat lelah 2. klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur 3. klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur 3. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil 4. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas 	<p>Peningkatan ekstrogen Penurunan pengosongan lambung Peningkatan tekanan gaster Factor predisposisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Emesis gravidarum</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Komplikasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperemesis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kehilangan cairan berlebih</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dehidrasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemokonsentrasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Aliran darah ke jaringan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Metabolisme intra sel menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Otot lemah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Intoleransi aktivitas</p>	<p><i>Intoleransi aktivitas</i></p>

DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TGL DITEMUKAN	TGL TERATASI
1	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan	22 Maret 2017	24 Maret 2017
2	Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan berlebihan	22 Maret 2017	24 Maret 2017
3	Intoleransi aktivitas b.d kelemahan	22 Maret 2017	24 Maret 2017

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Tabel 4.5 Rencana Tindakan Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi
1	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan mual muntah lebih dari 10 kali 2. klien mengatakan nafsu makan klien berkurang 3. klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak mual dan muntah 2. Klien tampak menolak untuk makan 3. Selera makan klien tidak ada 4. Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja 5. Berat badan klien tampak menurun <ul style="list-style-type: none"> - Sebelum sakit : 62kg - Saat sakit : 55 kg 6. IMT 17,97 (kurang) 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Nutritional status : food and fluid intake</i> - <i>Nutritional status : nutrient intake</i> - <i>Weight control</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan <p>3 Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada tanda-tanda malnutrisi - Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<ol style="list-style-type: none"> 12. Kaji adanya alergi makanan 13. Monitor mual muntah 14. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 15. Timbang berat badan tiap hari 16. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
2	<p>kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan berlebihan DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan jarang minum 2. klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan 3. klien mengatakan penglihatan berkunang-kunang <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi klien 	<p>NOC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Fluid balance</i> 2. <i>Hydration</i> 3. <i>Nutritional Status : Food and fluid intake</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan urin output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal, HT normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, 	<ol style="list-style-type: none"> 16. Monitor vital sign 17. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 18. Anjurkan pasien untuk menambah intake oral 19. Kolaborasi pemberian cairan IV

	<p>Meningkat</p> <p>2. Klien tampak pucat</p> <p>3. Turgor kulit kering</p> <p>4. Konjungtiva tampak anemis</p> <p>5. Suhu tubuh klien meningkat</p> <p>6. TTV</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD=100/70 mmHg - N = 90x/menit - S = 37,5 °C - P = 25 x/menit 	<p>elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</p>	
3	<p>Intoleransi aktivitas b.d</p> <p>Kelemahan</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan cepat lelah 2. klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur 3. klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur 3. Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil 4. Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas 	<p>NOC</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Energy conservation</i> - <i>Activity tolerance</i> - <i>Self care : ADL</i> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berpartisipasi dalam aktifitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR 2. Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADL) secara mandiri 3. Tanda-tanda vital normal 4. Energy psikomotor <p>Level kelemahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu berpindah : dengan atau tanpa bantuan alat 2. Status kardiopulmonary adekuat 3. Sirkulasi status baik 4. Status respirasi : pertukaran gas dan ventilasi adekuat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan

CATATAN TINDAKAN

Tabel 4.6 Catatan Tindakan

Hari/ Tanggal	No.D X	Jam	Implementasi
Selasa 22 Maret 2017	I	10.00	1. Mengkaji adanya alergi makanan Hasil : klien alergi terhadap makanan seperti udang, cumi-cumi dan bakso
		10.15	2. Memonitor mual muntah Hasil : klien tampak mual dan muntah lebih dari 10 kali
		10.25	3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian Hasil : klien mau melakukannya
		10.35	4. Menimbang berat badan tiap hari Hasil : berat badan klien 55 kg selama masuk rumah sakit
		10.40	5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien Hasil : Klien diberi makanan bubur, ikan bandeng, sayur, buah dan tampak mengkonsumsi susu
	II	11.15	1. Memonitor vital sign Hasil : TD=100/70 mmHg N = 90x/menit S = 37 °C P = 22 x/menit
		11.30	2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan Hasil : klien tampak memuntahkan apabila ada yang makanan atau cairan yang masuk ke dalam tubuh
		11.35	3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral Hasil : Klien tampak minum air putih dan diselingi susu
		11.45	4. Berkolaborasi pemberian cairan IV Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
	III	12.10	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual Hasil : klien tampak lemah tidak dapat bangun dari tempat tidur, kadang mengeluh terhadap penyakit yang di deritanya, merasa tidak berguna dan selama sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.
		12.20	2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan Hasil : klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas harian
		12.35	3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial Hasil : klien tampak sulit melakukan aktivitas fisik, hanya mampu berbicara pelan dan tidak ikut serta di lingkungan sosial akibat penyakitnya
		12.50	4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan Hasil : klien mau melakukannya

Rabu 23 Maret 2017	I	11.00	1. Mengkaji adanya alergi makanan Hasil : klien alergi terhadap makanan seperti udang, cumi-cumi dan bakso
		11.15	2. Memonitor mual muntah Hasil : mual dan muntah klien tampak berkurang
		11.20	3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian Hasil : klien mau melakukannya
		11.30	4. Menimbang berat badan tiap hari Hasil : berat badan klien masih 55 kg
		11.45	5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien Hasil : Klien diberi makanan bubur, daging ayam, sayur, buah dan tampak mengkonsumsi susu
	II	12.15	1. Memonitor vital sign Hasil : TD=110/90 mmHg N = 84 x/menit S = 36,5 °C P = 20 x/menit
		12.25	
		12.30	2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan Hasil : klien dapat menerimanya dan minum sedikit tapi sering untuk mencegah dehidrasi
		12.50	3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral Hasil : Klien tampak meningkatkan minum air putih 4. Berkolaborasi pemberian cairan IV Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
	III	13.05	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual Hasil : klien masih tampak lemah, sudah dapat bangun dari tempat tidur dengan berpegang di ujung tempat tidur, menerima penyakit yang di deritanya, membandingkan dirinya dengan orang lain dan selama sakit klien selalu berdoa untuk kesembuhannya.
13.15		2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan Hasil : klien masih dibantu dalam berjalan ke kamar kecil	
13.25		3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial Hasil : klien sudah mampu bangun dari tempat tidur secara mandiri	
13.35		4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan Hasil : klien mengatakan lebih termotivasi untuk sembuh dari penyakitnya	
Kamis 24 Maret 2017	I	14.00	1. Mengkaji adanya alergi makanan Hasil : klien mengatakan alergi terhadap makanan udang, cumi-cumi dan bakso
		14.05	2. Memonitor mual muntah Hasil : Pada saat dikaji klien tampak tidak mual dan muntah lagi dan kooperatif
		14.15	3. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan

			<p>harian</p> <p>Hasil : klien mengerti dan mau melakukannya</p>
		14.25	4. Menimbang berat badan tiap hari
			Hasil : berat badan klien meningkat 56 kg
		14.35	5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
			Hasil : tampak di berikan makanan lunak dan berserat tinggi
	II	15.10	1. Memonitor vital sign
			Hasil : TD=120/80 mmHg
			N = 88 x/menit
			S = 36 °C
			P = 20 x/menit
		15.20	2. Memonitor respon pasien terhadap penambahan cairan
			Hasil : klien tampak minum sedikit tapi sering untuk mencegah dehidrasi
		15.30	3. Menganjurkan pasien untuk menambah intake oral
			Hasil : klien mengerti dan mau melakukannya
		15.40	4. Berkolaborasi pemberian cairan IV
			Hasil : Klien diberi cairan RL di lengan sebelah kiri
	III	16.05	1. Memonitor respon fisik, emosi, social dan spiritual
			Hasil : klien tampak kooperatif, ekspresi wajah klien gembira, sudah menerima keadaannya dan selalu berdoa untuk kesembuhannya
		16.10	2. Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
			Hasil : klien tampak sudah dapat berjalan ke kamar kecil dengan mandiri
			3. Membantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial
		16.15	Hasil : klien dapat berjalan secara mandiri
			4. Membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
		16.25	Hasil : klien yakin bahwa beliau akan segera sembuh dari penyakitnya dan berkumpul lagi bersama keluarganya di rumah

CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 4.7 Catatan Perkembangan

Tanggal	No.Dx	Jam	Evaluasi
Selasa 22 Maret 2017	I	11.00	<p>S = - klien mengatakan mual dan muntah lebih dari 10 kali dalam sehari - klien mengatakan setiap kali makan dia selalu muntah</p> <p>O = - klien tampak mual dan muntah - Klien tampak menolak untuk makan - Selera makan klien tidak ada - Klien tampak menghabiskan $\frac{1}{3}$ porsi saja - Klien mengalami penurunan berat badan</p> <p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Monitor mual muntah 3. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 4. Timbang berat badan tiap hari 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
	II	11.55	<p>S = - klien mengatakan jarang minum - klien mengatakan setiap makanan atau minuman yang masuk langsung dimuntahkan</p> <p>O = - Denyut nadi klien meningkat - Klien tampak pucat - Turgor kulit kering - Konjungtiva tampak anemis - TTV TD=100/70 mmHg N = 90x/menit S = 37,5 °C P = 25 x/menit</p> <p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 3. Anjurkan pasien untuk menambah intake oral 4. Kolaborasikan pemberian cairan IV
	III	13.10	<p>S = - klien mengatakan merasa pusing ketika bangun dari tempat tidur - klien mengatakan sangat terbatas dalam beraktivitas</p> <p>O = - Klien tampak lemah - Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika ingin bangun dari tempat tidur - Klien tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil - Klien tampak terbatas dalam menjalankan aktivitas</p>

			<p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial 4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan
Rabu 23 Maret 2017	I	12.00	<p>S = klien mengatakan mual dan mudah yang dialaminya sudah berkurang O = - klien masih tampak mual dan muntah - Nafsu makan klien sudah ada - Klien tampak menghabiskan 1 porsi</p> <p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Monitor mual muntah 3. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian 4. Timbang berat badan tiap hari 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien
	II	12.55	<p>S = keluarga klien mengatakan sudah sering minum sedikit tapi sering O = - Pucat pada wajah klien sudah berkurang - Konjungtiva masih tampak anemis - TTV TD=110/90 mmHg N = 84x/menit S = 36,5 °C P = 20 x/menit</p>
	III	14.00	<p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor vital sign 2. Monitor respon pasien terhadap penambahan cairan 3. Anjurkan pasien untuk menambah intake oral 4. Kolaborasikan pemberian cairan IV <p>S = klien mengatakan masih merasa pusing ketika berjalan ke kamar kecil O = - Klien masih tampak lemah - Klien masih tampak dibantu oleh keluarga ketika berjalan ke kamar kecil - Klien masih terbatas dalam beraktivitas</p> <p>A = Masalah belum teratasi P = Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respon fisik, emosi, social dan spiritual 2. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan 3. Bantu untuk memilih aktivitas konsisten yang

			<p>sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial</p> <p>4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan</p>
Kamis 24 Maret 2017	I	15.00	<p>S = klien mengatakan tidak muntah lagi dan hanya sesekali mual</p> <p>O = - klien tampak sudah tidak mual dan muntah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nafsu makan klien membaik - Klien tampak menghabiskan 1 porsi - Klien tampak kooperatif <p>A = Masalah teratasi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p>
	II	15.50	<p>S = Klien mengatakan sudah minum teratur sedikit tapi sering</p> <p>O = - Wajah klien nampak ceria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Turgor kulit tampak elastis - TTV <p>TD=120/80 mmHg</p> <p>N = 88x/menit</p> <p>S = 36 °C</p> <p>P = 20 x/menit</p>
	III	16.30	<p>A = Masalah teratasi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p> <p>S = klien mengatakan pusing sudah mulai berkurang</p> <p>O = - klien tampak sudah dapat berjalan ke kamar kecil secara mandiri</p> <p>A = masalah teratasi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p>

