

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS  
GRAVIDARUM DI RSUD dr . KANUJOSO DJATIWIOWO  
BALIKPAPAN TAHUN 2021**



**SAKILA OKTA DWINASARI**  
**P07220118103**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN HIPEREMESIS  
GRAVIDARUM DI RSUD dr . KANUJOSO DJATIWIWOWO  
BALIKPAPAN TAHUN 2021**

Untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (Amd.Kep)  
Pada Jurusan keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur



**SAKILA OKTA DWINASARI**  
**P07220118103**

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KALTIM  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
SAMARINDA  
2021**

## SURAT PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa hasil Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini adalah hasil saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan atau tiruan dari karya tulis ilmiah 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.

Samarinda, 3 Agustus 2021



Sakila Okta Dwinasari  
P07220118103

**LEMBAR PERSETUJUAN**  
**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISETUJUI**  
**UNTUK DIUJIKAN**

TANGGAL 3 Agustus 2021

Oleh

Pembimbing,



**Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep.,Sp.Kep.,Mat**  
**NIDN. 4013106302**

Pembimbing Pendamping



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

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Samarinda

Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

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

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis  
Gravidarum Di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021

Telah diuji  
Pada tanggal 3 Agustus 2021  
PANITIA PENGUJI

Ketua Penguji :

1. Ns. Nurhayati, S.ST.,M.Pd  
NIDN. 4024016801

  
(.....)

Penguji Anggota :

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

  
(.....)

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

  
(.....)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan      Ketua Program Studi D-III Keperawatan  
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur      Poltekkes Kemenkes Kalimantan Timur

Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes  
NIP. 196508251985503200

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

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### A. Data Diri

1. Nama : Sakila Okta Dwinasari
2. Jenis Kelamin : Perempuan
3. Tempat, Tanggal Lahir : Balikpapan, 21 Oktober 2000
4. Agama : Islam
5. Pekerjaan : Mahasiswa
6. Alamat : Jl. Jendal. Ahmad. Yani RT.69 NO.44

### B. Riwayat Pendidikan

1. SD Negeri 003 Balikpapan Tengah Tahun 2007 - 2012.
2. SMP Negeri 12 Balikpapan Kota Tahun 2012 - 2015.
3. SMA Negeri 3 Balikpapan Barat Tahun 2015 -2018.
4. Mahasiswa Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim Tahun 2018 sampai sekarang.

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti panjatkan kepada Allah Subhanahu Wa Ta'ala atas berkat dan kasih karunia-Nya yang telah diberikan kepada peneliti sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah (KTI) dalam rangka memenuhi persyaratan ujian akhir program Diploma III Keperawatan Politeknik Kesehatan Jurusan Keperawatan Kelas Balikpapan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarumd Di RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”.

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

1. Dr. H. Supriadi B., S.Kp., M.Kep selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
2. Hj. Umi Kalsum, S.Pd., M.Kes selaku Ketua Jurusan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
3. Ns. Andi Lis Arming Gandini, M.Kep selaku Ketua Prodi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim.
4. Ns. Grace Carol Sipasulta, M.Kep., Sp.Kep.Mat selaku Penanggung Jawab Prodi D-III Keperawatan Kelas Balikpapan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim. Sekaligus pembimbing I yang telah memberikan banyak bimbingan sehingga dapat menyelesaikan KTI ini dengan baik

5. Dr. Hj. Nina Mardiana, S.Pd, M.Kes selaku pembimbing II yang telah memberikan banyak bimbingan sehingga dapat menyelesaikan KTI ini dengan baik.
6. Seluruh pihak yang terkait yang tidak mungkin disebut satu persatu dalam menyelesaikan Program dan 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 dihadapan Allah.

Samarinda, 21 Maret 2021

Sakila Okta Dwinasari

**ABSTRAK**  
**“ ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU DENGAN  
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RSUD dr. KANUJOSO  
DJATIWIWOWO BALIKPAPAN 2021”**

Hiperemesis gravidarum bukan penyebab utama kematian ibu tetapi mual muntah tidak bisa dianggap ringan, apabila makanan yang dimakan selalu dimuntahkan maka zat besi tidak dapat diserap oleh janin sehingga mengakibatkan terlambatnya pertumbuhan janin, hal ini juga dapat memperburuk keadaan umum ibu. Penelitian ini bertujuan untuk memberi gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.

Penelitian ini dalam bentuk studi kasus dengan Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan, mengambil dua klien dengan kasus hiperemesis gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo. Teknik pengumpulan data adalah wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi serta instrument pengumpulan data berupa format asuhan keperawatan yang di belakukan di kampus Poltekkes Kemenkes Kaltim

Berdasarkan pengkajian dan analisa data, didapatkan 5 masalah keperawatan pada masing masing klien, perencanaan keperawatan disusun menggunakan SIKI dan SLKI sesuai dengan kondisi klien. Pelaksanaan keperawatan dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat. Pada klien 1 ada 1 masalah belum teratasi. Pada klien 2 ada 2 masalah belum teratasi.

Kesimpulan asuhan keperawatan yang telah dilakukan terdapat perbedaan pada klien 1 dan klien 2, tergantung kondisi atau status kesehatan juga kemampuan pasien dalam menghadapi masalah yang dihadapi. Diharapkan perawat harus meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya pada klien hiperemesis gravidarum.

**Kata kunci :** *hiperemesis gravidarum, asuhan keperawatan, studi kasus.*

## DAFTAR ISI

SURAT PERNYATAAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LEMBAR PERSETUJUAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
LEMBAR PENGESAHAN .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
DAFTAR RIWAYAT HIDUP .....	v
KATA PENGANTAR .....	vi
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR BAGAN .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>BAB I.....</b>	<b>1</b>
<b>PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang Masalah.....	1
B. Rumusan Masalah .....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
1. Tujuan umum .....	4
2. Tujuan khusus .....	5
D. Manfaat.....	5
1. Bagi peneliti .....	5
2. Bagi tempat penelitian.....	6
3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan .....	6
<b>BAB II.....</b>	<b>7</b>
<b>TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
<b>A. Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum .....</b>	<b>7</b>
1. Pengertian.....	7
2. Klasifikasi.....	8

3.	Etiologi .....	9
4.	Manifestasi klinis .....	10
5.	Patofisiologi .....	11
6.	Pemeriksaan Penunjang.....	12
7.	Penatalaksanaan .....	13
<b>B.</b>	<b>Konsep Masalah Keperawatan .....</b>	<b>18</b>
1.	Definisi Masalah Keperawatan .....	18
2.	Kriteria Mayor dan Minor .....	18
3.	Faktor Yang Berhubungan .....	18
4.	Pathway .....	19
5.	Masalah Keperawatan Hiperemesis Gravidarum .....	20
<b>C.</b>	<b>Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>27</b>
1.	Pengkajian .....	27
2.	Diagnosa Keperawatan.....	33
3.	Intervensi Keperawatan.....	34
4.	Implementasi Keperawatan .....	49
5.	Evaluasi Keperawatan .....	50
<b>BAB III.....</b>	<b>.....</b>	<b>51</b>
<b>METODE PENELITIAN.....</b>	<b>.....</b>	<b>51</b>
A.	Desain Penelitian.....	51
B.	Subyek Penelitian.....	51
C.	Definisi Operasional.....	52
D.	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	53
E.	Prosedur penelitian .....	53
F.	Teknik dan instrument pengumpulan data .....	54
1.	Teknik pengumpulan data .....	54
2.	Instrumen pengumpulan data .....	54
G.	Keabsahan Data.....	55
H.	Analisis data .....	55

<b>BAB IV.....</b>	<b>56</b>
<b>HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>56</b>
a. Pengkajian .....	57
b. Diagnosa Keperawatan.....	81
c. Perencanaan.....	86
1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 5.....	87
2. Perilaku gelisah menurun 5 .....	87
3. Pola tidur membaik 5 .....	87
1. Kemampuan memenuhi peran meningkat 5.....	89
2. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 5 .....	89
3. Verbalisasi terhadap kekhawatiran menurun 5 .....	89
4. Perilaku gelisah menurun 5 .....	89
5. Pola tidur membaik 5 .....	89
6. Verbalisasi kelemahan meningkat 5.....	89
d. Pelaksanaan .....	91
e. Evaluasi .....	110
B. Pembahasan .....	115
1. Pengkajian .....	115
2. Diagnosa keperawatan.....	119
3. Intervensi keperawatan.....	125
4. Implementasi keperawatan.....	126
5. Evaluasi keperawatan .....	128
<b>BAB V.....</b>	<b>130</b>
<b>KESIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>130</b>
A. Kesimpulan.....	130
B. Saran.....	131
DAFTAR PUSTAKA.....	133

## LAMPIRAN

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 pathway.....	19
------------------------	----

## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1.....	57
Tabel 4.2.....	75
Table 4.3.....	77
Tabel 4.4.....	81
Table 4.5.....	86
Table 4.6.....	92
Table 4.7.....	109

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Lembar Konsul
- Lampiran 2 Format pengkajian

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang Masalah**

Kehamilan adalah suatu keadaan dimana janin dikandung di dalam tubuh ibu, yang diawali dengan proses pembuahan, yaitu bertemunya sperma dan sel telur di dalam tuba fallopi, kemudian tertanam di dalam uterus dan diakhiri proses persalinan (Fathonah, 2016). Kehamilan memiliki beberapa komplikasi salah satu diantaranya adalah hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum merupakan mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari (Dewi, 2016).

World Health Organization (WHO) telah memperkirakan akan terjadi 210 juta kehamilan diseluruh dunia setiap tahunnya, 20 juta akan mengalami kesakitan akibat kehamilan, 8 juta mengalami komplikasi yang mengancam jiwa, > 500.000 meninggal, dan sebanyak 210.000 dari jumlah ini hampir 50% terjadi di negara-negara Asia Selatan dan Tenggara termasuk Indonesia (Prawirohardjo, 2008 dalam Shodiqoh et al., 2014). Hiperemesis gavidarum merupakan komplikasi kehamilan yang dialami oleh 12,5% dari seluruh jumlah kehamilan di dunia (World Health Organization, 2013 dalam Atiqoh, 2020).

Berdasarkan hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) pada tahun 2017 (Kemenkes RI, 2019) Angka kematian ibu di Indonesia terjadi penurunan dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran

hidup. Tetapi tidak berhasil mencapai target MDGS yang harus dicapai yaitu sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015. Masalah terbesar yang terjadi di Indonesia adalah angka kematian dan kesakitan pada wanita hamil. Diperkirakan 15% kehamilan dapat mengalami resiko tinggi dan komplikasi obstetric apabila tidak segera ditangani maka dapat membahayakan ibu maupun janinnya (Kemenkes RI, 2014).

Angka kejadian hiperemesis gravidarum pada ibu hamil di Indonesia terjadi sekitar 1-3% (Maruroh dan Ikke R, 2016:204 dalam Kadir et al., 2019). Menurut (Dinkes tahun 2019) komplikasi yang terjadi pada ibu hamil di Provinsi Kalimantan Timur berjumlah 16.479 dan di kota Balikpapan sekitar 2.739 kejadian. Meskipun hiperemesis gravidarum bukan penyebab utama kematian ibu tetapi mual muntah tidak bisa dianggap ringan, apabila makanan yang dimakan selalu dimuntahkan maka zat besi tidak dapat diserap oleh janin sehingga mengakibatkan terlambatnya pertumbuhan janin (Hackley & Barbara, 2012 dalam Abidah & Fauziyatun, 2019)

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti tetapi ada tiga faktor utama yang menjadi pengaruh diantaranya faktor predisposisi, faktor organik, dan faktor psikologis. Peningkatan hormon estrogen dan Hormon Chorionic Gonadotrophin (HCG) yang umumnya terjadi pada primigravida, mola hidatidosa, dan kehamilan ganda. Faktor

psikologis juga berperan penting pada penyakit ini, apabila tidak ditangani dapat memperberat kondisi fisiologis ibu (Dewi, 2016).

Hiperemesis gravidarum berdampak pada kondisi fisiologis ibu. Mual dan muntah secara terus menerus dapat menyebabkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi sehingga terjadi intoleransi aktifitas, dan oksidasi lemak tidak sempurna maka terjadilah ketosis. Muntah juga menyebabkan dehidrasi sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh, kehilangan volume cairan, selain itu terjadi penurunan hemokonsentrasi sehingga aliran darah ke jaringan berkurang hal ini dapat menyebabkan terjadinya iskemik. Disamping itu kondisi ini dapat mengakibatkan pendarahan gastrointestinal (Norma & Dwi, 2018).

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 (Willy, 2019).

Asuhan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat harus berkualitas, sehingga peran perawat yang dapat dilakukan pada klien dengan hiperemesis gravidarum adalah dengan memberikan motivasi dan edukasi, memberikan cairan elektrolit, memberikan dorongan kepada

pasien untuk melakukan aktifitas fisik, Klien juga dianjurkan untuk menjalani terapi nutrisi dan terapi psikologik. Asuhan keperawatan ini juga bertujuan untuk memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan klien tentang penatalaksanaan yang diberikan sehingga klien diharapkan dapat mematuhi terapi yang diberikan.(Nurarif & Kusuma, 2016)

Berdasarkan uraian fenomena diatas, data yang terdapat di Rumah Sakit Kanujoso Djatibowo Balikpapan tahun 2019 – 2021 bulan april terdapat 39 kasus Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum. Maka penulis tertarik ingin meneliti bagaimana pelaksana asuhan keperawatan pada klien Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum yang di Rumah Sakit Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka permasalahan yang dibahas pada proposal ini adalah “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan Tahun 2021”.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan umum**

Mendesripsikan hasil asuhan keperawatan pada klien Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum secara spesifik yang ditekankan pada aspek Asuhan Keperawatan dengan menggunakan metode proses keperawatan.

## **2. Tujuan khusus**

- a. Mengkaji Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- b. Menegakkan diagnosa keperawatan pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- c. Merencanakan tindakan keperawatan Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021
- e. Mengevaluasi klien Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan tahun 2021.

## **D. Manfaat**

### **1. Bagi peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadikan pengalaman belajar dilapangan dan dapat meningkatkan pengetahuan peneliti tentang Bagaimana Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan .

## **2. Bagi tempat penelitian**

Melalui hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan atau saran kepada tenaga kesehatan dan dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Hiperemesis Gravidarum sehingga dapat menjadi perantara untuk mengatasi masalah pasien dalam proses penyembuhan.

## **3. Bagi perkembangan ilmu keperawatan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber belajar dan menambah keluasan ilmu dibidang keperawatan terutama dalam pemanfaatan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Dasar Hiperemesis Gravidarum**

##### 1. Pengertian

Hiperemesis Gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan lebih dari 10 kali dalam 24 jam pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk dan dapat terjadi dehidrasi (Nurarif & Kusuma, 2016).

Hiperemesis gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan atau tidak terkendali selama masa kehamilan, yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, atau defisiensi nutrisi, dan kehilangan berat badan. (Khayati, 2013)

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi. Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti, namun diperkirakan disebabkan oleh adanya peningkatan hormon estrogen dan *Human Chorionic Gonadotrophin* (HCG). Pada umumnya wanita dapat menyesuaikan diri dengan keadaan ini, meskipun demikian gejala mual dan muntah yang berat dapat berlangsung sampai 4 bulan. Sehingga pekerjaan sehari-hari menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk (Gupitasari, 2020)

## 2. Klasifikasi

Hiperemesis Gravidarum dibagi dalam tiga tingkatan berdasarkan berat ringannya masalah, menurut (Hutahean, 2013)

### a. Tingkatan I

Mual muntah terus menerus yang dapat mempengaruhi keadaan umum sehingga penderita terlihat lemah, tidak ada nafsu makan, penurunan berat badan, nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah menurun, dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

### b. Tingkatan II

Pada tingkatan ini mual muntah yang hebat menyebabkan keadaan umum lebih parah, tingkat kesadaran apatis, turgor kulit tampak lebih menurun, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, suhu kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit ikterus, hemokonsentrasi, oligouria, dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernapasan karena mempunyai aroma yang khas, dan dapat pula ditemukan dalam urine.

### c. Tingkatan III

Pada tingkat ini keadaan umum sangat jelek, muntah berhenti, tingkat kesadaran menurun, somnolen sampai koma, dehidrasi berat, nadi kecil dan cepat, tekanan darah sangat menurun, serta suhu meningkat.

### 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. Terdapat beberapa faktor predisposisi dan faktor lain, yaitu

- a. Faktor hormonal : peningkatan hormon estrogen, progesteron dan human chorionic gonadotropin (hCG). Peningkatan hormon HCG biasanya terjadi pada wanita hamil dengan kondisi primigravida, mola hidatidosa, kehamilan ganda
- b. Faktor organik : diduga terjadi invasi jaringan villi korialis yang masuk dalam peredaran darah ibu dan perubahan metabolik akibat hamil, maka faktor alergi dianggap dapat menyebabkan kejadian hiperemesis gravidarum
- c. Faktor psikologis : keretakan rumah tangga, kehilangan pekerjaan, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan, takut terhadap persalinan, dan takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu
- d. Faktor usia : faktor usia sebagai salah satu faktor pemicu terjadinya hyperemesis gravidarum. Hal ini berkaitan dengan

stress atau faktor psikologis. Mual dan muntah yang terjadi di atas usia 35 tahun disebabkan oleh faktor psikologis. Ibu menginginkan selama proses kehamilannya tidak terjadi gangguan dan janin lahir dengan selamat. Kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun berkaitan dengan adanya kemunduran dan penurunan daya tahan tubuh serta berbagai penyakit yang sering menimpa dan penyakit mudah masuk di umur ini. Mual muntah yang terjadi pada umur 20 tahun disebabkan karena kematangan fisik belum cukup, mental, dan fungsi sosial dari calon ibu sehingga dapat menyebabkan keraguan jasmani, kasih sayang, dan perawatan anak yang akan dilahirkan. (Rofi'ah et al., 2019)

#### 4. Manifestasi klinis

Hiperemesis gravidarum menurut berat ringannya gejala dibagi dalam tiga tingkatan menurut (Amru sofian,2012):

##### a. Tingkat 1 (ringan)

Mual muntah terus menerus, keadaan lemah, tidak ada nafsu makan, berat badan menurun, rasa nyeri pada epigastrium, nadi sekitar 100 kali permenit, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, lidah mengering dan mata terlihat cekung.

##### b. Tingkat 2 (sedang)

Mual dan muntah terjadi secara terus menerus sehingga dapat menyebabkan kondisi umum pasien mulai memburuk dapat kita amati penderita mulai merasa lemas, tingkat kesadaran apatis,

turgor kulit semakin menurun, lidah mulai terlihat kering dan kotor, nadi teraba kecil dan cepat, suhu tubuh meningkat, dehidrasi, ikterus ringan, berat badan menurun, tensi menurun, hemokonsentrasi, oliguri, konstipasi dan nafas berbau aseton.

c. Tingkat 3 (berat)

Pada tingkat ini keadaan umum pasien sangat jelek, kesadaran menurun drastis, tingkat kesadaran somnolen sampai koma, nadi teraba kecil, halus dan cepat, dehidrasi berat, suhu tubuh meningkat, tekanan darah sangat menurun, icterus dan dapat berakibat fatal yaitu nistagmus, diplopia dan perubahan mental.

5. Patofisiologi

Patofisiologi hiperemesis gravidarum masih belum jelas. Namun peningkatan kadar progesterone, estrogen, dan *human chorionic gonadotropin*(HCG) dapat menjadi factor pencetus mual dan muntah. Peningkatan hormone progesterone menyebabkan otot polos pada system gastrointestinal mengalami relaksasi sehingga motilitas lambung menurun dan pengosongan lambung melambat. Refluks esofagus, penurunan motilitas lambung, dan penurunan sekresi asam hidroklorid juga berkontribusi terhadap terjadinya mual dan muntah. Hal ini diperberat dengan adanya penyebab lain berkaitan dengan faktor psikologis, spiritual, lingkungan, dan sosiokultural.

Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi pada hamil muda bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi,

ketidakseimbangan elektrolit disertai alkaliosis hipokloremik, serta dapat mengakibatkan kehilangan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Kekurangan intake dan kehilangan cairan karna muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida dalam darah menyebabkan urine turun. Selain itu, dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi sehingga menyebabkan aliran dari darah ke jaringan berkurang.

Keadaan dehidrasi dan intake yang kurang mengakibatkan penurunan berat badan yang terjadi bervariasi tergantung durasi dan beratnya penyakit. Pencernaan serta absorpsi karbohidrat dan nutrisi lain yang tidak adekuat mengakibatkan tubuh membakar lemak untuk mempertahankan panas dan energi tubuh (Yustina, 2020).

#### 6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hyperemesis 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

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. Sebaiknya hindari Makanan yang berminyak dan berbau lemak
- f. Menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makan yang banyak mengandung gula.

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak mengurang, penanganan hiperemesis gravidarum tingkat II dan III harus dilakukan rawat inap dirumah sakit dan dilakukan penaganan menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) yaitu:

a. Medika mentosa

Harus diingat untuk tidak memberikan obat-obatan yang bersifat teratogenik. Obat-obatan yang dapat diberikan diantaranya :

- 1) Suplemen multivitamin: Vitamin yang di anjurkan adalah vitamin B1 dan B6 seperti pyridoxine (vitamin B6). Pemberian pyridoxine cukup efektif dalam mengatasi mual dan muntah.
- 2) Anti histamin: Anti histamin yang di anjurkan adalah doxylamine dan dipendryamine. Pemberian anti histamin bertujuan menghambat secara langsung kerja histamin pada reseptor h1 dan secara tidak langsung mempengaruhi sistem vestibular, menurunkan rangsangan di pusat muntah.
- 3) Dopamin antagonis: Dopamine antagonis yang dianjurkan prochlorperazine, promethazine, metocloperamide.
- 4) Serotonin antagonis : serotonin antagonis yang dianjurkan adalah ondansetron biasanya diberikan pada pasien hiperemesis gravidarum yang tidak membaik setelah diberikan obat-obatan lain.

b. Terapi nutrisi

Pada kasus hiperemesis gravidarum jalur pemberian nutrisi tergantung pada derajat muntah, berat ringannya depleksi nutrisi dan penerimaan penderita terhadap rencana pemberian makanan.

Pada prinsipnya bila memungkinkan saluran cerna harus digunakan. Bila penderita dapat makan peroral, diet yang diberikan adalah makanan dalam porsi kecil namun sering, diet tinggi karbohidrat, rendah protein dan rendah lemak, hindari suplementasi besi untuk sementara, hindari makanan yang emetogenik dan berbau sehingga menimbulkan rangsangan muntah.

c. Isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, cerah, dan memiliki peredaran udara yang baik. Sebaiknya hanya dokter dan perawat saja yang diperbolehkan untuk keluar masuk kamar tersebut. Catat cairan yang keluar dan masuk. Pasien tidak diberikan makan ataupun minum selama 24 jam. Biasanya dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

d. Terapi psikologi

Perlu memberikan penjelasan kepada pasien bahwa penyakitnya dapat disembuhkan. Bantu hilangkan rasa takut karena kehamilan dan persalinan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik lainnya yang melatarbelakangi penyakit ini. Jelaskan juga bahwa mual dan muntah adalah gejala yang normal terjadi pada kehamilan muda, dan akan menghilang setelah usia kehamilan 4 bulan

e. Cairan parenteral

Cairan parenteral Resusitasi cairan merupakan prioritas utama, untuk mencegah mekanisme kompensasi yaitu vasokonstriksi dan gangguan perfusi uterus. Selama terjadi gangguan hemodinamik, uterus termasuk organ non vital sehingga pasokan darah berkurang. Pada kasus hiperemesis gravidarum, jenis dehidrasi yang terjadi termasuk dalam dehidrasi karena kehilangan cairan (*pure dehydration*). Maka tindakan yang dilakukan adalah rehidrasi yaitu mengganti cairan tubuh yang hilang ke volume normal, osmolaritas yang efektif dan komposisi cairan yang tepat untuk keseimbangan asam basa. Pemberian cairan untuk dehidrasi harus memperhitungkan secara cermat berdasarkan: berapa jumlah cairan yang diperlukan, defisit natrium, defisit kalium dan ada tidaknya asidosis.

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat, dan proteindengan glukosa 5% dalam cairan garam fisiologis sebanyak 2-3 liter sehari. Bila perlu dapat ditambahkan kalium dan vitamin, terutama vitamin B kompleks dan vitamin C, dapat diberikan pula asam amino secara intravena apabila terjadi kekurangan protein. Dibuat daftar kontrol cairan yang masuk dan yang dikeluarkan.

Urin perlu diperiksa setiap hari terhadap protein, aseton, klorida, dan bilirubin. Suhu tubuh dan nadi diperiksa setiap 4 jam dan tekanan darah 3 kali sehari. Dilakukan pemeriksaan hematokrit pada permulaan dan seterusnya menurut keperluan. Bila dalam 24 jam pasien tidak muntah dan keadaan umum membaik dapat dicoba untuk memberikan minuman, dan lambat laun makanan dapat ditambah dengan makanan yang tidak cair. Dengan penanganan ini, pada umumnya gejala-gejala akan berkurang dan keadaan aman bertambah baik.

f. Diet

Diet Ciri khas diet hiperemesis adalah penekanan pada karbohidrat kompleks terutama pada pagi hari, serta menghindari makanan yang berlemak dan goreng-gorengan untuk menekan rasa mual dan muntah, sebaiknya diberi jarak dalam pemberian makan dan minum. Diet hiperemesis gravidarum I diberikan pada hiperemesis gravidarum tingkat III, makanan hanya berupa roti kering dan buah-buahan. Diet hiperemesis gravidarum II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Diet hiperemesis gravidarum III diberikan kepada penderita dengan hiperemesis gravidarum ringan. Diet pada hiperemesis bertujuan untuk mengganti persediaan glikogen tubuh dan mengontrol asidosis secara berangsur memberikan makanan berenergi dan zat gizi yang cukup. (Hasibuan, 2018)

## **B. Konsep Masalah Keperawatan**

### 1. Definisi Masalah Keperawatan

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

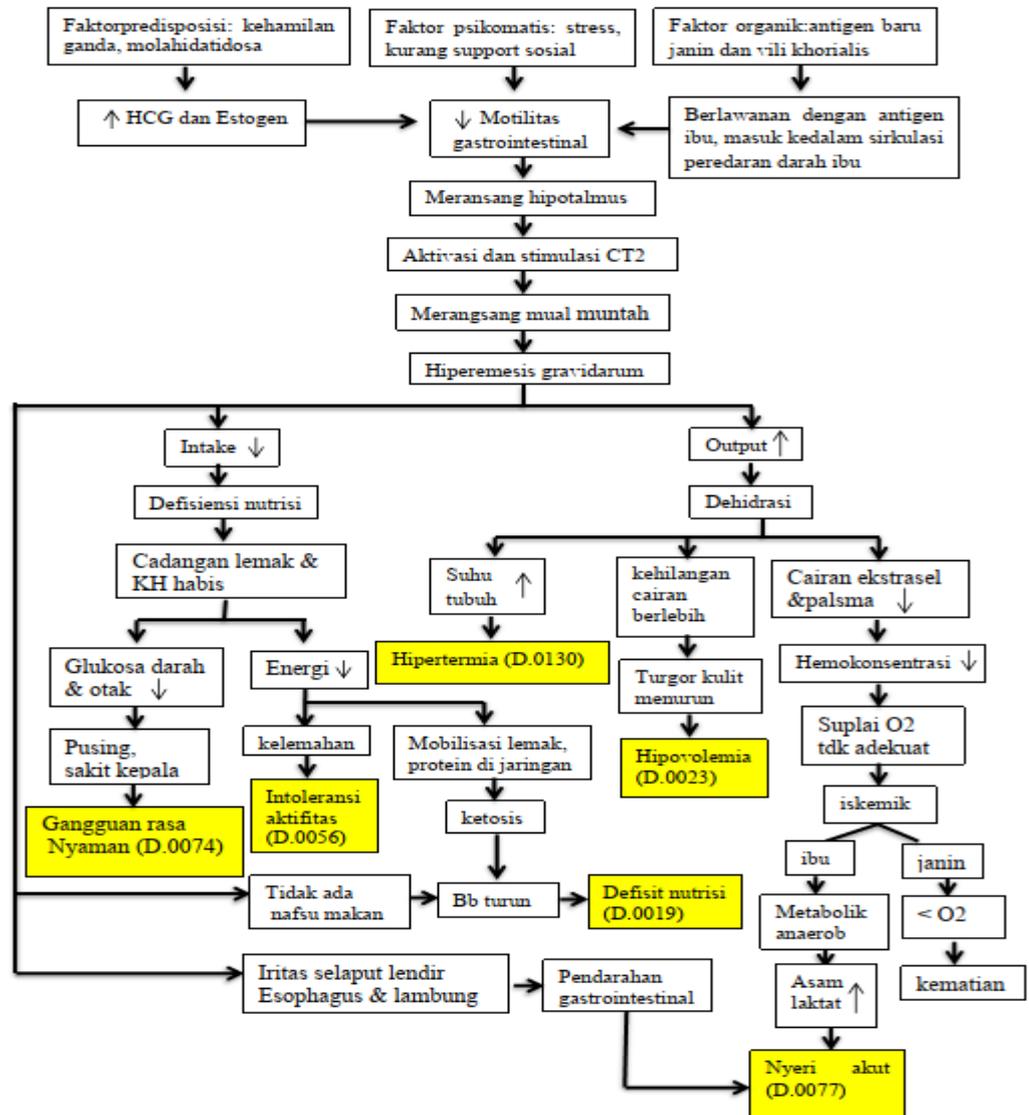
### 2. Kriteria Mayor dan Minor

Kriteria mayor adalah tanda dan gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnose. Sedangkan kriteria minor adalah tanda dan gejala yang tidak harus ditemukan, namun dapat mendukung penegak diagnose

### 3. Faktor Yang Berhubungan

Kondisi atau situasi yang berkaitan dengan suatu masalah yang dapat menunjang kelengkapan data untuk menegakan suatu diagnosis atau masalah keperawatan

## 4. Pathway



Sumber: (Gravidarum, 2019), (Husniah, 2016), (Rizki, 2013), (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

## 5. Masalah Keperawatan Hiperemesis Gravidarum

Masalah yang terjadi pada klien hiperemesis gravidarum berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017) :

### a. 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) Gejala dan Tanda Mayor

##### a) Subjektif :

(1) Mengeluh nyeri

##### b) Objektif

(1) Tampak meringis

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

(3) Gelisah

(4) Frekuensi nadi meningkat

(5) Sulit tidur

## 4) Gejala dan Tanda Minor

## a) Subjektif

(tidak tersedia)

## b) Objektif

(1) Tekanan darah meningkat

(2) Pola napas berubah

(3) Nafsu makan berubah

(4) Proses berpikir terganggu

(5) Menarik diri

(6) Berfokus pada diri sendiri

(7) Diaforesis

## 5) Kondisi Klinis Terkait

(Tidak ada)

## b. Hipovolemia (D.0023)

## 1) Definisi

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

## 2) Penyebab

a) Kehilangan cairan aktif

b) Kekurangan *intake* cairan

## 3) Gejala dan Tanda Mayor

## a) Subjektif

(tidak tersedia)

## b) Objektif

- (1) Frekuensi nadi meningkat
- (2) Nadi teraba lemah
- (3) Tekanan darah menurun
- (4) Tekanan nadi menyempit
- (5) Turgor kulit menurun
- (6) Membran mukosa kering
- (7) Volume urin menurun
- (8) Hematokrit meningkat

## 4) Gejala dan Tanda Minor

## a) Subjektif

- (1) Merasa lemah
- (2) Mengeluh haus

## b) Objektif

- (1) Suhu tubuh meningkat
- (2) Konsentrasi urin meningkat
- (3) Berat badan turun tiba-tiba

## 5) Kondisi Klinis Terkait

## a) Muntah

## c. Hipertermia (D.0130)

## 1) Definisi

Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.

## 2) Penyebab

- a) Dehidrasi
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
  - a) Subjektif
    - (tidak ada)
  - b) Objektif
    - (1) Suhu tubuh diatas nilai normal
- 4) Gejala dan Tanda Minor
  - a) Subjektif
    - (tidak ada)
  - b) Objektif
    - (1) Kulit merah
    - (2) Kejang
    - (3) Takikardi
    - (4) Takipnea
    - (5) Kulit kerasa hangat
- 5) Kondisi Klinis Terkait
  - a) Dehidrasi
- d. Defisit Nutrisi (D.0019)
  - 1) Definisi
    - Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
  - 2) Penyebab
    - a) Kurangnya asupan makan

- b) Ketidak mampuan mencerna makanan
  - c) Peningkatan kebutuhan metabolisme
  - d) Faktor psikologis (mis. Stres, keenganan untuk makan)
- 3) Gejala dan Tanda Mayor
- a) Subjektif
    - (tidak tersedia)
  - b) Objektif
    - (1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal
- 4) Gejala dan Tanda Minor
- a) Subjektif
    - (1) Cepat kenyang setelah makan
    - (2) Kram/nyeri abdomen
    - (3) Nafsu makan menurun
  - b) Objektif
    - (1) Bising usus hiperaktif
    - (2) Otot pengunyah lemah
    - (3) Otot menelan lemah
    - (4) Membran mukosa pucat
    - (5) Sariawan
    - (6) Serum albumin turun
    - (7) Rambut rontok berlebihan
    - (8) Diare

5) Kondisi Klinis Terkait

Tidak ada

e. Gangguan Rasa Nyaman (D.0074)

1) Definisi

Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial.

2) Penyebab

- a) Gejala penyakit
- b) Gangguan adaptasi kehamilan

3) Gejala dan Tanda Mayor

- a) Subjektif
  - (1) Mengeluh tidak nyaman
- b) Objektif
  - (1) Gelisah

4) Gejala dan Tanda Minor

- a) Subjektif
  - (1) Mengeluh sulit tidur
  - (2) Tidak mampu rileks
  - (3) Mengeluh kedinginan/kepanasan
  - (4) Merasa gatal
  - (5) Mengeluh mual
  - (6) Mengeluh lelah

- b) Objektif
  - (1) Menunjukkan gejala distress
  - (2) Tampak merintih/menangis
  - (3) Pola eliminasi berubah
  - (4) Postur tubuh berubah
  - (5) Iritabilitas
- 5) Kondisi Klinis Terkait
  - a) Distress psikologis
  - b) Kehamilan
- f. Intoleransi Aktivitas (D.0056)
  - 1) Definisi

Ketidak cukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
  - 2) Penyebab
    - a) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
    - b) Kelemahan
    - c) Tirah baring
  - 3) Gejala dan Tanda Mayor
    - a) Subjektif
      - (1) Mengeluh lelah
    - b) Objektif
      - (1) Frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat

- 4) Gejala dan Tanda Minor
  - a) Subjektif
    - (1) Dyspnea saat/setelat aktivitas
    - (2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas
    - (3) Merasa lemah
  - b) Objektif
    - (1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat
    - (2) Gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/stelah aktivitas
    - (3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia
    - (4) Sianosis
- 5) Kondisi Klinis Terkait
  - a) Gangguan metabolic

### **C. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan (Hutagalung, 2019). Adapun Fokus pengkajian pada klien dengan Hipertensi Gravidarum menurut Lombogia (2010) yaitu:

## Data subjektif

### a. Identitas Kiens

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

### b. Keluhan Utama

#### a) Tingkatan I (ringan)

- 1) Mual muntah terus-menerus yang mempengaruhi keadaan umum Penderita
- 2) Ibu merasa lemah
- 3) Nafsu makan tidak ada
- 4) Berat badan menurun
- 5) Merasa nyeri pada epigastrium
- 6) Nadi meningkat sekitar 100 per menit
- 7) Tekanan darah menurun
- 8) Turgor kulit berkurang
- 9) Lidah mengering
- 10) Mata cekung

b) Tingkatan II (sendang)

- 1) Penderita tampak lebih lemah dan apatis
- 2) Turgor kulit mulai jelek
- 3) lidah mengering dan tampak kotor
- 4) Nadi kecil dan cepat
- 5) Suhu badan naik (dehidrasi)
- 6) Mata mulai ikterik
- 7) Berat badan turun dan mata cekung
- 8) Tensi turun, hemokonsentrasi, oliguri dan konstipasi
- 9) Aseton tercium dari hawa pernafasan dan terjadi acetonuria

c) Tingkatan III (berat)

- 1) Keadaan umum lebih parah (kesadaran menurun dari somnolen sampai koma)
- 2) Dehidrasi hebat
- 3) Nadi kecil, cepat dan halus
- 4) Suhu badan meningkat dan tensi turun
- 5) Terjadi komplikasi fatal pada susunan saraf yang dikenal dengan enselepati wernicke dengan gejala nistagmus, diplopia dan penurunan mental
- 6) Timbul ikterus yang menunjukkan adanya payah hati.

- d) Riwayat Kesehatan Sekarang meliputi keluhan yang tengah dirasakan pasien seperti rasa mual muntah yang berlebihan dan mengganggu aktivitas klien sehari-hari yang terjadi selama masa kehamilan
- e) Riwayat kesehatan dahulu : adanya riwayat Hiperemesis Geaviadrum yang pernah diderita sebelumnya dan pernah mengalami penyakit yang berhubungan dengan saluran pencernaan yang menyebabkan mual muntah.
- f) Riwayat kehamilan : mengetahui berapa umur kehamilan ibu saat ini, dan hal-hal yang berhubungan dengan kehamilan.
- g) Riwayat Kesehatan Keluarga  
Untuk mengetahui riwayat penyakit keluarga, tanyakan apakah sebelumnya anggota dari keluarganya ada yang memiliki riwayat Hiperemesis Gravidarum seperti yang dialami klien saat ini, dan juga riwayat ginekologi dalam keluarga seperti kista, tumor dan masalah reproduksi lainnya (Ardiansyah, 2012).
- h) Pola Aktivitas Sehari-hari  
Kaji aktivitas klien sehari-hari. Apakah ada gangguan atau tidak. Kaji bagaimana klien menjalankan aktivitas sehari-hari. Apakah klien memerlukan bantuan atau tidak dalam beraktivitas. Klien mengalami Tekanan darah sistol

menurun, denyut nadi meningkat (> 100 kali per menit). Frekuensi pernapasan meningkat. Suhu kadang naik, badan lemah.

i) Data Psikososial

Ibu yang mengalami stres dan mempunyai tingkat cemas yang tinggi beresiko mengalami hipermesis gravidarum. Stress terjadi akibat perubahan hormon pada ibu hamil tanpa sadar menyebabkan respon fisiologis, respon kognitif dan respon emosi. Apabila kondisi ini terus terjadi tanpa ada perubahan tingkah laku maka akan terjadi hipermesis gravidarum pada ibu hamil. Diketahui bahwa stress harus diatasi agar tidak mengganggu kehamilan, cara yang dilakukan informan utama untuk mengatasi permasalahan yakni dengan mengubah pola tingkah laku.

Data Objektif

- a) Integritas Ego: Dapat menunjukkan labilitas emosional dari kegembiraan sampai ketakutan, marah atau menarik diri klien/ pasangan dapat memiliki pertanyaan atau salah terima peran dalam pengalaman kelahiran. Mungkin mengekspresikan ketidak mampuan untuk menghadapi suasana baru.
- b) Eliminasi: pada pasien hipermesis gravidarum apakah klien memakai Kateter urinarius atau tidak.

- c) Neurosensorik: Kerusakan gerakan pada sensori dibawah tindak anestesi spinal epidural.
- d) Nyeri/ kenyamanan: Mungkin mengeluh ketidaknyamanan dari berbagai sumber: misal nyeri penyerta, distensi kandung kemih/ abdomen, efek-efek anestesi: mulut mungkin kering.
- e) Keamanan: Jalur parenteral bila digunakan resiko terkena infeksi karena pemasangan infus dan nyeri tekan.

#### Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik Pada pemeriksaan umum pasien memiliki kesadaran yang baik (compos mentis).

- a) Sistem reproduksi, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui TFU, keadaan vagina (kebersihan) dan payudara (keadaan bentuk dan warna aerola)
- b) Sistem kardiovaskuler, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui tekanan darah, nadi dan suhu tubuh pasien
- c) Sistem perkemihan, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui frekuensi BAK dan BaB pasien dalam satu hari, warna dan bau
- d) Sistem gastrointestinal, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui pola makan pasien dan masalah pencernaan yang muncul pada pasien seperti porsi makan pasien, mual dan muntah

- e) Sistem neurologis, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui sistem neurologis pasien
- f) Sistem imunologis, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui sistem imun pasien dapat dilakukan dengan pemeriksaan suhu tubuh.
- g) Sistem integumen, pemeriksaan yang dilakukan untuk mengetahui keadaan integument pasien seperti akral, elastisitas, warna dan turgor kulit
- h) Sistem muskuloskeletal, pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui kekuatan otot, kelemahan dan kekakuan otot pasien

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (PPNI, 2017).

Penentuan diagnosa keperawatan terkait dengan masalah 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. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (mis.inflamasi, iskemia, neoplasma)

- b. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, kekurangan *intake* cairan
- c. Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi
- d. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor psikologis (mis. stress, keengganan untuk makan)
- e. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit, gangguan adaptasi kehamilan
- f. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, tirah baring, kelemahan

### 3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala rencana tindakan keperawatan yang akan dikerjakan oleh perawat dengan tujuan agar tindakan yang diberikan tepat pada klien dengan hipermesis gravidarum.

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):

1) Nyeri Akut (D.0077)

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)

Obsevasi

- 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

- 1) 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)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

### Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*
- 2) Hipovolemia (D.0023)

### 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

- 1) Hitung kebutuhan cairan
- 2) Berikan posisi *modified Trendelenburg*
- 3) Berikan asupan cairan oral

### Edukasi

- 1) Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- 2) Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis. NaCl, RL)
  - 2) Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis. Glukosa 2,5%, NaCl 0,4%)
  - 3) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, Plasmanate)
  - 4) Kolaborasi pemberian produk darah
- 3) Hipertermi (D.0130)

### Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan

diharapkan termoregulasi membaik (L.14134)

### Kriteria hasil :

- 1) Menggigil menurun
- 2) Kulit merah menurun
- 3) Monitor kadar elektrolit
- 4) Monitor haluaran urine
- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

### Intervensi :

Manajemen hipertermia (I.15506)

### Observasi

- 1) Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- 2) Monitor suhu tubuh
- 3) Monitor kadar elektrolit
- 4) Monitor keluaran urine
- 5) Monitor komplikasi akibat hipertermia

### Terapeutik

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

### Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, *jika*

*perlu*

4) Defisit Nutrisi (D.0019)

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 untk 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 nasogastric
- 6) Monitor asupan makanan
- 7) Monitor berat badan
- 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

Terapeutik

- 1) Lakukan *oral hygiene* sebelum makan, *jika perlu*
- 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan)
- 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
- 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

- 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
- 6) Berikan suplemen makanan, *jika perlu*
- 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi

#### Edukasi

- 1) Anjurkan posisi duduk, *jika mampu*
- 2) Anjurkan diet yang diprogramkan

#### Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. pereda nyeri, antiemetik), *jika perlu*
- 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, *jika perlu*

#### 8) Gangguan rasa nyaman (D.0074)

##### 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 analgesic

Terapeutik

- 1) 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)
- 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis.

suhu

ruangan, pencahayaan, kebisingan)

- 3) Fasilitasi istirahat dan tidur
- 4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- 2) Jelaskan strategi meredakan nyeri
- 3) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- 4) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- 5) Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

1) Kolaborasi pemberian analgetik, *jika perlu*

- 9) Intoleransi aktivitas (D.0056)

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

- 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan)
- 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif
- 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan
- 4) Fasilitasi duduk di samping tempat tidur

#### Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring
- 2) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang
- 3) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan

#### Kolaborasi

- 1) 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.

#### 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

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Jenis penelitian ini dalam bentuk studi kasus. Untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan klien dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

#### **B. Subyek Penelitian**

Subyek penelitian yang digunakan dalam penelitian keperawatan adalah individu dengan kasus yang akan diteliti secara rinci dan mendalam. Adapun subyek penelitian yang akan diteliti berjumlah dua kasus yang sama dan kriteria yang sesuai. Dengan kriteria sebagai berikut:

##### **1. Kriteria inklusi**

- a. Ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum yang memerlukan perawatan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo
- b. Ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum yang bersedia dilakukan asuhan keperawatan.
- c. Ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum primigravida maupun multigravida.

## 2. Kriteria Eksklusi

- a. Ibu dengan penurunan kesadaran.
- b. Ibu dengan kehamilan normal
- c. Ibu hamil dengan Hiperemesis Gravidarum yang tinggal diluar Balikpapan

## C. Definisi Operasional

Defenisi Operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

### 1. Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis Gravidarum adalah mual muntah yang berlebihan lebih dari 10 kali dalam 24 jam terjadi pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari hari sehingga keadaan umumnya menjadi buruk dan dapat terjadi 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 melalui metode proses keperawatan meliputi pengkajian dengan menggunakan format pengkajian yang ditetapkan oleh poltekkes kemenkes kaltim, menegakkan diagnose keperawatan menggunakan SDKI, menyusun rencana keperawatan menggunakan SIKI dan SLKI, melaksanakan rencana tindakan, dan mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien yang mempunyai diagnose medis dengan hiperemesis gravidarum.

#### **D. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi penelitian pada kasus ini yaitu di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo. Waktu penelitian ini dilaksanakan dalam waktu 3-6 hari di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo.

#### **E. Prosedur penelitian**

1. Penelitian ini diawali dengan penyusunan proposal penelitian dengan menggunakan metode studi kasus.
2. Setelah disetujui oleh penguji proposal maka penelitian dilanjutkan dengan kegiatan pengajuan izin pengumpulan data di lokasi penelitian.
3. Kegiatan penelitian dilanjutkan dengan menemui responden yang akan dijadikan subyek penelitian untuk menjelaskan maksud, tujuan dan manfaat dilakukannya penelitian serta meminta persetujuan/*informed consent*.
4. Setelah melakukan *informed consent* maka penelitian dilanjutkan dengan pengumpulan data melalui proses asuhan keperawatan. Data yang didapat berupa hasil pengkajian, observasi, wawancara terhadap kasus yang dijadikan subyek penelitian.
5. Merumuskan diagnosa pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum
6. Menentukan intervensi keperawatan sesuai masalah keperawatan.

7. Melakukan evaluasi segera setelah tindakan dilakukan dan rekapitulasi serta kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan selama 5 hari dengan melihat tujuan yang telah tercapai.
8. Data-data yang diperoleh selanjutnya diolah dan hasilnya dituangkan dalam bentuk narasi.

## **F. Teknik dan instrument pengumpulan data**

### **1. Teknik pengumpulan data**

Adapun cara pengumpulan data pada penyusunan studi kasus ini antara lain :

#### **a. Wawancara**

Wawancara yaitu hasil anamnesa berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang- dahulu- keluarga dan lain-lain. Sumber data yang didapat bisa dari klien, keluarga atau rekam medik.

#### **b. Observasi dan pemeriksaan fisik**

Observasi dan pemeriksaan fisik dilakukan dengan cara melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi pada tubuh klien.

### **2. Instrumen pengumpulan data**

Alat atau instrument pengumpulan data menggunakan format pengkajian Asuhan keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku di Poltekkes Kemenkes Kaltim.

### **G. Keabsahan Data**

Keabsahan data dimaksudkan untuk membuktikan kualitas data atau informasi yaitu mengumpulkan informasi utama langsung dari klien dan keluarga, data hasil pemeriksaan fisik dan catatan rekam medis, serta perawat diruangan klien dirawat.

### **H. Analisis data**

Setelah mengumpulkan data melalui observasi, wawancara, dan studi dokumentasi selanjutnya melakukan analisis data. Data yang dikumpulkan tersebut dapat berupa data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien berupa suatu pendapat terhadap suatu situasi atau kejadian. Sedangkan data objektif adalah data yang dapat diobservasi dan diukur, yang diperoleh menggunakan pancaindera (melihat, mendengar, mencium, dan meraba) selama pemeriksaan fisik. Dari data tersebut, selanjutnya peneliti menegakkan diagnose keperawatan. Kemudian peneliti menyusun intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi atau penatalaksanaan serta mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan yang terletak di Jalan MT Haryono No. 656 Balikpapan. RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo atau dahulu dikenal dengan RSU Balikpapan, rumah sakit ini dibuka sejak tanggal 12 September 1949 dan pada tahun 2017 telah terakreditasi Paripurna.

Fasilitas yang tersedia di RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo antara lain: rawat jalan, penunjang, pelayanan VIP, rawat inap dan fasilitas umum. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari 44 poliklinik, *medical check up* dan *resume* medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi dan hemodialisa dan untuk fasilitas rawat inap terdiri dari 23 ruang rawat inap.

Pada penelitian ini peneliti menggunakan ruang rawat inap yaitu Ruangan Flamboyan C dari tanggal 03 Mei - 1 juli 2021. Ruang Flamboyan C adalah ruangan yang dikhususkan merawat klien anak dan maternitas. Ruangan Flamboyan C terletak di lantai dua RSUD dr Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.

Batasan-batasan Ruangan Flamboyan C yaitu sebagai berikut: sebelah timur terdapat Ruangan Flamboyan E, sebelah selatan terdapat

Ruangan Flamboyan B, sebelah utara berbatasan dengan anggrek hitam dan sebelah barat berbatasan langsung dengan lapangan parkir pengunjung RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo. Bangunan Ruang flamboyant C terdiri dari 8 kamar tidur dengan kapasitas 32 tempat tidur. 1 ruang tindakan, 1 ruang pemandian bayi dan 1 gudang. Kasus yang dirawat di ruangan Flamboyan C meliputi kasus, DHF, Bronkopneumonia, Pneumonia, Diare, Thalasemia, dan maternitas meliputi post partum , SC, dan lain nya. Hasil yang diperoleh disajikan pada tabel sebagai berikut :

## 2. Gambaran Asuhan Keperawatan

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

### a. Pengkajian

**Tabel 4.1**

Pengkajian Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum Di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Item pengkajian	Klien 1	Klien 2
<b>A. Data demografi</b>		
Nama	Ny.U	Ny. R
Umur	27 tahun	32 tahun
Pendidikan	SMA	S1
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Karyawan swasta
Status pernikahan	Menikah	Menikah
Lama pernikahan	1 tahun 6 bulan	8 bulan

Agama	Islam	Islam	
Suku	Jawa	Banjar	
No. Rm	XX.XX.XX	XX.XX.XX	
Sumber informasi	Klien	Klien	
Tanggal pengkajian	Senin 03 Mei 2021	selasa 29 juni 2019	
<b>B. Pengkajian stimuli umum</b>			
2.	Alasan masuk RS	<p>DS: klien mengatakan mual dan muntah terus menerus kurang lebih 10 kali sejak 2 hari lalu.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>G2P1A0</li> <li>Usia Kehamilan 11 minggu</li> </ol>	<p>DS:klien mengatakan tidak tahan mual dan muntah lebih dari 10x sejak 1 hari lalu tidak berhenti dari pagi sampai tengah malam.</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>G1P0A0</li> <li>Usia Kehamilan 10 minggu</li> </ol>
3..	Riwayat penyakit sekarang	<p>DS : Ny.U usia 27 tahun dengan riwayat obstetric G2P1A0, usia kehamilan 11 minggu, HPHT 9 Februari 2021, Taksiran persalinan 16 November 2021, memiliki BB 53 kg, TB 155 cm, Lila 24 cm. Mengatakan hamil anak pertama untuk pernikahan yang kedua dan sudah pernah USG 1x Ny.U mengatakan kehamilannya memang di rencanakan sejak awal menikah. Klien mengatakan mual dan muntah sejak 2 minggu yang lalu, kemudian klien melakukan kontrol kandungan rutin di klinik IS, pulang dari kontrol kandungan diberikan obat anti mual dan vitamin tetapi obatnya tidak mempan, Ny.U masih mengalami mual, muntah dan sejak 2 hari yang lalu frekuensi mual muntahnya bertambah kurang lebih 10 kali, disertai nyeri ulu hati, lemas, pusing dan tidak ada nafsu makan lalu akhirnya Ny.U di bawa ke IRD RSUD</p>	<p>DS : Ny.R usia 32 tahun dengan riwayat obstetric G1P0A0, dengan usia kehamilan 10 minggu, HPHT 12 April 2021, taksiran Persalinan 19 Januari 2021, memiliki BB 68 kg, TB 159 cm, Lila 30 cm. Mengatakan mual muntahnya di pagi hari sejak 2 minggu yang lalu kemudian klien pergi ke klinik IS untuk memeriksakan diri sekalian kontrol kandungan, klien di berikan obat anti mual dan vitamin, klien mengatakan obatnya tidak mempan. Frekuensi mual muntahnya makin sering sejak kemarin mulai dari pagi sampai tengah malam tidak berhenti, klien mengatakan keluhannya saat ini membuatnya merasa tidak nyaman karena hamper setiap jam muntah, badan terasa lemas, setiap kali habis</p>

		<p>Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan oleh orangtuanya. Ny.u mengatakan saat ini muntah berkurang 5x tetapi masih terasa mual sehingga klien tidak bisa makan dan minum setiap kali makan dan minum pasti dimuntahkan kembali, porsi makan kecil (2 sendok), nyeri ulu hati, pusing, dan badan masih terasa lemas. Klien mengatakan tidak nyaman dengan keluhannya saat ini membuatnya sulit tidur, Ny.U mengatakan sejak dirinya sakit klien tinggal bersama dengan orang tuanya, karena suaminya berkerja di lokasi, Klien juga mengatakan dirinya sedih karna suaminya tidak menemaninya saat sakit dan sudah 3 hari tidak ada kabar, sehingga membuat klien khawatir.</p> <p>Ny.U mengatkan kehamilan anak pertama Ny.U pernah mengalami mual dan muntah tetapi hanya pagi hari saja, tidak ada mengalamai penurunan BB, anak pertama lahir secara normal berjenis kelamin laki laki dengan PB 49 cm, BB 3,9 kg, dan persalinan dibantu bidan.</p> <p>DO : klien tampak terpasang infus Ringer Laktat, klien tampak mual saat bercerita, pasien tampak lemas.</p>	<p>makan pasti akan muntah, tapi klien tetap paksa nyemil agar perutnya tidak kosong, klien mengatakan tidak bias menicum aroma minyak wangi, parfum ruangan, bau masakan (sambel, ikan). Klien mengatakan merasa stres dan tidak kuat dengan keluhannya yang tidak berkurang akhirnya klien meminta suaminya untuk mengantarkannya ke IRD RSUD Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Klien mengatakan mual dan muntahnya saat ini berkurang, muntah 3x, badan terasa lemas, nyeri ulu hati, aktivitas fisik klien di bantu oleh suami, klien mengatakan tidak nyaman dengan keluhannya saat ini yang membuatnya sulit untuk tidur Klien mengatakan stress pekerjaannya banyak menumpuk karena keluhan hamilnya saat ini. Ditambah lagi klien merasa cemas dengan usianya yang sudah tidak muda lagi yang sangat beresiko untuk hamil dan melahirkan.</p> <p>DO : klien masih terpasang infus Nacl 0.9%, pasien tampak lemas, terkadang klien tampak mual saat berbicara</p>
4.	Riwayat Penyakit lalu	<p>DS: Klien mengatakan hamil pertama pernah mengalami mual muntah tetapi hanya di pagi hari saja, tidak mengalami penurunan berat badan. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag sejak dia gadis</p> <p>DO : dari data rekam medik dan informasi klien.</p>	<p>DS : klien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag kurang lebih 10 tahunan. Klien mengatakan tidak pernah sampai dirawat paling hanya konsultasi ke dokter</p> <p>DO : dari data rekam medik dan informasi klien</p>
5.	Riwayat penyakit keluarga	<p>DS: Klien mengatakan keluarga tidak ada yang</p>	<p>DS: Klien mengatakan keluarga ada yang</p>

		memiliki penyakit keturunan seperti tekanan darah tinggi, kencing manis, batuk darah dll. DO: Dari data rekam medik, klien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan keluarga	memiliki riwayat penyakit jantung tetapi klien tidak tau apakah penyakit itu menurun kepadanya atau tidak DO: Dari data rekam medik, klien tidak memiliki riwayat penyakit keturunan keluarga
6.	Riwayat ANC	DS : klien mengatakan rutin periksa kehamilan ,sudah 2x melakukan pemeriksaan kehamilan. Diusia kehamilan 4 minggu dan 8 minggu dengan keluhan mual dan muntah DO : dari buku Kia klien dapat obat vitamin dan obat mual dan muntah	DS : klien mengatakan rutin periksa kehamilan,sudah 2x melakukan pemeriksaan kehamilan. Diusia 4 minggu dan 8 minggu klien mengatakan mual dan muntah dan mendapatkan vitamin dan obat mual dan muntah DO : dari buku Kia klien dapat obat vitamin dan obat mual dan muntah
7.	Riwayat obstetrik dan genekologi	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 6 kali,keluhan saat haid nyeri pinggang DO: klien saat ini hamil 11 minggu	DS: Klien mengatakan haid pertama pada usia 11 tahun, lama haid sekitar 4 hari, tidak teratur, dengan siklus haid 30 hari lebih, klien mengganti pembalut dalam 24 jam sebanyak 3-4 kali, klien mengalami payudara bengkak, dan nyeri perut tidak berlebihan DO: klien saat ini hamil 10 minggu
8.	Status obstetrik	DS: Klien mengatakan hamil ke 2 melahirkan 1 keguguran 0. Klien mengatakan taksiran persalinan kata dokter 16 november 2021 DO: data di dapat berdasarkan buku KIA klien dan informasi klien. Tfu belum teraba saat dilakukan pemeriksaan.	DS: klien mengatakan hamil 1 melahirkan 0 keguguran 0. Klien mengatakan taksiran persalinan menurut bidan puskesmas 19 januari 2021 DO: data di dapat berdasarkan buku KIA klien dan informasi klien. Tfu belum teraba saat dilakukannya pemeriksaan
9.	Riwayat persalinan yang lalu	DS: pasien mengatakan pernah mengalami persalinan, anak pertama klien berjenis kelamin laki-laki umur sekarang 7 tahun dengan panjang badan saat lahir 49cm dan berat badan lahir 3,9 kg persalinan dibantu bidan.	DS: klien mengatakan tidak pernah mengalami persalinan sebelumnya. DO: dari data rekam medik klien dan informasi klien, diagnosa klien G1POA0

		DO: dari data rekam medik klien dan informasi klien, diagnosa klien G2P1A0	
10.	Riwayat perkawinan	DS: klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan kedua, lama menikah sudah 1 tahun 6 bulan, klien dan pasangan bukan single partner. DO: saat ini klien tidak ditemani suaminya karena bekerja di lokasi.	DS: klien mengatakan sudah menikah, saat ini pernikahan pertama, lama menikah sudah 8 bulan, klien dan pasangan bukan single partner. DO: klien ditemani oleh suami saat ini
11.	Riwayat ginekologi	DS: klien mengatakan pernah mengalami keputihan warna jernih tidak bau dan tidak gatal, tidak ada bintik dan luka di vagina, tidak pernah mengeluh nyeri haid yang berlebihan, tidak pernah mengalami perdarahan diluar siklus haid, pasangan klien tidak pernah mengalami penyakit menular seksual DO: data di dapat berdasarkan rekam medik dan informasi klien.	DS: klien mengatakan pernah mengalami keputihan warna jernih tidak bau dan tidak gatal, tidak ada bintik dan luka di vagina, tidak pernah mengeluh nyeri haid yang berlebihan, tidak pernah mengalami perdarahan diluar siklus haid, pasangan klien tidak pernah mengalami penyakit menular seksual DO: data di dapat berdasarkan rekam medik dan informasi klien.
12.	Riwayat KB	DS: klien mengatakan menggunakan KB IUD selama 7 tahun DO : dari data rekam medik klien dan informasi klien tidak menggunakan KB saat ini	DS: klien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi atau KB sebelumnya. DO : dari data rekam medik klien dan informasi klien tidak menggunakan KB saat ini
<b>C. First Level Assessment</b>			
<i>1. Physiologi-physical mode</i>			
a.	Oksgenasi	DS: klien mengatakan tidak merasa sesak DO: bentuk dada klien normal dan simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, respirasi 20x/menit, suar nafas veikuler, tidak terdengar ronchi, wheezing, CRT : <3 detik, bibir tidak sianosis, akral hangat, letak apex cordis ICS ke 5, bunyi jantung S1 & S2 normal, nadi 98x/menit, reguler, tekanan darah 90/70	DS: klien mengatakan tidak merasa sesak DO: bentuk dada klien normal dan simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, respirasi 19x/menit, suara nafas veikuler, tidak terdengar ronchi, wheezing, CRT : <3 detik, bibir tidak sianosis, akral hangat, letak apex cordis ICS ke 5, bunyi jantung S1 & S2 normal, nadi

		mmHg, tidak clubbing finger.	85x/menit, reguler, tekanan darah 116/72mmHg, tidak clubbing finger.
b.	Nutrisi	<p>DS: klien mengatakan di rs makan dalam sehari 3 kali, dengan porsi kecil, jenis makanan bubur, lauk-pauk, buah. Klien mengatakan berat badan sebelum hamil 55 kg dan tinggi 155 cm, klien mengatakan berat badannya turun, dan nafsu makannya berkurang</p> <p>DO : porsi makan siang tidak habis, anoreksia, bising usus 7-8x/menit, berat badan 53 kg, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 21 (berat badan normal), LILA klien 24 cm, mukosa bibir kering, tidak mengalami sariawan, tidak kesulitan menelan, konjungtiva tidak anemis.</p>	<p>DS : klien mengatakan makan dalam sehari 3 kali, dalam porsi kecil, jenis makanan bubur, lauk-pauk, buah. Klien mengatakan berat badan sebelum hamil 69 kg dan tinggi 159 cm, klien mengatakan berat badannya turun</p> <p>DO: porsi makan tidak habis, tidak anoreksia, bising usus 6-7x/menit, berat badan 68 kg, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 26,8 (overweight), LILA klien 30 cm, mukosa bibir lembab, tidak mengalami sariawan, tidak kesulitan menelan, konjungtiva tidak anemis.</p>
c.	Eliminasi	<p>DS: klien mengatakan beberapa hari terakhir buang air kecil 2-3x/hari, warna kuning pekat, bau urea, tidak nyeri saat BAK, tidak ada darah dalam urin. Klien mengatakan buang air besar 1 kali sehari dengan teratur, konsistensi padat warna kuning kecoklatan, tidak ada bau khas, tidak ada lendir, tidak ada darah, tidak ada nyeri saat buang air besar, dan tidak mengalami konstipasi (sembelit)</p> <p>DO : klien saat ini tidak terpasang cateter.</p>	<p>DS: klien mengatakan buang air kecil 5-6x/ hari, warna kuning jernih, bau urea, tidak nyeri saat BAK, tidak ada darah dalam urin. Klien mengatakan buang air besar 1 kali sehari dengan teratur, konsistensi padat warna kecoklatan, tidak ada bau khas, tidak ada lendir, tidak ada darah, tidak ada nyeri saat buang air besar, dan tidak mengalami konstipasi (sembelit)</p> <p>DO : klien saat ini tidak terpasang cateter.</p>
d.	Aktivitas dan istirahat	<p>DS: Klien mengatakan pekerjaannya sebagai IRT, klien mengatakan tidak tidur siang dan tidur malam sekitar 6-7 jam, selalu istirahat setelah melakukan aktivitas kurang lebih 2 jam, klien mengatakan mudah lelah, kondisi saat ini mengganggu istirahat dan tidur, mual</p>	<p>DS: Klien mengatakan pekerjaannya sebagai karyawan swasta, klien mengatakan jarang tidur siang kurang lebih 1 jam dan tidur malam sekitar 5-6 jam, selalu istirahat setelah melakukan aktivitas kurang lebih 2 jam, klien mengatakan</p>

		<p>muntah tidak hilang dengan istirahat tidur, sering istirahat untuk mengurangi mual muntah, klien mengatakan tidak ada nyeri sendi dan tidak memerlukan bantuan saat beraktivitas</p> <p>DO : klien tampak lemas, klien tidak mengalami keterbatasan gerak, dan tidak terdapat edema pada ekstermitas</p>	<p>mudah lelah, kondisi saat ini mengganggu istirahat dan tidur, mual dan muntah tidak hilang dengan istirahat dan tidur, klien mengatakan sering istirahat untuk mengurangi mual mntah, klien mengatakan tidak mengalami nyeri sendi, klien mengatakan memerlukan bantuan saat beraktivitas.</p> <p>DO : klien tampak kurang nyaman, lemas, klien tidak mengalami keterbatasan gerak, klien saat ini berbaring saja, dan tidak terdapat edema pada ekstermitas.</p>
e.	Keamanan	<p>DS: klien mengatakan ANC teratur, klien mengatakan mengikuti nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan, tablet besi diminum secara teratur, tidak ada nyeri punggung, dan pada saat dirumah sakit melakukan perawatan diri dengan seka-seka dan sikat gigi setiap pagi dan sore.</p> <p>DO : klien tampak kooperatif saat perawatan di RS. Terpasang pagar tempat tidur kanan dan kiri.</p>	<p>DS: klien mengatakan ANC teratur, klien mengatakan mengikuti nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan, tablet besi diminum secara teratur, tidak ada nyeri punggung, dan pada saat dirumah sakit melakukan perawatan diri dengan seka-seka dan sikat gigi setiap pagi dan sore.</p> <p>DO : klien tampak kooperatif saat perawatan di RS. Terpasang pagar tempat tidur kanan dan kiri.</p>
f.	Sensori	<p>DS: klien mengatakan tidak ada nyeri dan tidak pernah kesemutan pada kaki dan tangan.</p> <p>DO: klien tidak menggunakan kaca mata, klien mengalami penurunan sensori pengecap, indra penciuman klien tidak mengalami penurunan, klien dapat mencium aroma makanan, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, klien dapat mendengar suara perawat, klien juga dapat melihat keberadaan perawat, dan pupil simetris</p>	<p>DS: klien mengatakan tidak pernah kesemutan pada kaki dan tangan, klien mengatakan tidak mengalami baal pada ekstremitas.</p> <p>DO: klien menggunakan kaca mata, klien tidak mengalami penurunan sensori, klien dapat melihat keberadaan perawat, indra penciumn klien tidak mengalami penurunan, klien dapat mencium aroma makanan, klien tidak menggunakan alat bantu dengar, klien dapat mendengar suara</p>

			perawat dan pupil simetris
g.	Cairan dan elektrolit	DS : klien mengatakan minumnya sedikit 400cc, klien mengatakan tidak memiliki kebiasaan minum teh/kopi. DO : klien terpasang infus RL 500cc 20 tpm, turgor kulit kering.	DS : klien mengatakan minumnya kurang lebih 1000cc tetapi harus sedikit sedikit, kalau langsung banyak klien merasa mual, klien tidak memiliki kebiasaan minum teh/kopi. DO : klien terpasang infus Nacl 500cc 20 tpm, turgor kulit elastis.
h.	Fungsi neurologi	DS : klien mengatakan tidak cemas dengan kondisinya, klien mengatakan sedih memikirkan suaminya yg tidak menemaninya saat sakit ini dan stress suaminya tidak ada kabar selama 3 hari ini, takut terjadi apa apa, klien mengatakan selalu cemas jika suaminya berkerja di lokasi. DO : kesadaran compos mentis, orientasi baik, klien dapat menyebutkan keberadaannya, ingatan klien baik, klien dapat mengingat masa lalu.	DS : klien mengatakan cemas dengan keadaan janin dan juga proses persalinannya nanti, klien mengatakan stress banyak yang dipikirkan, keluhannya yg tidak kunjung membaik dan pekerjaannya banyak yang tertunda dan menumpuk DO : kesadaran compos mentis, orientasi baik, klien dapat menyebutkan keberadaannya, ingatan klien baik, klien dapat mengingat masa lalu.
i.	Fungsi endokrin	DS : klien mengatakan tidak menggunakan insulin DO : klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	DS : klien mengatakan tidak menggunakan insulin DO : klien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
j.	Kolaborasi dengan dokter	DS : - DO : obat yang klien peroleh 3 mei 2021 - sucralfat 3x1 - RL 20 tpm - metoklopramid 3x1	DS : - DO : obat yang klien peroleh 29 Juni 2021 - Nacl 20tpm - ranitidin 2x5 - ondancentron 3x8gram - sulfrafat sirup 3x1
2. Self concept mode (konsep diri)			
a.	Physical self	DS : klien mengatakan menerima kehamilannya dengan sangat bahagia, klien mengatakan memang merencanakan kehamilannya, klien mengatakan tidak merasa malu dengan perubahan bentuk tubuhnya karna baginya ini hal yang wajar saat hamil, klien tidak membatasi aktifitasnya saat	DS : klien mengatakan sangat bahagia, dan sangat menunggu kelahiran anak pertamanya ini, klien mengatakan kehamilan ini tidak direncanakan, tetapi tidak ada niat untuk menunda kehamilan, klien tidak ada masalah dengan perubahan bentuk tubuh karena merasa wajar

		<p>hamil, hubungan dengan keluarga baik, suami sangat mendukung kehamilannya, hubungan klien dengan teman dan tetangganya baik baik saja</p> <p>DO : klien tampak bersosialisasi dengan baik kepada klien lain dan perawat.</p>	<p>dengan perubahan bentuk tubuh saat hamil, klien tidak membatasi aktivitasnya setelah hamil, klien tetap bekerja seperti biasa hanya saja klien memang 1 minggu ini sudah izin tidak masuk kerja karena keluhannya ini, hubungan klien dengan keluarga, suami, teman dan tetangga sangat baik.</p> <p>DO : klien tampak bersosialisasi dengan baik kepada klien lain dan perawat.</p>
b.	Personal self	<p>DS : klien percaya bisa menjaga kandungannya dengan baik apalagi sebelumnya sudah pernah hamil. klien mengatakan kepada percaya kepada tuhan klien selalu berdoa semoga selalu di beri kesehatan</p> <p>DO : klien tampak berdoa jika ingin melakukan sesuatu.</p>	<p>DS : klien mengatakan percaya bisa menjaga kandungannya dengan baik, klien juga percaya kepada tuhan dan selalu berdoa untuk diberi kesehatan dan keselamatan saat persalinan nanti.</p> <p>DO : klien tampak berdoa jika ingin melakukan sesuatu</p>
3.	Role performance mode (fungsi peran)	<p>DS : klien mengatakan sudah sangat siap menjadi orangtua karena sudah ada pengalaman merawat anak pertamanya, klien mengatakan sudah bukan peran baru lagi baginya karena sudah mempunyai 1 anak yang jelas klien merasa bahagia, keluarga sangat menerima terutama suami dan keluarganya sangat menunggu kehadiran anggota baru</p> <p>DO : klien tampak sedih karna tidak ada suami ataupun keluarga yang mendampinginya.</p>	<p>DS : klien mengatakan, siap untuk banyak belajar menjadi orangtua yang baik, klien juga sudah banyak belajar dari orangtuaanya cara mengasuh anak, klien juga merasa bahagia karena sebentar lagi akan menjadi seorang ibu, dan keluarga sangat menunggu kehadiran anggota baru.</p> <p>DO : suami mendampingi saat klien berada di rumah sakit</p>
4.	Interdependence mode (interdependensi)	<p>DS : klien mengatakan keluarganya sangat mendukung kehamilannya baik secara fisik maupun psikologisnya klien sudah berencana untuk melahirkan bayi secara normal dan merawat bayinya sendiri bersama dengan suami.</p> <p>DO : klien tampak sedih</p>	<p>DS : klien mengatakan keluarganya sangat mendukung kehamilannya, selalu memberinya semangat dan pengertian kalau mual muntah hal yang wajar saat hamil, klien juga sudah berencana untuk melahirkan secara normal</p>

		karena tidak ada yang menemaninya di RS	dan merawat bayinya sendiri bersama suami. DO : suami klien menemani saat di RS
<b>D. Second level assessment</b>			
1.	Stimulus fokal	DS : klien mengatakan saat ini mual muntah, nyeri ulu hati, nafsu makan tidak ada karena makanan tidak ada rasa , badan masih terasa lemas. DO : klien tampak lemas, porsi makan tidak habis	DS : klien mengatakan saat ini merasa mual, muntah, asam lambung meningkat, badan masih terasa lemas, makan sedikit tapi sering. DO : klien tampak lemas, porsi makan tidak habis
2.	Stimulus kontekstual	DS : klien mengatakan merasa sedih karena suaminya yang tidak bisa mendampingi saat sakit, ditambah lagi sudah 3 hari suaminya tidak ada kabar klien merasa khawatir jika terjadi sesuatu pada suaminya itulah yang membuat klien tambah stress dan kondisinya menurun sehingga harus di bawa ke rumah sakit. DO : klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya, dan saat berbicara sesekali klien tampak tidak menatap mata perawat, hanya ibunya saja yang menunggunya di RS	DS : klien menerima kehamilannya. Tetapi klien juga merasa cemas mengingat usianya yang sudah tidak muda, klien mengatakan keluhannya saat ini tidak kunjung berkurang yang mengakibatkan kerjanya tertunda dan menumpuk yang membuat klien stress, ditambah lagi klien tidak bisa mencium aroma minyak wangi, pengharum ruangan, dan masakan (sambel, ikan). DO : klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya, hanya suami yang menemani di RS
3.	Stimulus residul	DS : klien mengatakan sudah pernah mengalami mual muntah saat kehamilan pertama walaupun tidak sampai dirawat di RS, sehingga klien paham dengan kondisinya sekarang. DO : klien tampak terbiasa dengan keadaannya saat ini	DS : klien mengatakan ini kehamilan pertama baginya, klien mempunyai keluarga yang pernah mengalami mual dan muntah tetapi tidak separah klien. Klien mrngatakan stress karena merasa tersiksa dengan keluhan yang dirasakan saat ini sehingga klien meminta kepada suaminya untuk di bawa saja ke RS DO : klien tampak cemas dengan keadaannya saat ini
<b>E. Pemeriksaan fisik</b>			
a.	kepala	<b>DO :</b> - Tidak ada edema pada wajah	<b>DO :</b> - Tidak ada edema pada wajah

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Konjungtiva tidak anemis</li> <li>- sclera tidak ikterik</li> <li>- tidak ada secret pada hidung</li> <li>- mukosa bibir kering.</li> <li>- Mata tampak cekung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- konjungtiva tidak anemis</li> <li>- sclera tidak ikterik</li> <li>- tidak ada secret pada hidung</li> <li>- mukosa bibir lembab.</li> <li>- Mata tampak cekung</li> </ul>
b.	Payudara	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puting susu datar tidak terdapat lecet</li> <li>- Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara</li> <li>- tidak ada benjolan</li> </ul>	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Puting susu datar tidak terdapat lecet</li> <li>- Tidak adanya nyeri tekan pada kedua payudara</li> <li>- tidak ada benjolan.</li> </ul>
c.	Abdomen	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perut belum terlihat membesar</li> <li>- tidak ada bekas luka operasi</li> <li>- bising usus 7-8 kali/menit</li> <li>- tftu belum teraba</li> <li>- ballottement teraba</li> <li>- distensi abdomen tidak ada.</li> </ul>	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perut belum terlihat membesar</li> <li>- bekas luka operasi tidak ada</li> <li>- bising usus 6-7 kali/menit</li> <li>- Tftu belum teraba</li> <li>- Ballottement teraba</li> <li>- distensi abdomen tidak ada.</li> </ul>
d.	Genitalia	<b>DS :</b> Klien mengatakan ganti pembalut 6 kali/sehari <b>DO :</b> -sesuai dengan informasi klien	<b>DS :</b> Klien mengatakan ganti pembalut 4 kali/sehari <b>DO :</b> -sesuai dengan informasi klien
e.	Ekstremitas	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak di temukan edema pada ekstermitas</li> <li>- varises tidak ada</li> <li>- reflek patella positif.</li> </ul>	<b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak di temukan edema pada ekstermitas</li> <li>- varises tidak ada</li> <li>- reflek patella positif.</li> </ul>
<b>E. Pemeriksaan penunjang</b>			
1.	Darah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin : 11.7 g/dl</li> <li>- Leukosit : 7.29 10<sup>6</sup>/uL</li> <li>- Eritrosit : L 4.6 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hematocrit : H 47.3 %</li> <li>- Trombosit : 246 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Neutrofil : 59,4 %</li> <li>- Limfosit : 21.5 %</li> <li>- Monosit : H 9.5 %</li> <li>- Glukosa sewaktu : 78 mg/dL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hemoglobin : 12.1 g/dl</li> <li>- Leukosit : H 11.8 10<sup>6</sup>/uL</li> <li>- Eritrosit : 4.85 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Hematocrit : L 33.6 %</li> <li>- Trombosit : 303 10<sup>3</sup>/uL</li> <li>- Basofil : 0.5 %</li> <li>- Neutrofil : H 77,2 %</li> <li>- Limfosit : L 15.9 %</li> <li>- Monosit : 5.9 %</li> <li>- Glukosa sewaktu : 97 mg/dL</li> </ul>

2.	Urin	- Protein urin negatif	- Protein urin negatif
----	------	------------------------	------------------------

### **Penjelasan dan maknanya :**

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. Data demografi

Klien 1 dilakukan pengkajian tanggal 03 Mei 2021, klien bernama Ny.U, umur 27 tahun, pendidikan terakhir SMA, pekerjaan IRT, menikah, pernikahan ke 2, lama pernikahan 1 tahun 6 bulan, agama islam, dan suku Jawa. Sedangkan klien 2 dilakukan pengkajian tanggal 29 Juni 2021, klien bernama Ny. N, umur 32 tahun, pendidikan terakhir S1, pekerjaan Karyawan Swasta, menikah, pernikahan ke 1, lama pernikahan 8 bulan, agama islam, dan suku Banjar.

#### 2. Pengkajian stimulus umum

Pengkajian riwayat kesehatan pada klien 1 dan 2 memiliki kesamaan dan perbedaan yaitu keduanya mengeluh mual dan muntah berlebih disertai nyeri ulu hati, dan badan terasa lemas. Pada klien 1 disertai tidak nafsu makan. Pada klien 2 tidak ada penurunan nafsu makan hanya saja setiap kali habis makan selalu dimuntahkan kembali. Namun penyebab yang dialami berbeda. Pada pasien 1 penyebabnya adalah klien merasa sedih karna saat

sakit suaminya tidak bisa menemaninya, dan rasa khawatir terhadap suaminya yang tidak ada kabar sejak 3 hari yang lalu. Pada klien 2 penyebabnya adalah rasa khawatir terhadap kehamilan dan proses persalinan ditambah stress karena pekerjaan menjadi tertunda dan menumpuk karena keluhannya yang tidak kunjung membaik, klien juga mengatakan tidak bisa mencium aroma yang menyengat seperti minyak wangi, pengharum ruangan, ikan, dan sambel. perbedaan klien juga dapat dilihat dari, klien 1 mengatakan kehamilannya memang direncanakan, sedangkan klien 2 tidak direncanakan tetapi klien mengatakan tidak ada rencana untuk menunda kehamilan. Untuk klien 1 riwayat penyakit lalu klien mengatakan pernah mengalami mual muntah tetapi tidak separah ini, juga tidak mengalami penurunan berat badan, klien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag mulai dari dia gadis. klien 2 juga memiliki riwayat penyakit maag tetapi tidak pernah sampai dirawat dirumah sakit. Hasil pengkajian riwayat keluarga didapat pada klien 1 tidak memiliki penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi, dsb. Dan pada klien 2 ayah klien memiliki riwayat penyakit jantung tetapi klien tidak tahu apakah dia memiliki riwayat tersebut atau tidak.

Klien 1 dan 2 mengatakan melakukan ANC teratur pada usia kehamilan 4 minggu dan 8 minggu di klinik IS dan di berikan obat vitamin dan mual muntah. Status obstetric klien 1 G2P1A0 H

11 minggu klien 1 mengatakan taksiran persalinannya 16 November 2021, Tfu belum teraba. status obstetric klien 2 G1P0A0 H 10 minggu klien 2 mengatakan taksiran persalinannya 19 Januari 2021, Tfu belum teraba saat dilakukannya pemeriksaan. Pada klien 1 mengatakan persalinannya yang pertama ditolong oleh bidan dan sekarang anaknya sudah berusia 7 tahun dengan jenis kelamin laki-laki dengan berat badan waktu lahir 3,9 kg dan panjang badan 49 cm, sedangkan pada klien 2 mengatakan bahwa ini pertama kalinya dia hamil. Pada Klien 1 mengatakan ini pernikahan ke 2 nya. Masa perkawinan dengan suami ke 2 sudah berjalan selama 1 tahun 6 bulan. klien ditemani oleh ibunya karena suaminya bekerja di lokasi, Klien 2 mengatakan ini pernikahan pertamanya. Masa perkawinan dengan suami pertama sudah berjalan selama 8 bulan klien ditemani oleh suami saat ini. Pada klien 1 dan 2 mengatakan pernah mengalami keputihan warna jernih, tidak ada bau dan bintik didaerah vagina, tidak ada nyeri haid yang berlebihan dan tidak ada perdarahan di luar siklus haid dan pasangan tidak pernah mempunyai penyakit menular seksual. klien 1 mengatakan sebelumnya pernah memakai KB IUD selama 7 tahun, klien 2 mengatakan sebelumnya tidak pernah memakai KB. Berdasarkan data rekam medic dan informasi klien

### 3. First Level Assessment

Pada klien 1 diperoleh data nutrisi, klien mengatakan makannya selama di RS 3 kali sehari dengan porsi kecil (2 sendok), jenis makanannya bubur, lauk-pauk dan buah buahan klien mengatakan mual muntah, tidak ada nafsu makan, klien mengalami penurunan berat badan. Pada pengkajian eliminasi BAK 2-3x/hari warnanya kuning pekat, tidak ada nyeri saat miksi, dan darah dalam urin tidak ada. Pada data aktivitas dan istirahat, klien mengatakan pekerjaan sebagai IRT, mual dan muntah tidak hilang dengan istirahat dan tidur, klien sering istirahat untuk mengurangi mualnya, klien memerlukan tidak bantuan saat beraktivitas, klien tidak mengalami keterbatasan gerak, klien saat ini berbaring saja. Pada data keamanan, klien mengatakan ANC teratur, tablet besi diminum secara teratur, tidak ada nyeri punggung, klien mengatakan dirumah sakit pasien hanya diseka dan gosok gigi pagi dan sore. Pada data sensori klien tidak ada mengalami nyeri sendi dan kesemutan pada ekstermitas, klien tidak menggunakan kacamata, klien mengatakan mengalami penurunan pengecap, tidak ada baal ekstermitas, tidak mengalamai penurunan penciuman, tidak memakai alat bantu dengar, dan pupul simetris. Pada data cairan dan elektrolit klien mengatakan minumnya sedikit (400cc) terpasang infus Ringer Laktat 20 tpm, tampak turgor kulit kering, klien tidak terpasang

kateter. Pada data neurologi, klien mengatakan cemas karena suaminya tidak ada kabar sejak 3 hari lalu, klien juga merasa sedih karena suaminya yang tidak mendampingi saat dia sakit. Pada data Self Concept Mode (konsep diri) klien 1 mengatakan kehamilannya direncanakan, klien mengatakan pola seksual setelah hamil berubah karena adanya keluhan saat hamil, klien mengatakan tidak malu dengan perubahan bentuk tubuhnya, tidak ada pembatasan aktivitas setelah hamil, klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik. Pada data (personal self) klien mengatakan percaya bisa menjaga kandungannya dengan baik apalagi sebelumnya sudah pernah hamil, dan klien percaya dengan adanya tuhan maka dari itu dia selalu berdoa agar diberi kesehatan. Pada data fungsi peran, klien mengatakan siap menjadi orang tua karena sudah ada pengalaman merawat anak sebelumnya, klien mengatakan sudah bukan peran baru baginya, dan keluarga sangat menerima kehamilannya saat ini terutama suami dan keluarganya.

Pada klien 2 diperoleh data nutrisi, klien mengatakan selama di RS klien makan 3kali sehari, makannya dengan porsi kecil, jenis makanannya bubur lauk-pauk dan buah, klien mengalami mual, muntah, klien mengatakan nafsu makanya tidak menurun, dan mengalami penurunan berat badan. Pada data eliminasi klien BAK 5-6x/hari warna kuning jernih, tidak ada nyeri saat miksi, tidak ada darah dalam urin. Pada data aktivitas dan istirahat, klien mengatakan pekerjaan sebagai Karyawan Swasta, mual dan

muntah tidak hilang dengan istirahat dan tidur, klien sering istirahat untuk mengurangi mualnya, klien memerlukan bantuan saat beraktivitas, klien tidak mengalami keterbatasan gerak, klien saat ini berbaring saja. Pada data keamanan klien mengatakan ANC teratur, klien meminum tablet besi secara teratur, tidak ada nyeri punggung, klien mengatakan dirumah sakit klien hanya diseka dan gosok gigi pagi dan sore. Pada data sensori klien tidak mengalami nyeri dan kesemutan pada ekstermitas, klien menggunakan kacamata, klien tidak mengalami penurunan pengecap dan penciuman, tidak mengalami baal ekstermitas, tidak menggunakan alat bantu dengar , pupil mata simetris. Terpasang infus Nacl 20 tpm. Pada data neurologi klien mengatakan stress karena kerjanya menjadi menumpuk karena keluhannya yang tidak kunjung membaik dan cemas mengingat usianya yang beresiko tinggi saat persalinan. Pada data Self Concept Mode (konsep diri) klien mengatakan sangat bahagia sekali untuk menantikan kelahiran anak pertamanya, klien mengatakan kehamilannya direncanakan, klien mengatakan tidak ada masalah dengan perubahan bentuk tubuhnya saat hamil, klien mengatakan pola seksual setelah hamil berubah karena pasien sering sakit, klien tidak ada pembatasan aktivitas saat hamil, klien mengatakan hubungannya dengan keluarga dan teman sangat baik, klien percaya bisa menjaga kandungannya dengan baik, klien juga

percaya kepada tuhan dan selalu berdoa agar di beri kesehatan dan keselamatan. Pada data (fungsi peran) klien mengatakan sudah sangat siap menjadi orang tua yang baik, klien juga mengatakan sudah banyak belajar dari orang tuanya cara merawat bayi, dan keluarga sangat menanti kehadiran anggota baru.

#### 4. Second Level Assesement

Pada klien 1 diperoleh data stimulus fokal yaitu, klien mengatakan saat ini mual muntah, nyeri ulu hati, nafsu makan tidak ada, dan badan masih terasa lemas. Stimulus kontekstual klien mengatakan penyebab mual muntah berlebih adalah stress dan cemas memikirkan suaminya tidak ada kabar sejak 3 hari yang lalu. Stimulus residual klien mengatakan mengalami mual dan muntah sejak hamil pertama tetapi tidak sampai di rawat di RS dan tidak sampai mengalami penurunan berat badan.

Pada klien 2 diperoleh data stimulus fokal yaitu, klien mengatakan saat ini mual, makan sedikit, muntah, badan masih terasa lemas. Stimulus kontekstual klien mengatakan penyebab mual muntah berlebih adalah stress karena kerjanya yang menumpuk akibat keluhannya tidak berkurang, cemas dengan kehamilannya saat ini meningkat umurnya yang beresiko untuk hamil dan persalinan. Stimulus residual klien mengatakan ini kehamilan pertamanya klien tidak menyangka kalau keluhannya

saat ini sampai membuatnya stress dan meminta suaminya untuk di bawa ke RS

**Tabel 4.2**  
Data fokus Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Klien 1		Klien 2
Data fokus		
Ds	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan mual dan muntah saat ini 5x</li> <li>b. Klien mengeluh nyeri ulu hati dan pusing</li> <li>c. Klien mengeluh tidak ada nafsu makan</li> <li>d. Klien mengatakan makanan yang di makan terasa hambar</li> <li>e. Klien mengatakan mengalami penurunan pengecapan</li> <li>f. Klien mengeluh lemas.</li> <li>g. Klien mengatakan berat badannya menurun sebelum hamil BB klien 55 kg sedangkan berat badannya saat ini 58 kg.</li> <li>h. Klien mengatakan makannya hanya 2 sendok karena setiap kali makan pasti di muntahkan kembali</li> <li>i. Klien mengatakan minumnya hanya sedikit karena merasa mual setiap habis minum</li> <li>j. Klien mengatakan tidak nyaman dengan keluhannya saat ini sehingga membuatnya sulit tidur.</li> <li>k. Klien mengatakan badannya terasa hangat seperti ingin demam</li> <li>l. Klien mengatakan cemas memikirkan suaminya yang 3 hari tidak ada kabar</li> <li>m. Klien mengatakan sedih suaminya tidak bisa menemaninya saat sakit</li> <li>n. Klien mengatakan selalu merasa cemas jika suaminya berkerja di lokasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan mual dan muntah saat ini 3x, nyeri ulu hati</li> <li>b. Klien mengeluh lemas</li> <li>c. Klien mengatakan setiap makanan yang di makan selalu di muntahkan kembali</li> <li>d. Klien mengatakan tetap makan sedikit sedikit (nyemil)</li> <li>e. Klien mengatakan berat badannya menurun sebelum hamil BB klien 69 kg, sedangkan berat badannya saat ini 68 kg.</li> <li>f. Klien mengatakan minumnya sering tetapi sedikit sedikit untuk menghindari mual muntah</li> <li>g. Klien mengatakan tidak bisa mencium aroma yang menyengat.</li> <li>h. Klien mengatakan merasa cemas dengan kehamilannya</li> <li>i. Klien mengatakan stress dengan keluhannya yang tidak kunjung membaik sehingga pekerjaannya menumpuk</li> <li>j. Klien mengatakan tidak nyaman dengan keluhannya saat ini</li> <li>k. Aktivitas klien dibantu oleh suaminya</li> <li>l. Klien mengatakan ke kamar mandi di bopong oleh suami</li> <li>m. Klien mengatakan dirinya gelisah sulit tidur</li> <li>n. Klien mengatakan mual muntahnya tidak hilang setelah beristirahat</li> <li>o. Klien mengatakan masih merasa lemas walaupun sudah istirahat</li> <li>p. Klien mengatakan mudah lelah</li> <li>q. Klien menatakan BAK 5-</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>o. Klien mengatakan BAK 2-3 kali</li> <li>p. Klien mengatakan warna urinnya kuning pekat.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>6x/hari</li> <li>r. Klien mengatakan warna urinnya kuning jernih</li> </ul>
Do	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak lemas</li> <li>b. Turgor kulit menurun</li> <li>c. Wajah klien tampak pucat</li> <li>d. Saliva meningkat</li> <li>e. Klien sesekali tampak mual</li> <li>f. Memberan mukosa kering</li> <li>g. Klien tampak gelisah</li> <li>h. Klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya</li> <li>i. Klien minum kurang lebih 400cc</li> <li>j. Porsi makan siang klien tampak tidak habis</li> <li>k. Berat badan 53 kg, tinggi badan 155cm, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 21 (normal)</li> <li>l. Akral klien teraba hangat</li> <li>m. Ballotement teraba</li> <li>n. Nadi teraba lemah</li> <li>o. TD : 90/70 mmHg N : 98 x/menit R : 20 x/menit S : 38.0°C</li> <li>p. Hematokrit : H 47.3 %</li> <li>q. Klien tampak terpasang infus RL 20 tpm</li> <li>r. HPHT: 9 februari 2021</li> <li>s. Usia kehamilan 11 minggu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak lemas</li> <li>b. Wajah klien tampak pucat</li> <li>c. Klien tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas</li> <li>d. Klien tampak berbaring saja diatas tempat tidur</li> <li>e. Klien tampak lesu</li> <li>f. Klien tampak banyak beristirahat</li> <li>g. Saliva meningkat</li> <li>h. Klien tampak sering menelan</li> <li>i. Klien tampak sedih dan cemas</li> <li>j. Klien sesekali tampak mual dan muntah</li> <li>k. Ballotement teraba</li> <li>l. Berat badan 68 kg tinggi badan 159 cm Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 26,8 (overweight)</li> <li>m. Porsi Makan sore klien tampak tidak habis</li> <li>n. Turgor kulit klien baik</li> <li>o. Mukosa bibir klien tampak lembab</li> <li>p. Klien minum kurang lebih 1000 cc</li> <li>q. Hematokrit : L 33.6 %</li> <li>r. TD : 116/72 mmHg N : 85 x/menit R : 19 x/menit S : 36.8°C</li> <li>s. HPHT : 12 april 2021</li> <li>t. Usia kehamilan 10 minggu</li> <li>u. Klien tampak terpasang Nacl 0,9% 20 tpm</li> </ul>

### Penjelasan dan maknanya

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

**Tabel 4.3**  
Analisa Data Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD  
dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

No.	Data focus	Etiologi	Masalah keperawatan
klien 1			
1.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan minumnya hanya sedikit karena merasa mual setiap habis minum</li> <li>Klien mengatakan mual &amp; muntah 5x</li> <li>Klien mengatakan BAK 2-3 kali</li> <li>Klien mengeluh lemas</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak lemas</li> <li>Sesekali klien tampak mual</li> <li>Memberan mukosa klien tampak kering</li> <li>Turgor kulit klien menurun</li> <li>Klien minum kurang lebih 400cc</li> <li>Hematokrit : H 47,3%</li> <li>Klien sesekali tampak mual</li> <li>Nadi teraba lemah</li> <li>TD: 90/70 mmH N : 98x/menit R : 20x/menit S : 38,0<sup>0</sup>C</li> </ol>	<p>Kehilangan cairan aktif</p> <p align="center">↑</p> <p align="center">Dehidrasi</p> <p align="center">↑</p> <p align="center">Output meningkat</p> <p align="center">↑</p> <p>Mual, muntah berlebih</p>	Hipovolemi (D.0023)
2.	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>klien mengatakan badannya terasa hangat seperti ingin demam</li> <li>Klien mengatakan minumnya hanya sedikit</li> <li>Klien mengatakan mual dan muntah 5x</li> <li>klien mengatakan urinnya berwarna kuning pekat</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>suhu tubuh klien diatas nilai normal (38<sup>0</sup>C)</li> </ol>	<p>Suhu tubuh meningkat</p> <p align="center">↑</p> <p align="center">Dehidrasi</p> <p align="center">↑</p> <p align="center">Output meningkat,intake menurun</p> <p align="center">↑</p> <p>Mual muntah berlebih</p>	Hipertermia (D.0130)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. akral terasa hangat</li> <li>3. klien sesekali tampak mual</li> <li>4. klien minum kurang lebih 400cc</li> </ul>		
3.	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh mual dan muntah 5x</li> <li>2. Klien mengatakan tidak ada nafsu makan</li> <li>3. Klien mengatakan mengalami penurunan pengecap</li> </ul> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Wajah klien tampak pucat</li> <li>3. Sesekali klien tampak mual</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Nausea</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">adaptasi kehamilan (mual, muntah)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">peningkatan hormone estrogen &amp; HCG</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">kehamilan</p>	Nausea (D.0076)
4.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien merasa sedih suaminya tidak bisa menemaninya saat sakit</li> <li>2. Klien mengatakan cemas karena suaminya tidak ada kabar sejak 3 hari lalu</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya</li> <li>2. Klien tampak sendiri tidak ada keluarga yang menemani</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Koping tidak efektif</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Ketidakkuatan sistem pendukung</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Factor psikologis (kurang support social)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Gangguan adaptasi kehamilan (mual,muntah)</p>	Koping tidak efektif (D.0096)
5.	<p>Data subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nafsu makan menurun, rasa makanan hambar</li> <li>2. Klien mengatakan makan hanya 2 sendok</li> <li>3. Klien mengatakan habis makan akan muntah</li> <li>4. Klien muntah 5x</li> <li>5. Klien mengatakan adanya penurunan BB</li> </ul> <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Wajah klien tampak</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Resiko deficit nutrisi</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">penurunan bb</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">factor psikologis (keengganan untuk makan)</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">tidak ada nafsu makan</p>	Resiko defisit nutrisi (D.0032)

	<p>pucat</p> <p>3. Porsi makan siang klien tampak tidak habis</p> <p>4. BB 53 kg, TB 155 cm, Lila 24 cm, BMI 21 (Normal)</p>	<p>↑</p> <p>Gangguan adaptasi kehamilan (mual, muntah)</p>	
<b>Klien 2</b>			
1	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual dan muntah 3x</li> <li>2. Klien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>3. Klien mengatakan setiap kali habis makan atau minum pasti di muntahkan kembali</li> </ol> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Sesekali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Klien tampak sering menelan</li> <li>4. Saliva meningkat</li> <li>5. Wajah klien tampak pucat</li> </ol>	<p>Nausea</p> <p>↑</p> <p>adaptasi kehamilan (mual&amp;muntah)</p> <p>↑</p> <p>peningkatan hormone estrogen &amp; HCG</p> <p>↑</p> <p>kehamilan</p>	Nausea (D.0076)
2	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan cemas dengan kehamilannya mengingat usianya yang sudah tidak lagi muda.</li> <li>2. Klien mengatakan cemas dengan kondisi janinnya karena mual muntahnya berlebihan</li> <li>3. Klien mengatakan stress dengan keluhannya yang tidak kunjung membaik</li> <li>4. klien merasa stress karena pekerjaannya banyak menumpuk</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. klien tampak sulit tidur</li> <li>3. klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya</li> </ol>	<p>Koping tidak efektif</p> <p>↑</p> <p>Ketidakcukupan persiapan menghadapi stresor</p> <p>↑</p> <p>Factor psikologis (stress, kecemasan)</p> <p>↑</p> <p>Gangguan adaptasi kehamilan (mual,muntah)</p>	Koping tidak efektif (D.0096)
3.	<p>Data subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan</li> </ol>	<p>keletihan</p> <p>↑</p>	Keletihan (D.00057)

	<p>mudah lelah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan masih merasa lemas walaupun sudah istirahat</li> <li>3. Klien mengatakan keluhannya saat ini membuat sulit tidur</li> <li>4. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh suaminya</li> </ol> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin</li> <li>2. Klien tampak berbaring saja di atas tempat tidur</li> <li>3. Klien tampak lebih banyak beristirahat</li> </ol>	<p>energy menurun</p> <p>↑</p> <p>intake menurun</p> <p>↑</p> <p>gangguan adptasi kehamilan (mual muntah)</p> <p>↑</p> <p>Peningkatan hormone estrogen &amp; HCG</p> <p>↑</p> <p>Kondisi fisiologis (kehamilan)</p>	
4.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan minumnya sering tetapi sedikit sedikit untuk menghindari mual</li> <li>2. Klien mengatakan mual dan muntah 3x</li> <li>3. Klien mengatakan BAK 5-6 kali</li> <li>4. Klien mengatakan urinny berwarna kuning jernib</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Sese kali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Mukosa bibir klien tampak lembab</li> <li>4. Turgor kulit klien baik</li> <li>5. Klien minum kurang lebih 1000cc</li> <li>6. Hematoktit : L 33.6 %</li> <li>7. TD : 116/72 mmHg N : 85 x/menit R : 19 x/menit S : 36.8°C</li> </ol>	<p>KehilangaKehilangan cairan aktif</p> <p>↑</p> <p>Dehidrasi</p> <p>↑</p> <p>Output meningkat</p> <p>↑</p> <p>Mual, muntah berlebih cairan aktif</p>	Resiko hipovolemia (D.0034)
5.	<p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan setiap kali habis makan atau minum di muntahkan kembali</li> <li>2. Klien mengatakan</li> </ol>	<p>Resiko deficit nutrisi</p> <p>↑</p> <p>Peningkatan kebutuhan metabolisme</p>	Resiko defisit nutrisi (D.0032)

	<p>tetap makan sedikit sedikit (nyemil)</p> <p>3. Klien mengatakan ada mengalami penurunan BB</p> <p>4. Klien muntah 3x</p> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Sese kali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Porsi makan sore klien tampak habis</li> <li>4. BB 68 kg, TB 159 cm, Lila 30 cm, BMI 26,8 (over wight)</li> </ol>	<p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Energy menurun</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Cadangan lemak dan karbohidrat habis</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Intake menurun</p> <p style="text-align: center;">↑</p> <p style="text-align: center;">Mual, muntah berlebih</p>	
--	--	--	--

### b. Diagnosa Keperawatan

**Tabel 4.4**

Diagnosa Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

No. Urut	Pasien 1		Pasien 2	
	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode SDKI)	Hari/tanggal ditemukan	Diagnosa keperawatan (Kode SDKI)
1	Senin, 03/05/2021	<p>Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan minumnya hanya sedikit karena merasa mual setiap habis minum</li> <li>2. Klien mengatakan mual &amp; muntah 5x</li> <li>3. Klien mengatakan BAK 2-3 kali</li> <li>4. Klien mengeluh lemas</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Memberan mukosa klien tampak kering</li> <li>3. Turgor kulit</li> </ol>	selasa, 29/06/2021	<p>Nausea b.d kehamilan (D.0076)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual dan muntah 3x</li> <li>2. Klien mengatakan badan terasa lemas</li> <li>3. Klien mengatakan setiap kali habis makan atau minum pasti di muntahkan kembali</li> </ol> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Sese kali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Klien tampak sering menelan</li> <li>4. Saliva</li> </ol>

		<p>klien menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Klien minum kurang lebih 400cc</li> <li>5. Hematokrit : H 47,3%</li> <li>6. Klien sesekali tampak mual</li> <li>7. Nadi teraba lemah</li> <li>10. TD: 90/70 mmHg</li> <li>N : 98x/menit</li> <li>R : 20x/menit</li> <li>S : 38,0°C</li> </ol>		<p>meningkat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Wajah klien tampak pucat</li> </ol>
2	Senin, 03/05/2021	<p>Hipertermia b.d dehidrasi (D.0130)</p> <p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. klien mengatakan badannya terasa hangat seperti ingin demam</li> <li>2. Klien mengatakan minumannya hanya sedikit</li> <li>3. Klien mengatakan mual dan muntah 5x</li> <li>4. klien mengatakan urinnya berwarna kuning pekat</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. suhu tubuh klien diatas nilai normal (38°C)</li> <li>2. akral terasa hangat</li> <li>3. klien sesekali tampak mual</li> <li>4. klien minum kurang lebih 400cc</li> </ol>	selasa, 29/06/2021	<p>Koping tidak efektif b.d ketidakcukupan persiapan menghadapi stressor (D.0096)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan cemas dengan kehamilannya mengingat usianya yang sudah tidak lagi muda.</li> <li>2. Klien mengatakan cemas dengan kondisi janinnya karena mual muntahnya berlebihan</li> <li>3. Klien mengatakan stress dengan keluhannya yang tidak kunjung membaik</li> <li>4. klien merasa stress karena pekerjaanya banyak menumpuk</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak gelisah</li> <li>2. klien tampak sulit tidur</li> <li>3. klien tampak</li> </ol>

				sedih saat mengungkapkan perasaanya
3	Senin, 03/05/2021	Nausea b.d kehamilan (D.0076) Data subjektif : 4. Klien mengeluh mual dan muntah 5x 5. Klien mengatakan tidak ada nafsu makan 6. Klien mengatakan mengalami penurunan pengecapan Data objektif : 4. Klien tampak lemas 5. Wajah klien tampak pucat 6. Sese kali klien tampak mual	selasa, 29/06/2021	Keletihan b.d kondisi fisiologis (kehamilan) (D.00057) Data subjektif 1. Klien mengatakan mudah lelah 2. Klien mengatakan masih merasa lemas walaupun sudah istirahat 3. Klien mengatakan keluhannya saat ini membuat sulit tidur 4. Klien mengatakan aktivitas di bantu oleh suaminya Data objektif 1. Klien tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin 2. Klien tampak berbaring saja di atas tempat tidur 3. Klien tampak lebih banyak beristirahat
4	Senin, 03/05/2021	Koping tidak efektif b.d ketidak adekuatan sistem pendukung (D.0096) Data subjektif: 1. Klien merasa sedih suaminya tidak bisa menemaninya saat sakit 2. Klien mengatakan cemas karena suaminya tidak ada kabar sejak 3 hari lalu	selasa, 29/06/2021	Resiko hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0034) Data subjektif: 1. Klien mengatakan minumannya sering tetapi sedikit sedikit untuk menghindari mual 2. Klien mengatakan mual dan muntah 3x

		<p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya</li> <li>2. Klien tampak sendiri tidak ada keluarga yang menemani</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Klien mengatakan BAK 5-6 kali</li> <li>4. Klien mengatakan urinny berwarna kuning jernih</li> </ol> <p>Data objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Sesekali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Mukosa bibir klien tampak lembab</li> <li>4. Turgor kulit klien baik</li> <li>5. Klien minum kurang lebih 1000cc</li> <li>6. Hematokrit : L 33.6 %</li> <li>7. TD : 116/72 mmHg N : 85 x/menit R : 19 x/menit S : 36.8°C</li> </ol>
5	Senin, 03/05/2021	<p>Resiko defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0032)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nafsu makan menurun, rasa makanan hambar</li> <li>2. Klien mengatakan makan hanya 2 sendok</li> <li>3. Klien mengatakan habis makan akan muntah</li> <li>4. Klien muntah 5x</li> <li>5. Klien mengatakan adanya penurunan BB</li> </ol> <p>Data objektif:</p>	selasa, 29/06/2021	<p>Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0032)</p> <p>Data subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan setiap kali habis makan atau minum di muntahkan kembali</li> <li>2. Klien mengatakan tetap makan sedikit sedikit (nyemil)</li> <li>3. Klien mengatakan ada mengalami penurunan BB</li> <li>4. Klien muntah 3x</li> </ol> <p>Data objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak</li> </ol>

e n	p	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak lemas</li> <li>2. Wajah klien tampak pucat</li> <li>3. Porsi makan siang klien tampak tidak habis</li> <li>4. BB 53 kg, TB 155 cm, Lila 24 cm, BMI 21 (Normal)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>lemas</li> <li>2. Sesekali klien tampak mual dan muntah</li> <li>3. Porsi makan sore klien tampak habis</li> <li>4. BB 68 kg, TB 159 cm, Lila 30 cm, BMI 26,8 (over wight)</li> </ol>
--------	---	--	--

**pepenjelasan dan maknanya :**

pada tabel diatas setelah melakukan pengkajian dan pengumpulan masalah pada klien 1 dan klien 2, ditemukan diagnosa keperawatan yang muncul pada klien 1 adalah Hipovolemi b.d kehilangan cairan aktif, Hipertermia b.d dehidrasi, Nausea b.d kehamilan, Koping tidak efektif b.d ketidak adekuatan sistem pendukung, Resiko defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan)

Sedangkan pada klien 2 ditemukan Nausea b.d kehamilan, Koping tidak efektif b.d ketidakcukupan persiapan menghadapi stressor, Keletihan b.d faktor fisiologis (kehamilan), Resiko hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif, Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme.

## c. Perencanaan

**Tabel 4.5**  
Perencanaan Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD  
Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

Hari/ Tanggal	DX.Kep	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
<b>Klien 1</b>			
Senin, 03 Mei 2021	Hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0023)	<b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan status cairan (L.03028) membaik dengan <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Frekuensi nadi membaik 5 2. Tekanan darah membaik 5 3. Memberan mukosa membaik 5 4. Suhu tubuh membaik 5 5. Perasaan lemah menurun 5	Manajemen hipovolemia (I.03116)  1.1 Monitor tanda tanda vital 1.2 Monitor intake output cairan 1.3 Periksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, memberan mukosa kering, turgor kulit menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 1.4 Monitor warna, jumlah urine 1.5 Berikan asupan cairan oral 1.6 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 1.7 Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 1.8 Kolaborasi pemberian cairan iv isotonic (misal NaCl, RL)
Senin, 03 Mei 2021	Hipertermia b.d dehidrasi (D.0130)	<b>Tujuan:</b> Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x8 jam termoregulasi (L.14134) membaik dengan <b>Kriteria Hasil:</b> 1. Suhu tubuh membaik 5 2. Suhu kulit membaik 5	Manajemen hipertermi (I.15506)  2.1 Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi) 2.2 Monitor suhu tubuh 2.3 Monitor haluaran urin 2.4 Berikan cairan oral 2.5 Kolaborasi pemberian obat antipiretik, <i>jika perlu</i>
Senin, 03 Mei 2021	Nausea b.d kehamilan (D.0076)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kontrol mual/muntah meningkat (L.10099) tingkat nausea (L.08065) meningkat	Manajemen mual (I.03117) Manajemen muntah (I.03118) Edukasi perawatan kehamilan (I.12425) 3.1 Identifikasi pengalaman mual dan muntah 3.2 Identifikasi karakteristik muntah (mis. Warna,

		<p>dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan tindakan untuk mengontrol mual/muntah meningkat 5</li> <li>2. Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat 5</li> <li>3. Menghindari penyebab atau pemicu meningkat 5</li> <li>4. Nafsu makan meningkat 5</li> <li>5. Keluhan mual menurun 5</li> <li>6. Perasaan ingin muntah menurun 5</li> <li>7. Pucat membaik 5</li> </ol>	<p>konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Identifikasi faktor penyebab mual dan muntah</li> <li>3.4 Kontrol faktor lingkungan penyebab mual dan muntah</li> <li>3.5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual dan muntah (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>3.6 Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. Membantu membungkuk atau menundukan kepala)</li> <li>3.7 Berikan makanan dalam jumlah kecil</li> <li>3.8 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>3.9 Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. Relaksasi, terapi musik)</li> <li>3.10 Kolaborasi pemberian antimetik, <i>jika perlu</i></li> <li>3.11 Jelaskan kebutuhan nutrisi kehamilan</li> <li>3.12 Jelaskan kebutuhan aktivitas dan istirahat</li> </ol>
Senin, 03 Mei 2021	Koping tidak efektif b.d ketidak adekuatan sistem pendukung (D.0096)	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat ansietas (L.09093) menurun</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun 5</li> <li>2. Perilaku gelisah menurun 5</li> <li>3. Pola tidur membaik 5</li> </ol>	<p>Reduksi ansietas (I.09314)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</li> <li>4.2 Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, <i>jika memungkinkan.</i></li> <li>4.3 Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4.4 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>4.5 Bantu klien untuk memutuskan mengenai cara menyelesaikan masalah</li> </ol>
Senin, 03 Mei 2021	Resiko defisit nutrisi b.d faktor psikologis (keengganan untuk makan) (D.0032)	<p><b>Tujuan:</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi status nutrisi</li> <li>5.2 Monitor asupan makan</li> <li>5.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5.4 Berikan makanan selagi hangat</li> <li>5.5 Berikan suplemen makan, <i>jika perlu</i></li> <li>5.6 Anjurkan posisi duduk</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan meningkat 5</li> <li>2. Frekuensi makan membaik 5</li> <li>3. Nafsu makan membaik 5</li> <li>4. Memberan mukosa membaik 5</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.7 Anjurkan makan sedikit tapi sering</li> <li>5.8 Ajarkan diet yang di programkan</li> <li>5.9 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan ( mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu</i>.</li> </ol>
<b>Pasien 2</b>			
selasa, 29 Juni 2021	Nausea b.d kehamilan (D.0076)	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kontrol mual/muntah meningkat (L.10099) tingkat nausea (L.08065) meningkat dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan tindakan untuk mengontrol mual/muntah meningkat 5</li> <li>2. Melaporkan mual dan muntah terkontrol meningkat 5</li> <li>3. Menghindari penyebab atau pemicu meningkat 5</li> <li>4. Nafsu makan meningkat 5</li> <li>5. Keluhan mual menurun 5</li> <li>6. Perasaan ingin muntah menurun 5</li> <li>7. Pucat membaik 5</li> </ol>	<p>Manajemen mual (I.03117) Manajemen muntah (I.03118) Edukasi perawatan kehamilan (I.12425)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 Identifikasi pengalaman mual dan muntah</li> <li>1. 2 Identifikasi karakteristik muntah (mis. Warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi)</li> <li>1. 3 Identifikasi faktor penyebab mual dan muntah</li> <li>1. 4 Kontrol faktor lingkungan penyebab mual dan muntah</li> <li>1. 5 Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual dan muntah (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>1. 6 Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. Membantu membungkuk atau menundukan kepala)</li> <li>1. 7 Berikan makanan dalam jumlah kecil</li> <li>1. 8 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>1. 9 Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. Relaksasi, terapi musik)</li> <li>1. 10 Kolaborasi pemberian antimetik, <i>jika perlu</i></li> <li>1. 11 Jelaskan ketidak nyamanan selama kehamilan</li> <li>1. 12 Jelaskan kebutuhan nutrisi kehamilan</li> <li>1. 13 Jelaskan kebutuhan aktivitas dan istirahat</li> <li>1. 14 Anjurkan menerima peran baru dalam keluarga</li> </ol>

selasa, 29 Juni 2021	Koping tidak efektif b.d ketidakcukupan persiapan menghadapi stressor (D.0096)	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status koping membaik (L.09086) tingkat ansietas menurun (L.09093) membaik dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan memenuhi peran meningkat 5</li> <li>2. Verbalisasi kemampuan mengatasi masalah meningkat 5</li> <li>3. Verbalisasi terhadap kekhawatiran menurun 5</li> <li>4. Perilaku gelisah menurun 5</li> <li>5. Pola tidur membaik 5</li> <li>6. Verbalisasi kelemahan meningkat 5</li> </ol>	<p>Dukungan keyakinan (I.09259) Reduksi ansietas (I.09134)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Anjurkan klien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realistis</li> <li>2.2 Monitor tanda-tanda ansietas</li> <li>2.3 Identifikasi keyakinan, masalah, dan tujuan perawatan</li> <li>2.4 Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>2.5 Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>2.6 Bantu klien untuk beradaptasi pada perubahan nilai</li> <li>2.7 Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>2.8 Jelaskan bahaya atau resiko yang terjadi, akibat keyakinan negative</li> </ol>
selasa, 29 Juni 2021	Keletihan b.d kondisi fisiologis (kehamilan) (D.00057)	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat keletihan menurun (L.05046) dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verbalisasi kepulihan energy meningkat 5</li> <li>2. Tenaga meningkat 5</li> <li>3. Kemampuan melakukan aktivitas rutin meningkat 5</li> <li>4. Lesu menurun 5</li> </ol>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>3.2 Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3.3 Monitor pola dan jam tidur</li> <li>3.4 Sediakan lingkungan yang nyaman</li> <li>3.5 Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3.7 Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol>

selasa, 29 Juni 2021	Resiko hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif (D.0034)	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat (L.03020) dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tanda-tanda vital dalam batas normal (TD : 120/80, N:80-100x/ menit, S:36,5-37,5°C)</li> <li>2. Asupan cairan meningkat</li> <li>3. Haluaran urin meningkat 5</li> <li>4. Kelembaban memberan mukosa meningkat 5</li> <li>5. Mata cekung membaik</li> </ol>	<p>Pemantauan cairan (I.03121) Manajemen hipovolemia (I.03116)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor tanda-tanda vital</li> <li>4.2 Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>4.3 Monitor tekanan darah</li> <li>4.4 Monitor elastisitas atau turgor kulit</li> <li>4.5 Monitor jumlah, warna urine</li> <li>4.6 Periksa tanda dan gejala hipovolemia</li> <li>4.7 Berikan asupan cairan oral</li> <li>4.8 Anjurkan memperbanyak asupan oral</li> <li>4.9 Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL)</li> </ol>
5.	Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme (D.0032)	<p><b>Tujuan:</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi (L.03030) membaik dengan</p> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan meningkat 5</li> <li>2. Frekuensi makan membaik 5</li> <li>3. Memberan mukosa membaik 5</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi status nutrisi</li> <li>5.2 Monitor asupan makan</li> <li>5.3 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5.4 Berikan makanan selagi hangat</li> <li>5.5 Berikan suplemen makan, <i>jika perlu</i></li> <li>5.6 Anjurkan posisi duduk</li> <li>5.7 Anjurkan makan sedikit tapi sering</li> <li>5.8 Ajarkan diet yang di programkan</li> <li>5.9 Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan ( mis. Pereda nyeri, antiemetic), <i>jika perlu.</i></li> </ol>

### Penjelasan dan maknanya

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 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

#### d. Pelaksanaan

**Tabel 4.6**

Pelaksanaan Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Waktu Pelaksanaan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi
<b>Pasien 1</b>		
Senin 03 Mei 2021 11.15	Melakukan pengkajian	DS : - Klien mengatakan dirinya dibawa ke RS karena mual muntahnya makin parah sejak 2 hari yang lalu, tidak ada nafsu makan, setiap kali habis makan dimuntahkan kembali. DO : - klien tampak kooperatif
12.15	1.1 Memonitor tanda-tanda vital 3.1 Mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah	DS : - klien mengatakan mual dan muntah kurang lebih 10 kali sejak 2 hari lalu - klien mengatakan mual muntahnya saat ini berkurang muntah 5x disertai nyeri ulu hati dan tidak ada nafsu makan. DO : - TD : 90/70 mmHg N : 98 x/menit R : 20 x/menit S : 37.3°C

	<p>1.3 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi, nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, memberan mukosa kering, hematocrit meningkat, haus, lemah)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan minumnya hanya sedikit untuk menghindari mual, BAK 2-3x/hari, urin berwarna kuning pekat.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas, minumnya kurang lebih 400cc, memberan mukosa klien tampak kering, dan turgor kulit menurun, mata klien tampak cekung dan wajah tampak pucat, klien tampak terpasang RL 20 tpm</li> </ul>
13.45	<p>4.1 Memonitor tanda-tanda ansietas (verbal, non verbal)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan cemas karena suaminya sejak 3 hari yang lalu tidak ada kabar</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya</li> </ul>
13.50	<p>5.1 mengidentifikasi status nutrisi 5.4 memberikan makanan selagi hangat</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan saat ini belum ingin makan, tidak ada nafsu makan, tadi pagi hanya makan dua sendok, klien mengatakan sering muntah setiap kali habis makan, berat badan sebelum hamil 55 kg dan tinggi 155 cm klien mengatakan berat badannya menurun.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas, berat badan saat ini 53 kg tinggi badan 155 cm, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 21 (Normal).</li> </ul>
	<p>5.2 Memonitor asupan makan 5.6 Mengajukan posisi duduk 5-7 Mengajukan makan sedikit tapi sering</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan makan siangya tidak habis klien hanya makan 2 sendok saja setelah itu klien mual .</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sesekali klien tampak mual,klien tampak kooperatif</li> </ul>

15.15	<p>2.2 Memonitor suhu tubuh</p> <p>2.1 Menidentifikasi penyebab hipertermia</p> <p>2.5 Kolaborasi pemberian obat antipiretik</p> <p>2.4 Memberikan berikan cairan oral</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan badannya terasa hangat seperti ingin demam, klien mengatakan minumnya hanya sedikit karna menghindari rasa mual.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- suhu tubuh klien meningkat (38<sup>0</sup>C) , mukosa bibir klien tamak kering.</li> </ul>
15.30	<p>1.8 kolaborasi pemberian cairan iv isotonic (missal. Nacl, RL)</p> <p>3.3 mengidentifikasi faktor penyebab mual dan muntah</p> <p>3.4 mengurangi atau mengontrol penyebab mual dan muntah (kecemasan, ketakutan, kelelahan)</p> <p>3.3 Memahami situasi yang membuat ansietas</p> <p>4.4 Mendengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>3.8 Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak terpasang RL 500 cc 20 tpm</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak tau pasti penyebab mual dan muntahnya apa, klien mengatakan tidak ada pantangan apa-apa, klien mengatakan saat ini hanya cemas memikirkan suaminya yg tidak ada kabar.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya dan klien kooperatif</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan cemas dengan kondisi suaminya takut terjadi sesuatu, klien juga mengatakan sedih saat sakit tidak ada suaminya yang menemani</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak tidak gelisah, tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya.</li> </ul>
20.20	<p>Visite keperawatan</p> <p>1.1 memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan., klien mengataan nyeri ulu hatinya sudah tidak terasa.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD:102/85 N: 85x/menit Rr: 20x/menit</li> </ul>

		S:36,8°C
	5.2 memonitor asupan makan 3.2 mengidentifikasi karakteristik muntah	DS : - klien mengatakan makanannya tadi sore tidak habis, klien mengatakan habis makan muntah (muntahnya berupa makanan yang dimakan dan air, tidak ada darah) DO : - Porsi makan sore klien tidak habis.
	1.2 memonitor intake dan output	DS : - klien mengatakan dari pagi minumnya 600cc, klien akan minum lebih banyak lagi, klien masih merasa mual jika minum banyak. klien mengatakan dirinya sudah tidak demam lagi, klien mengatakan BAK dari pagi 4 kali. DO : - mukosa bibir klien tampak kering, turgor mulai membaik. Sisa cairan infus klien 200cc, cairan infus klien merupakan kolf ke 2, cairan masuk-cairan keluar : 1.300 – 500 = +800
	3.12 menjelaskan kebutuhan nutrisi saat kehamilan 3.13 menjelaskan kebutuhan aktivitas dan istirahat	DS : - klien mengatakan paham dengan yang di jelaskan perawat DO : - klien tampak mengerti dengan penjelasan perawat, klien mandiskusikan beberapa pertanyaan.
	4.1 moitor tanda-tanda ansietas (verbal, non verbal)	DS : - klien mengatakan suaminya masih belum ada kabar DO : - klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya

Selasa 04 Mei 2021 11.00	<p>Visite keperawatan</p> <p>Datang ke RSKD</p>	
11.20	1.1 memonitor tanda-tanda vital	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan masih merasa mual mual, belum ada muntah dari pagi, klien mengatakan tidak ada gangguan tidur, hanya saja tadi malam klien tidurnya jam 12 karena cemas menunggu kabar suaminya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas TD : 105/75 mmHg N : 80x/menit R : 20 x/menit S : 36.6°C</li> </ul>
11.25	<p>1.3 Memeriksa tanda dan gejala hipovolemia (frekuensi, nadi meningkat, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, memberan mukosa kering, hematocrit meningkat, haus, lemah)</p> <p>1.4 memonitor warna, jumlah urin</p> <p>1.6 menganjurkan memperbanyak cairan oral</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan minumnya hari ini air putih 300cc, klien mengatakan dirinya sudah tidak mual jika minum tetapi harus sedikit sedikit. Klien mengatakan BAK baru 1 kali tadi pagi, warna urin kuning tetapi tidak terlalu pekat.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mukosa bibir klien tampak lembab, frekuensi nadi normal, tekanan darah membaik, klien masih tampak lemah.</li> </ul>
12.00	3.10 kolaborasi pemeberian antimetik	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- injeksi antimetik secara intravena (metoklopramid) dan (sucralfate) oral</li> </ul>
`12.30	<p>4.1 monitor tanda tanda ansietas (verbal, non verbal)</p> <p>4.2 menemani pasien untuk</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan suaminya masih belum memberi kabar</li> </ul>

	<p>menurangi kecemasan</p> <p>4.3 dengarkan dengan penuh perhatian</p> <p>5.2 memonitor asupan makan</p> <p>5.3 memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5.4 memberikan makanan selagi hangat</p> <p>3.7 memberikan makanan dalam jumlah kecil</p>	<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mata klien tampak berkaca-kaca saat mengungkapkan perasaannya</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan masih tidak ada nafsu makan, klien mengatakan tadi pagi hanya makan 3 sendok lalu klien merasa mual, klien mengatakan ingin makan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas, klien tampak sedang makan.</li> </ul>
12.50	<p>3.2 memonitor mual dan muntah</p> <p>3.6 memberikan dukungan fisik saat muntah</p> <p>3.2 mengidentifikasi karakteristik muntah</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan ingin muntah</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak memuntahkan makanan yang di makan, tidak ada darah</li> </ul>
	<p>3.5 mengurangi penyebab mual dan muntah (mis. Kecemasan, ketakutan, kelelahan).</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sangat kepikiran dengan kondisi suaminya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sedih dan cemas saat mengungkapkan perasaannya</li> </ul>
16.30	<p>3.8 menganjurkan istirahat dan tidur</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan ingin istirahat</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak beristirahat.</li> </ul>
	<p>Melepas infus klien</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan infusnya bengkak dan sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tangan klien tampak bengkak dan nyeri saat di pegang</li> </ul>
20.15	<p>Visite keperawatan</p> <p>1.1 memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO :</p>

	<p>3.1 mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah</p> <p>3.9 mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengelola muntah</p> <p>1.2 memonitor intake output cairan 1.6 menganjurkan memperbanyak asupan cairan</p> <p>4.1 memonitor tanda tanda ansietas (verbal dan non verbal)</p> <p>5.1 memonitor asupan makan</p>	<p>- klien tampak sedikit lebih bertenaga TD : 108/79 mmHg N : 82x/ menit R : 20x/ menit S : 36,7°C</p> <p>DS: - klien mengatakan tadi minum susu lalu merasa mual, muntah 2x tetapi mual masih sering.</p> <p>DO : - bibir klien tampak lembab, klien tidak terpasang cairan hanya terpasang abocat.</p> <p>DS : - klien mengatakan mengerti dengan instruksi perawat</p> <p>DO : - klien tampak mengikuti instruksi perawat.</p> <p>DS : - klien mengatakan minum susu 150cc dan minum air putih 750cc klien mengatakan BAK 4 kali, urinnya berwarna kuning</p> <p>DO : - klien tampak tidak terpasang cairan infus, mukosa bibir klien tampak lembab, turgor kulit klien membaik. Cairan masuk-cairan keluar: 1400-500 = 900</p> <p>DS : - klien mengatakan dirinya sudah tidak cemas lagi karena suaminya sudah memberi kabar tadi sore.</p> <p>DO : - klien tampak sangat senang</p> <p>DS : - klien mengatakan tidak nafsu makan, makan sorenya tidak habis, klien mengatakan</p>
--	--	---

	<p>5.8 mengajarkan diet yang di programkan</p> <p>5.6 menganjurkan makan sedikit tapi sering</p>	<p>makan hanya 5 sendok setelah itu klien mual</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- porsi makan sore klien tampak meningkat walaupun makanannya tidak di habiskan.</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan paham dengan yang di jelaskan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mampu mengulang apa yang di instruksikan perawat</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sudah mencoba makan sedikit sedikit tetapi ketika klien merasa mual klien tidak melanjutkan makan.</li> </ul> <p>DO :</p> <p>klien tampak mengerti dengan penjasalam perawat.</p>
<p>Rabu 05 Mei 2021</p> <p>09.30</p> <p>10.05</p> <p>10.10</p>	<p>Visite keperawatan</p> <p>Datang ke RSKD</p> <p>1.1 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>3.1 mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah</p> <p>3.9 mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengelola muntah (mis. Relaksasi, terapi musik)</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan masih tidurnya tadi malam nyenyak dan lebih cepat dari kemarin, klien mengatakan tidur jam 22.00</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 114/89 mmHg</li> <li>N : 83 x/menit</li> <li>R : 20 x/menit</li> <li>S : 36.0°C</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tadi subuh ada muntah 1 kali, klien mengatakan mualnya masih sering.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan setiap kali dia mual selalu menarik nafas dalam untuk mengurangi</li> </ul>

10.15	4.1 monitor tanda-tanda ansietas	<p>keluhan</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak mampu memngontrol mual dan muntah</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sudah tidak ada yang dipikirkan, klien juga merasa senang karena suaminya sangat memberi perhatian ,</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak senang</li> </ul>
11.45	3.10Kolaborasi pemberian antimetik	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- injeksi antimetik secara intravena (metoklopramid) dan (sucralfate) oral</li> </ul>
11.50	5.4 memberikan makanan selagi hangat	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan terimakasih</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif</li> </ul>
11.56	5.2 memonitor asupan makan 5.7 menganjurkn makan sedikit tapi sering	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan ingin memakan makanannya, klien mengatakan tadi pagi makan sedikit sedikit di tambah nyemil biscuit</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak memakan makanannya, sesekali klien tampak mual makanan klien tampak bersisa (setengah dari porsi awal).</li> </ul>
12.20	5.8 menganjurkan diet yang di programkan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan mengerti dengan penjelasan perawat</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak mengerti.</li> </ul>
13.30	Melepas abocat dan gelang nama klien (pasien KRS)	

<b>Pasien 2</b>		
Selasa, 29 Juni 2021 16.30	Datang ke RSKD	
16.45	Melakukan pengkajian klien kelolaan	DS : - klien mengatakan dirinya meminta kepada suaminya untuk diantarkan ke rs, klien mengatakan tidak nyaman dengan keluhannya. DO : - klien mampu menjawab dengan baik semua yang ditanyakan, pasien mampu bercerita tentang kondisi dirinya
17.00	4.1 Memonitor tanda-tanda vital	DS : - klien mengatakan mual, Muntah 3x klien mengatakan lemas. DO : - TD : 116/72mmHg N : 85x/menit R : 19x/menit S : 36,8 °C
17.05	1.1 Mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah	DS : - klien mengatakan muntah sejak kemarin lebih dari 10x, klien mengatakan hari ini baru muntah 3x, mual mual masih sering. DO : - klien tampak kooperatif
	1.2 Mengidentifikasi karakteristik muntah	DS : - klien mengatakan muntahnya makanan yang di makan, tidak ada darah, DO : - klien kooperatif, klien tampak kurang nyaman dengan keluhannya.

	1.3 mengidentifikasi factor penyebab mual dan muntah	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan banyak yang dipikirkan sehingga mengalami stress dan kecemasan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif, klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaannya.</li> </ul>
18.05	1.10 kolaborasi pemberian antimetik	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- injeksi antimetik secara iv (metoklopramid, ranitidine) dan (sucralfate) oral</li> </ul>
	1.11 menjelaskan ketidak nyamanan selama kehamilan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan paham dengan penjelasan perawat</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak mau menerima informasi yang di jelaskan oleh perawat</li> </ul>
	5.1 mengidentifikasi status nutrisi	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan berat badan sebelum hamil 59 kg, tinggi badan 159cm.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- berat badan saat ditimbang 58 kg, Body Mass Indeks (BMI) menunjukkan 26,8 (overwight)</li> </ul>
18.30	5.2 memonitor asupan makan	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan makannya masih sedikit sedikit, klien mengatakan lebih sering nyemil agar perutnya tidak kosong, dan masih terasa mual, klien mengatakan ingin makan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- makanan klien tampak tidak habis</li> </ul>
	5.3 berikan makanan selagi hangat	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan ingin memakannya sekarang</li> </ul>

20.00	<p>5.7 menganjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p>Visite keperawatan</p> <p>4.1 memonitor tanda tanda vital</p> <p>4.6 periksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>2.1 mengajurkan klien untuk mengidentifikasi perubahan peran yang realistis</p> <p>2.2 memonitor tanda tanda ansietas</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lemas dan berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sedikit sedikit, jika klien muntah klien mencoba nyemil agar perutnya tidak kososng</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien sesekali tampak mual</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan muntahnya dari pagi 4 kali, mualnya masih sering, klien mengatakan masih lemas</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak lemas</li> <li>- TD:118/78mmHg</li> <li>- N:82x/menit</li> <li>- R:19x/menit</li> <li>- S:36,3°C</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien minumnya sedikit sedikit agar menghindari mual dan muntah, klien juga mengatakan minumnya lumayan banyak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak minum kurang lebih 1000cc, mukosa bibir klien tampak lembab, turgor kulit klien tampak elastis, tanda tanda vital klien dalam batas normal.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan mencoba menerima perubahan peran yang di alaminya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tatapan mata klien terkadang tampak kosong.</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya</li> </ul>
-------	---	--

		<p>stress karena banyak pekerjaan kantor yang jadi tertunda, klien juga mengatakan cemas dengan kondisinya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya.</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya tidak kuat dengan keluhan yang sekarang di alaminya, maka dari itu klien meminta untuk di bawa ke RS agar kondisinya segera membaik, karena klien mengaku cemas dengan kondisinya, dan mampu mengerjakan semua pekerjaan</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak cemas dan kooperatif.</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya lelah dengan mual muntah yang dialaminya, klien mengaku tidak kuat dengan keluhannya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan paham dengan penjelasan perawat</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak mengerti.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya ingin istirahat.</li> </ul> <p>DO:</p> <p>klien tampak berbaring</p>
	<p>2.3 mengidentifikasi keyakinan, masalah, dan tujuan keperawatan</p> <p>3.1 mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan</p> <p>3.5 menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>3.5 menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p>	
<p>Rabu, 30 Juni 2021 Jam</p> <p>11.00</p> <p>11.10</p>	<p>Visite keperawatan</p> <p>Datang ke RSKD</p> <p>4.1 memonitor tanda-tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan keadaannya</li> </ul>

11.20	<p>4.4 memonitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>4.5 monitor jumlah warna urine</p> <p>4.8 menganjurkan memperbanyak cairan oral</p> <p>3.2 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3 memonitor pola dan jam tidur</p>	<p>sudah lebih baik dari yang kemarin.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 123/86mmHg</li> <li>- Nadi: 84x/menit</li> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- Suhu: 36.8 °C</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- turgor kulit klien tampak elastis</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan BAK baru 1 kali dan warna urin kuning jernih</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan minumnya lumayan banyak tetapi masih harus sedikit sedikit karena terkadang merasa mual</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mukosa bibir klien tampak lembab, klien tampak lemas</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan lelahnya sudah berkurang</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien duduk diatas tempat tidur, wajahnya suda tidak pucat</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidur nya tadi malam nyenyak tidak ada gangguan tidur seperti saat dirumah, klien tadi malam tidur pukul 23.00</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif dan sedikit lebih bertenaga</li> </ul>
-------	--	---

	3.6. menganjurkan aktivitas secara bertahap	DS: - klien mengatakan sudah mandiri melakukan aktivitas yang ringan DO: - klien tampak duduk di tempat tidur
	1.13 menjelaskan kebutuhan aktivitas dan istirahat	DS : - klien mengatakan paham dengan penjelasan yang di berikan. DO: - klien kooperatif, klien tampak mendiskusikan beberapa hal yang dia kurang mengerti
	2.4 memahami situasi yang membuat ansietas	DS : - klien mengatakan kecemasannya sudah sedikit berkurang karena mendapatkan penjelasan dari dokter, klien mengatakan besok sudah di perbolehkan untuk pulang. DO : - klien tampak senang saat mengungkapkan perasaannya.
11.50	2.6 membantu klien untuk beradaptasi pada perubahan nilai	DS: - klien mengatakan akan mencoba beradaptasi dengan kehamilannya DO: - klien sesekali tampak mual
	1.10 kolaborasi pemberian antimetik	DS: - klien mengatakan silahkan mba. DO: - Injeksi antiemetic (metoklopramid, ranitidin) intravena
12.15	1.1 mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah	DS: - klien mengatakan belum ada muntah dari pagi tetapi mualnya masih sering, klien mengatakan jika ingin muntah

14.20	<p>5.2 memonitor asupan makan 5.4 memberikan makanan selagi hangat 5.6 menganjurkan posisi duduk</p> <p>Visite keperawatan</p> <p>4.1 memonitor tanda tanda vital</p> <p>1.1 mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah</p> <p>1.4 mengkontrol faktor lingkungan penyebab mual dan muntah</p> <p>1.5 mengurangi atau menghilangkan penyebab mual dan muntah</p>	<p>langsung Tarik nafas dalam dan mencium aroma terapi.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak nyaman dan rileks, sesekali klien tampak mual</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan makan tadi pagi yang dari rumah sakit porsi kecil dihabiskan, dan ditambah makan buah apel lagi. Klien mengatakan sekarang ingin memakan makan siangnya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak rileks dan memakan makanan yang di kasih rumah sakit.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan silahkan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif.</li> <li>- TD:113/83 mmHg</li> <li>- N: 84x/menit</li> <li>- R: 19x/ menit</li> <li>-S: 36,8°C</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sehabis makan klien muntah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kurang nyaman</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya selalu menggunakan aroma terapi jika mencium bau yang menyebabkan dirinya mual</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak paham dengan kondisinya</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan dirinya sudah tidak terlalu cemas dengan kondisinya karna mendapatkan penjelasan dari perawat dan dokter.</li> </ul>
-------	--	---

	<p>1.9 mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis</p> <p>3.2 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>4.6 periksa tanda dan gejala hipovolemia</p> <p>4.8 anjurkan memperbanyak cairan oral</p>	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak tidak gelisah seperti sebelumnya, klien juga tampak mampu mengurangi kecemasannya.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sering melakukan Tarik nafas dalam untuk mengurangi kualitasnya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak rileks dan kooperatif</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan lelahnya mulai berkurang sejak mulai dan muntahnya berkurang. klien mengatakan ingin banyak istirahat mumpung lagi di rumah sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak memahami pentingnya istirahat.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan minumnya dari pagi kurang lebih 650 cc, klien mengatakan sering minum</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tidak ditemukan tanda gejala hipovolemia pada klien, klien tampak terpanas NaCl 20 tpm</li> </ul>
<p>Kamis, 1 Juli 2021</p> <p>Jam</p> <p>08.30</p> <p>08.40</p>	<p>Visite keperawatan</p> <p>Datang ke RSKD</p> <p>Pemeriksaan tanda-tanda vital</p>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan keadaannya hari ini sudah jauh lebih baik, lelah klien berkurang.</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak tenang duduk diatas tempat tidur dan klien tampak lebih segar</li> <li>- TD : 126/80 mmHg</li> <li>- Nadi : 82x/menit</li> </ul>

08.45	<p>1.1 mengidentifikasi pengalaman mual dan muntah</p> <p>1.12 menjelaskan kebutuhan nutrisi kehamilan</p> <p>2.2 memonitor tanda tanda ansietas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR : 19x/menit</li> <li>- Suhu : 36.4°C</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan kemarin muntahnya hanya 1x, selebihnya klien hanya mual mual</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lebih bertenaga</li> </ul> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan paham dengan penjelasannya, klien juga akan mengikuti saran saran yang di berikan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif dan mau meningkatkan kesehatan.</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan cemasnya sudah sangat berkurang karna banyak informasi baru yang klien dapatkan, klien saat ini hanya memikirkan untuk menyelesaikan pekerjaan kantornya.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak lebih tenang</li> </ul>
09.30	<p>2.1 menganjurkan klien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realistis</p> <p>2.7 memotivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sudah siap dengan perubahan yang akan di alaminya saat ini ataupun nanti</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak yakin dengan kemampuan dirinya</li> </ul> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan akan lebih mengontrol stressor</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak kooperatif</li> </ul>
09.40	<p>2.8 menjelaskan bahaya atau resiko yang terjadi, akibat keyakinan negative</p>	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan terimakasih</li> </ul> <p>DO:</p>

10.05	<p>Melepas infus klien</p> <p>3.2 memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>3.3 memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3.6 Mengajukan melakukan aktivitas secara beratahap</p> <p>5.2 memonitor asupan makan 5.7 menganjurkan makan sedikit tapi sering</p> <p>5.8 mengajarkan diet yang di programkan</p> <p>Melepas gelang identitas klien (klien KRS)</p>	<p>- klien tampak memperhatikan</p> <p>DS: - klien mengatakan sekarang sudah lebih baik, dan sudah dapat melakukan aktivitas ringan</p> <p>DO: - klien tampak mampu mempertahankan aktivitas rutin</p> <p>DS : - klien mengatakan tidurnya nyenyak tidak seperti saat dirumah, klien mengatakan tadi malam tidur jam 22.00</p> <p>DO : - klien tampak bugar</p> <p>DS: - klien mengatakan mengerti</p> <p>DO: - klien tampak memperhatikan penjelasan</p> <p>DS : - klien mengatakan makan dalam porsi sedang, tidak ada muntah hanya mual saja. Klien mengatakan jika mual makannya sedikit tapi sering ditambah cemil cemilan</p> <p>DO: - klien tampak lebih segar.</p> <p>DS : - klien mengucapkan terima kasih dan paham dengan saran yang di berikan</p> <p>DO : klien tampak paham dan senang</p>
-------	--	--

### Penjelasan dan maknanya:

Berdasarkan tabel 4.6 diatas dapat disimpulkan sebagai berikut : dalam implementasi pada klien 1 dan klien 2 sudah dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah dibuat berdasarkan SIKI dan SLKI, dan dalam melakukan tindakan tidak ada tindakan yang dimodifikasi.

### e. Evaluasi

**Tabel 4.7**

Evaluasi Keperawatan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Hari ke	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
<b>Pasien 1</b>		
Selasa 09 April 2019	Dx.1	S:Klien mengatakan minumannya dari pagi 600cc, klien mengatakan masih mual jika minum terlalu banyak. O:Klien masih tampak lemas, memberan mukosa klien masi tampak kering, turgor kulit klien tampak kering, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik,suhu tubuh membaik
	Dx.2	A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi
	Dx.3	S:Klien merasa dirinya sudah tidak demam O:Suhu tubuh klien kembali dalam batas normal (36,8 <sup>0</sup> C) A:Masalah teratasi P:Hentikan intervensi
	Dx.4	S:Klien mengatakan muntahnya mualnya masih sering tetapi muntahnya berkurang 6x dari pagi O:Klien sesekali tampak mual, memberan mukosa klien masih tampak kering A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi
		S:Klien mengatakan masih cemas menunggu kabar suaminya, klien mengatakan dirinya sedih suaminya tidak tau kalau dirinya dirawat di rumah

	Dx 5	<p>sakit.</p> <p>O:Pasien tampak berbaring ditempat tidur, klien tampak gelisah, dan tampak sedih saat mengungkapkan perasaanya.</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p> <p>S:Klien mengatakan tidak nafsu makan, hanya makan sedikit dari pagi, klien mengatakan sering mual.</p> <p>O:Porsi makan klien tidak habis, klien tampak lemas</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P:Lanjutkan intervensi</p>
Selasa, 04 Mei 2021	Dx.1	<p>S:Klien mengatakan minumnya dari pagi hanya 750cc ditambah susu 150cc, klien mengatakan minumnya sedikit sedikit agar tidak mual.</p> <p>O:klien tampak sedikit bertenanga, memberan mukosa klien tampak lembab, turgor kulit cukup membaik, dan tanda vital klien dalam batas normal</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <p>P:Hentikan intervensi</p>
	Dx.3	<p>S :Klien mengatakan masih sering mual, tetapi muntah berkurang 2x</p> <p>O: klien tampak sedikit lebih bertenaga.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.4	<p>S: Klien mengatakan sudah lebih tenang sekarang, tidak ada cemas dan gelisah</p> <p>O: Bibir klien tampak kering, turgor kulit kering</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
	Dx 5	<p>S: Klien mengatakan masih tidak ada nafsu makan, klien mengatakan sudah mengikuti anjuran perawat untuk maka sedikit sedikit, klien mengatakan jika merasa ngin muntah klien berhenti untuk makan, lalu akan di lanjutkan lagi setelah mual hilang.</p> <p>O: Pasien tampak mual-mual, klien tampak sedikit lebih bertenaga</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
Rabu, 05 Mei 2021	Dx.3	<p>S: Klien mengatakan mual masih sering muncul tetapi tidak sesering sebelum masuk RS, muntah 1x</p> <p>O: Klien tampak bugar</p>

	Dx.4	<p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p> <p>S: Klien mengatakan tidak ada hal yang membuatnya khawatir lagi, klien juga mendapat dukungan penuh oleh suami O: Bibir klien tampak bahagia saat mengungkapkan perasaannya A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>
	Dx 5	<p>S: Klien mengatakan masih tidak ada nafsu makan, klien mengatakan makan sedikit sedikit tapi sering, klien juga mengerti dengan anjuran yang di beri tau perawat O: Pasien tampak mengerti penjelasan perawat dan tampak kooperatif A: Masalah belum teratasi P: Hentikan intervensi (klien KRS)</p>
<b>Pasien 2</b>		
selasa, 29 Juni 2021	Dx.1	<p>S: Klien mengatakan muntahnya 4x mualnya masih sering O: Klien tampak A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.2	<p>S: Klien mengatakan mulai mencoba untuk beradaptasi dengan kondisinya saat ini. O: Klien tampak mampu mengontrol rasa cemasnya, klien masih tampak gelisah A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.3	<p>S: Klien mengatakan kamar mandi masih harus di bopong, O: Klien tampak berbaring diatas tempat tidur A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.4	<p>S: Klien mengatakan minumnya sedikit sedikit agar tidak mual O: Turgor kulit klien elastis, mukosa bibir tampak lembab, ttv klien dalam batas normal TD: 118/78mmHg N: 82x/menit R: 19x/menit S: 36,3°C A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>
		S: Klien mengatakan makannya masih

	Dx.5	<p>sedikit tapi sering, tetapi klien mengatakan tadi makan dalam porsi kecil.</p> <p>O:Porsi makan klien tidak habis A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi</p>
Rabu, 30 Juni 2021	Dx.1	<p>S:Klien mengatakan mualnya masih sering, muntah dari pagi hanya 1x.</p> <p>O:Klien tampak mampu untuk mengontrol mual/muntah, klien tampak sedikit lebih bertenaga.</p> <p>A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.2	<p>S:Klien mengatakan akan mengontrol factor stresornya, klien mengatakan kecemasannya sudah mulai berkurang karena penjelasan dari dokter</p> <p>O:Klien tampak rileks, klien mampu mengatasi masalah meningkat, klien tampak sedikit lebih bertenaga</p> <p>A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.3	<p>S:Klien mengatakan keadaanya sudah lebih baik dari kemarin.</p> <p>O:Klien tampak mampu melakukan aktivitas ringan</p> <p>A:Masalah belum teratasi P:Lanjutkan intervensi</p>
	Dx.4	<p>S:Klien mengatakan minumnya sering, klien mengatakan minumnya dari pagi kurang lebih 650 cc, muntah klien berkurang</p> <p>O:memberan mukosa tampak lembab, turgor kulit baik, tidak di temukan tanda tanda hipovolemi TD:117/83 mmHg N: 84x/menit R: 19x/ menit S: 36,8°C</p> <p>A: Masalah teratasi P: hentikan intervensi</p>
	Dx.5	<p>S: klien mengatakan makannya masih sedikit tapi sering, jika klien muntah klien menyemil</p> <p>O: porsi makan klien tampak lebih banyak dari kemarin, makanan tidak habis</p> <p>A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>

Kamis, 1 Juli 2021	Dx.1	<p>S: klien mengatakan mualnya masih sering tetapi tidak sesering sebelum masuk RS, dan belum ada muntah hari ini</p> <p>O: klien tampak mampu mengontrol penyebab mual/ muntah, klien tampak mampu menghindari penyebab mual/muntah.</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>
	Dx.2	<p>S: klien mengatakan kecemasannya sudah mulai berkurang karena banyak dapat informasi dari perawat maupun dokter, klien juga akan mencoba untuk beradaptasi dengan perannya</p> <p>O: Klien tampak rileks, klien tampak mampu mengatasi masalah, klien tampak buger</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>
	DX.3	<p>S: Klien mengatakan keadaanya sudah jauh lebih baik dari kemarin, klien mengatakan sudah mampu melakukan aktivitas sederhana, klien juga mengatakan sudah tidak terlalu lemas seperti kemarin, tetapi klien mengatakan energiya belum terlalu pulih jika habis beristirahat.</p> <p>O: Klien tampak mampu melakukan aktivitas ringan, klien tampak lebih buger</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi (klien KRS)</p>
	Dx.5	<p>S: klien mengatakan makannya sudah lebih banyak, tapi jika klien muntah merasa mual klien berhenti makan terlebih dahulu.</p> <p>O: porsi makan klien tampak meningkat, tetapi makanan tidak di habiskan.</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi (klien KRS)</p>

**Penjelasan dan maknanya:**

Berdasarkan tabel 4.7 setelah melakukan pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2, dibuat evaluasi tindakan keperawatan selama 24 jam pada klien. Pada klien 1 saat melakukan evaluasi tindakan setiap diagnosa keperawatan, dx 2 teratasi pada hari ke 1, dx 1 teratasi pada hari ke 2, dx 3, dx 4 teratasi pada hari ke 3, dan dx 5 belum teratasi,. Sedangkan pada klien 2, dx 4 teratasi di hari ke 2, dx 1, dx,2 teratasi pada hari ke 3, dan dx 3, dx 5 belum teratasi.

**B. Pembahasan**

Pada pembahasan peneliti akan membahas tentang asuhan keperawatan pada dua klien dengan Hiperemesis Gravidarum. Asuhan Keperawatan dilaksanakan selama 6 hari yang dilakukan pada klien satu Ny.U sejak tanggal 03 – 05 Mei dan klien dua Ny.N sejak 29 Juni – 1 Juli 2021 di ruang Flamboyan C RSUD dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Kegiatan dilakukan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

**1. Pengkajian**

Hasil dari pengkajian didapatkan beberapa data yang ada pada kedua klien. Pada pengkajian diperoleh data bahwa klien 1 bernama Ny. U berumur 27 tahun dengan G2P1A0 dan klien 2 bernama Ny. R dengan G1P0A0 berumur 32 tahun yang dimana mengalami mual dan muntah lebih dari 10x. ada beberapa etiologi terjadinya

hiperemesis gravidarum, faktor psikologis dengan hyperemesis gravidarum belum jelas. Namun, pengaruh perubahan perasaan dapat mempengaruhi mual dan muntah. Riwayat gestasi, dimana ibu hamil yang mengalami mual dan muntah sekitar 60-80% pada (primigravida), 40-60% pada (multigravida).

kasus yang terjadi pada klien 1 ditemukan adanya masalah hipovolemia karena penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, atau interseluler, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) hipovolemia bisa timbul disebabkan oleh kehilangan cairan aktif, salah satunya kelemahan. Hal ini dapat menyebabkan dehidrasi berat.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 ditemukan adanya masalah hipertermia karena suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI,2017) hipertermia bisa timbul disebabkan oleh kurangnya cairan tubuh klien yang menyebabkan dehidrasi.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 ditemukan adanya masalah Nausea karena perasaan tidak nyaman bagian belakang tenggorok yang dapat mengakibatkan muntah, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) Nausea bisa timbul disebabkan oleh kondisi fisiologis kehamilan.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 1 ditemukan adanya masalah coping tidak efektif karena stresor, berdasarkan teori yang

ada menurut (SDKI, 2017) coping tidak efektif bisa timbul disebabkan oleh ketidakadekuatan pendukung untuk menghadapi stresor, salah satunya tidak mampu mengontrol stressor karena tidak adanya dukungan.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah resiko defisit nutrisi karena faktor psikologi, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2016) resiko defisit nutrisi bisa timbul disebabkan oleh faktor psikologi (mis. Stres), salah satunya berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah Nausea karena perasaan tidak nyaman bagian belakang tenggorok yang dapat mengakibatkan muntah, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) Nausea bisa timbul disebabkan oleh kondisi fisiologis kehamilan.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah coping tidak efektif karena stresor, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) coping tidak efektif bisa timbul disebabkan oleh ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stresor, salah satunya tidak mampu memenuhi peran sesuai yang diharapkan (sesuai usia).

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah kelelahan karena penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat, berdasarkan teori yang ada menurut

(SDKI, 2017) kelelahan bisa timbul disebabkan oleh kondisi fisiologis (mis. kehamilan), salah satunya tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah resiko hipovolemia karena beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, atau interseuler, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) hipovolemia bisa timbul disebabkan oleh kehilangan cairan aktif, salah satunya kelemahan. Hal ini dapat menyebabkan dehidrasi berat.

Berdasarkan kasus yang terjadi pada klien 2 ditemukan adanya masalah resiko defisit nutrisi karena beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme, berdasarkan teori yang ada menurut (SDKI, 2017) resiko defisit nutrisi bisa timbul disebabkan oleh peningkatan kebutuhan metabolisme, salah satunya beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup.

Menurut asumsi peneliti klien kooperatif saat dilakukan penelitian saat di rumah sakit, tetapi klien menolak untuk dilakukan pemeriksaan genitalia. Dari hasil pengkajian kedua klien didapatkan beberapa yang sesuai dengan teori dan tidak sesuai. Ketidaksesuaian dikarenakan gejala yang dialami klien 1 dan 2 berbeda sehingga menimbulkan masalah keperawatan yang berbeda dengan teori. Hal tersebut dapat dilihat dari masing masing kondisi klien.

## 2. Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan atau diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung secara aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (SDKI, 2017). Berdasarkan hal tersebut penulis dalam kasus asuhan keperawatan pada ibu dengan hiperemesis gravidarum menegakkan masalah keperawatan berdasarkan dari pengkajian yang didapatkan.

Menurut WHO (2019), Husniah (2016), rizki (2013) & Tim Pojka SDKI PNI, (2017) ada 6 diagnosa keperawatan yang sering muncul pada ibu dengan hiperemesis gravidarum yaitu : Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gangguan adaptasi kehamilan, Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan, Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi, nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisiologi, dan Resiko deficit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis.

Dari 6 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori, pada pasien 1 terdapat 2 diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori, yaitu hipovolemia b.d kehilangan cairan aktif, dan hipertermia b.d dehidrasi. Sedangkan pada klien 2 tidak terdapat diagnosa yang sesuai dengan teori. Berikut adalah uraian diagnose yang muncul pada kedua klien:

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien adalah nausea dengan kehamilan, karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif pasien mengatakan mengeluh mual, ingin muntah, tidak berminat makan. Data objektif didapatkan pada kedua pasien yaitu teraba ballottement, pucat, saliva meningkat.

Nausea adalah perasaan tidak nyaman pada bagian belakang tenggorok atau lambung yang mengakibatkan muntah. Kriteria mayornya yang dapat di temukan berupa data subjektif seperti mengeluh mual, merasa ingin muntah, dan tidak berminat makan. Sedangkan kriteria minor Data objektif meliputi pucat, dan saliva meningkat (SDKI,2017). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor minor yang terjadi pada klien 1, dan 2 yang memenuhi kriteria tersebut.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua klien adalah koping tidak efektif dengan ketidakadekuatan sistem pendukung dan, ketidakcukupan persiapan untuk menghadapi stressor karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien mengatakan cemas

dengan kondisi yang di hadapi, tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar, dan tidak mampu mengatasi masalah. Data objektif didapatkan pada kedua klien tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan (sesuai usia), dan kekhawatiran.

Koping tidak efektif adalah ketidakmampuan menilai dan merespon stressor dan atau ketidakmampuan menggunakan sumber sumber yang ada untuk mengatasi masalah. Kriteria mayornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif seperti mengeluh tidak mampu mengatasi masalah. Data objektif tidak mampu memenuhi peran yang diharapkan. Sedangkan kriteria minornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif mengeluh tidak mampu memenuhi kebutuhan dasar dan kekhawatiran (SDKI, 2017). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor minor yang terjadi pada klien 1 dan 2 yang memenuhi kriteria tersebut.

Diagnosa yang muncul pada kedua klien 2 adalah resiko defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis dan peningkatan kebutuhan metabolisme, pada saat pengkajian muncul masalah resiko defisit nutrisi karena klien mengatakan tidak nafsu makan, mual, muntah dan stress.

Resiko defisit nutrisi adalah berisiko asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metaboisme. Tidak ada kriteria mayor dan minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hal ini sesuai dengan faktor resiko.

Selanjutnya diagnosa yang muncul pada klien 1 tetapi tidak muncul pada klien 2 yaitu hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif, pada klien 1 muncul masalah hipovolemia karena klien mengatakan muntah berebih dan minum sedikit, bibir terlihat kering dan turgor kulit kering, sedangkan pada klien 2 tidak ditemukannya masalah hipovolemi dikarenakan klien 2 mengatakan minumannya sedikit sedikit tapi sering. Dan sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan data subjektif klien 1 mengatakan lemah.

Hipovolemi adalah penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, atau intraseluler. Kriteria mayornya dan minornya yang dapat ditemukan berupa data subjektif mengeluh lemah dan data objektif yaitu turgor kulit menurun dan muembran mukosa kering, berat badan turun tiba-tiba (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor dan minor yang terjadi pada klien 1 yang memenuhi kriteria tersebut.

Selanjutnya diagnosa yang muncul pada klien 2 tetapi tidak muncul pada klien 1 yaitu resiko hipovolemia berhubungan dengan faktor kehilangan cairan secara aktif pada klien 2 muncul resiko hipovolemia karena klien mengatakan mual muntah. Sedangkan pada klien 1 ditemukaannya masalah hipovolemia. Dan sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan faktor resiko klien 2 mengatakan mual muntah berlebih.

Resiko hipovolemia adalah beresiko mengalami penurunan volume cairan intravaskuler, interstisiel, dan intraseluler. Tidak ada kriteria mayor dan minor (SDKI, 2017). Hal ini sesuai dengan faktor resiko.

Selanjutnya diagnosa yang muncul pada klien 1 tetapi tidak muncul pada klien 2 yaitu Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi, pada klien 1 muncul masalah hipertermia karena klien mengatakan minumnya sedikit. Dan sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan data subjektif klien 1 mengatakan minumnya sedikit, dan badannya terasa hangat, sedangkan pada klien 2 tidak ditemukan masalah hipertermia karena suhu tubuh klien 2 dalam batas normal. Dan sesuai hasil pengkajian didapatkan data subjektif klien 1 mengatakan badannya terasa hangat.

Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh. Kriteria mayor yang didapatkan berupa data subjektif klien mengatakan tubuhnya terasa hangat. Dan data objektif suhu tubuh di atas nilai normal. Sedangkan kriteria minornya didapatkan data objektif kulit terasa hangat (SDKI, 2017). Hal ini sesuai dengan teori gejala dan tanda mayor minor yang terjadi pada klien 1 yang memenuhi kriteria tersebut.

Selanjutnya diagnosa yang muncul pada klien 2 tetapi tidak muncul pada klien 1 yaitu keletihan berhubungan dengan kondisi fisiologis kehamilan, pada klien 2 muncul masalah keletihan karena

klien mengatakan energinya tidak pulih walaupun telah tidur. Dan sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan data subjektif klien 2 mengatakan merasa kurang tenaga, mengeluh lelah, merasa energy tidak pulih walaupun telah tidur. Sedangkan pada klien 1 tidak di temukan masalah keletihan dikarenakan klien 1 mampu melakukan aktivitas rutin. Dan sesuai dengan hasil pengkajian didapatkan data subjektif klien 2 mengatakan energy tidak pulih walaupun telah tidur.

Keletihan adalah penurunan kapasitas kerja fisik dan mental yang tidak pulih dengan istirahat. Kriteria mayor yang didapatkan berupa data subjektif klien merasa energy tidak pulih walaupun telah tidur, merasa kurang tenaga, mengeluh lelah. Dan data objektif tampak tidak mampu mempertahankan aktivitas rutin , tampak lesu. Sedangkan kriteria minor yang didapatkan berupa data objektif kebutuhan istirahat meningkat.

Menurut asumsi peneliti kesulitan dalam menegakkan diagnose keperawatan tidak ditemukan karena data yang diperoleh memenuhi kriteria tanda dan gejala untuk menegakkan sebuah diagnosa keperawatan. Hanya saja terdapat beberapa diagnosa yang berbeda antara teori dan kasus yang ada, dikarenakan masalah keperawatan yang di alami klien 1 dan 2 memiliki manifestasi klinis yang berbeda, sehingga masalah keperawatan yang diangkatpun sesuai dengan kondisi yang klien alami saat itu.

### **3. Intervensi keperawatan**

Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi. Intervensi Keperawatan dilakukan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 dengan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019

Perencanaan tindakan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dibuat setelah semua data yang terkumpul selesai dianalisis dan diprioritaskan. Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan ini terdiri dari : menganalisis data, menentukan prioritas diagnosa keperawatan, menentukan tujuan, kriteria hasil, merumuskan intervensi dan tindakan keperawatan.

Hasil analisa data kedua kasus ibu hiperemesis gravidarum dalam penyusunan intervensi keperawatan menggunakan SDKI, 2017 dan sesuai dengan SIKI, 2018 dan SLKI, 2019 yang digunakan sebagai penyusunan intervensi keperawatan.

Adapun tujuan yang ingin dicapai dari perencanaan yang telah ditetapkan pada klien 1 adalah 2. Pada klien 1 klien dapat mengontrol mual dan muntah, tidak ada tanda dan gejala kekurangan

cairan, adanya peningkatan nafsu makan sesuai dengan tujuan, tidak mengalami penurunan berat badan, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, klien dapat mengontrol stressor. Sedangkan tujuan yang ingin dicapai dari perencanaan yang telah ditetapkan pada klien 2 adalah mengatakan klien dapat mengontrol mual dan muntah, dapat mengontrol stres, tidak terjadi penurunan berat badan, klien mampu beradaptasi dengan kehamilannya, serta mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.

Menurut asumsi peneliti intervensi yang telah dibuat pada klien 1 dan klien 2 tidak ada modifikasi, intervensi sesuai dengan diagnosa yang muncul dari awal yang telah dibuat hanya saja terdapat intervensi tambahan untuk meningkatkan keberhasilan untuk mengatasi masalah keperawatan pada klien.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi adalah serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

Peneliti melakukan implementasi yang berbeda antara klien 1 dan klien 2. Pada klien 1 terdapat tindakan pada masalah keperawatan hipovolemia yang tidak dilakukan pada klien 2.

Tindakan yang dilakukan adalah mengkaji intake output, memonitor tanda vital, memonitor status hidrasi (memberan mukosa, turgor kulit, denyut nadi), menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis, memonitor adanya mual, muntah. Terakhir pada klien 1 terdapat tindakan pada masalah keperawatan hipertermia yang tidak dilakukan pada klien 2 tindakan yang dilakukan adalah mengkaji penyebab hipertermia (kurangnya minum yang dapat menyebabkan dehidrasi), monitor suhu tubuh, monitor haluran urin, berikan cairan oral, kolaborasi pemberian obat antipiretik.

Pada klien 2 terdapat tindakan pada masalah keperawatan kelelahan tidak dilakukan pada klien 2 tindakan yang dilakukan adalah mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang menyebabkan kelelahan, monitor kelelahan fisik, monitor pola dan jam tidur, anjurkan istirahat tidur yang cukup, anjurkan aktivitas secara bertahap. Terakhir, pada klien 2 terdapat tindakan pada masalah keperawatan resiko hipovolemia yang tidak dilakukan pada klien 1. Tindakan yang dilakukan adalah memonitor tanda vital, memonitor status hidrasi (memberan mukosa, turgor kulit, denyut nadi), menganjurkan memperbanyak asupan cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV isotonis, memonitor adanya mual, muntah.

Sedangkan peneliti melakukan implementasi yang sama antara klien 1 dan klien 2 dengan tindakan yaitu Intruksikan klien untuk

menggunakan teknik relaksasi (nafas dalam) untuk mengontrol mual, membantu klien mengidentifikasi faktor penyebab mual dan muntah, membantu klien mengontrol factor lingkungan penyebab mual dan muntah, membantu klien mengurangi penyebab mual dan muntah membantu klien untuk memutuskan menyelesaikan masalah, mengajarkan diet yang di programkan, menganjurkan makan sedikit tapi sering, dan mengedukasi perawatan kehamilan.

Menurut asumsi peneliti pelaksanaan tindakan keperawatan terhambat oleh pembatasan jam dinas di ruangan, hal ini menyebabkan peneliti mengalami kesulitan dalam menentukan jadwal pelaksanaan tindakan keperawatan, dari hasil diatas dapat disimpulkan bahwa implentasi yang dilakukan sudah sesuai dengan intervensi yang telah disusun pada klien 1 dan 2. Dapat di simpulkan juga bahwa pada klien 1 dan 2 memperluas kemampuan coping seseorang pada zona adaptasi sehingga kemampuan adaptasi meningkat.

## **5. Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah tahap terakhir dari proses keperawatan yang bertujuan untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan pasien berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat mampu mengambil keputusan.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada pasien 1 dari 5 masalah keperawatan teratasi yaitu hipertermia teratasi pada hari ke 1 dan hipovolemia teratasi pada hari ke 2, koping tidak efektif, nausea teratasi pada hari ke 3, dan resiko deficit nutrisi teratasi sebagian. Sedangkan evaluasi yang dilakukan oleh peneliti pada klien 2 dari 5 masalah keperawatan teratasi yaitu resiko hipovolemia teratasi pada hari ke 2, nausea dan koping tidak efektif teratasi pada hari ke 3, resiko defisit nutrisi, kelelahan teratasi sebagian.

Menurut asumsi peneliti masalah keperawatan yang belum teratasi pada klien 1 dan 2 merupakan masalah keperawatan yang membutuhkan waktu lebih dari 3x24 jam untuk dapat teratasi. Sedangkan klien kurang kooperatif saat keluar rumah sakit sehingga peneliti tidak dapat melakukan home care untuk memonitor masalah keperawatan klien sudah teratasi atau belum.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil penelitian penerapan asuhan keperawatan pada klien dengan hipremesis gravidarum Ny. U dan Ny. R di Ruang Flamboyan C di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan peneliti dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

#### **A. Kesimpulan**

##### **1. Pengkajian**

Peneliti mampu melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan hipremesis gravidarum. Pada klien 1 multigravida dan klien 2 primigravida, dari kedua klien menunjukkan adanya tanda dan gejala yang sama dan berbeda, keluhan yang dirasakan sama yaitu mual muntah >10x, nyeri ulu hati, cemas dan stres. Kedua klien telah dilakukan pengkajian sesuai pendekatan teori adaptasi Calista Roy.

##### **2. Diagnosa**

Peneliti mampu menegakkan diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan hiperemesis gravidarum. Pada klien 1 ditemukan 5 diagnosa keperawatan sesuai dan tidak sesuai dengan teori penunjang. Pada klien 2 ditemukan 5 diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan teori penunjang.

##### **3. Intervensi**

Peneliti mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dengan hiperemesis gravidarum. Intervensi keperawatan

dilakukan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun tanpa adanya modifikasi.

#### 4. Implementasi

Peneliti mampu melakukan pelaksanaan tindakan pada klien 1 dan 2 dengan hiperemesis gravidarum. Implementasi keperawatan melakukan semua yang sudah direncanakan dan tidak ada dilakukan modifikasi.

#### 5. Evaluasi

Peneliti mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien 1 dan 2 dengan hiperemesis gravidarum. Pada klien 1 dari 5 masalah keperawatan teratasi hipovolemia, hipertermia, mual, kedinginan tidak efektif, dan yang sebagian teratasi resiko defisit nutrisi. Klien 2 dari 5 masalah keperawatan teratasi yaitu resiko hipovolemia, mual dan kedinginan tidak efektif, dan sebagian teratasi resiko defisit nutrisi, kelelahan.

### **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 Perawat Ruang

Studi kasus yang peneliti lakukan tentang asuhan keperawatan pada pasien Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum di Flamboyan C di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Dapat menjadi acuan bagi

perawat dalam memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan komprehensif.

### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan

Menambah keluasan ilmu dalam keperawatan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum dan juga memacu pada peneliti selanjutnya dan menjadi bahan perbandingan dalam melakukan penelitian pada pasien Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum

## DAFTAR PUSTAKA

- Abidah, S. N., & Fauziyatun, F. N. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Di Rb Zakat Surabaya. *Embrio*, 11(2), 94–101. <https://doi.org/10.36456/embrio.vol11.no2.a2045>
- Atiqoh, R. N. (2020). *KUPAS TUNTAS HIPEREMESIS GRAVIDARUM (MUAL MUNTAH BERLEBIH DALAM KEHAMILAN)* (I. Y. Utami (ed.)). One Peach Media.
- Dewi, niwang ayu tungga. (2016). *patologi dan patofisiologi kebidanan*. nuha medika.
- Dinkes. (2019). *Profil Dinas Kesehatan Kaltim*.
- Fathonah. (2016). *Gizi & Kesehatan Untuk Ibu Hamil*. Erlangga.
- Gravidarum, H. (2019). *woc hiperemesis gravidarum*. <https://pdfslide.net/documents/woc-hiperemesis-gravidarum-2.html>
- Gupitasari, S. A. (2020). *Pedoman Penggunaan Essential Oil Peppermint Pada Hiperemesis Gravidarum Dengan Menggunakan Media Buku Saku*.
- Hasibuan, ida wardhani. (2018). *Hubungan Pengetahuan Dan Dukungan Keluarga Dengan Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester I Di Bpm Nurmalinga Panyabungan Kabupaten Mandailing Natal Tahun 2018*.
- Husniah, Z. (2016). *pathway hiperemesis gravidarum*. <http://zakiahhusniah.blogspot.com/2016/02/hiperemesis-gravidarum-mual-muntah-yang.html>
- Hutagalung, D. N. (2019). *Tahapan Pengkajian Dalam Asuhan Keperawatan*. <https://doi.org/10.31227/osf.io/qmfkz>
- Hutahean, S. (2013). perawatan antenatal. In *salemba medika*.
- Kadir, I. N., Saleha, S., & Nadyah. (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. *Jurnal Midwifery*, 1(2), 110–128.
- Kemenkes RI. (2019). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019. In *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia* (Vol. 42, Issue 4).

- Khayati, N. (2013). *Asuhan Kebidanan Ibu dengan Hiperemesis Gravidarum*. 11–68.
- Norma, N., & Dwi, M. (2018). *Asuhan Kebidanan Patologi (Ketiga)*. nuha medika.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam Berbagai Kasus* (revisi jil). MediAction.
- Prawirohardjo, S. (2008). Ilmu Kebidanan Sarwono Prawirohardjo Edisi Keempat Cetakan Ketiga. In *Jakarta: PT. BINA PUSTAKA SARWONO PRAWIROHARDJO*.
- Rizki, D. (2013). *woc hiperemesis*.
- Rofi'ah, S., Widatiningsih, S., & Arfiana, A. (2019). Studi Fenomenologi Kejadian Hiperemesis Gravidarum Pada Ibu Hamil Trimester I. *Jurnal Riset Kesehatan*, 8(1), 41. <https://doi.org/10.31983/jrk.v8i1.3844>
- SDKI. (2017). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017*.
- Shodiqoh, Roisa, E., Syahrul, & Fahriani. (2014). Perbedaan Tingkat Kecemasan Dalam Menghadapi Persalinan Antara Primigravida dan Multigravida. *Jurnal Berkala Epidemiologi*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Willy, T. (2019). *Hiperemesis gravidarum*. <https://www.alodokter.com/hiperemesis-gravidarum>
- Yustina, D. (2020). *Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Nutrisi Dan Cairan Pada Kasus Hiperemesis Gravidarum Terhadap Ny. S Di Ruang Kebidanan Rsd Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 10-12 Maret 2020*.

Lampiran

FORMAT PENGKAJIAN MATERNITAS “ANTENATAL”  
DENGAN PENDEKATAN TEORI ADAPTASI ROY

A. Data demografi :

	Klien	Pasangan/Suami
Nama		
Umur		
Pendidikan		
Pekerjaan		
Status pernikahan		
Pernikahan ke		
Lama pernikahan		
Agama		
Suku		
No. RM		
Sumber Informasi		
Tanggal pengkajian		

B. Pengkajian stimuli umum

1. Alasan masuk RS:

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

2. Riwayat penyakit sekarang:

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

3. Riwayat penyakit lalu:

a. Pernah menderita penyakit akut: ya/tidak

Bila ya sebutkan

Berapa lama:.....minggu.....hari

Dirawat di RS: ya/tidak

Pengobatan yang di dapat.....

b. Pernah menderita penyakit kronis: ya /tidak

Bila ya sebutkan

Berapa lama.....Thn.....bulan.....minggu.....hari

Pengobatan yang didapat

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

ya/tidak bila y cara yang digunakan untuk

mengatasi:.....

.....

4. Riwayat penyakit keluarga

a. Riwayat penyakit keluarga yang diturunkan:

Penyakit	Dari ayah	Dari ibu
Hipertensi		
Kencing manis		
Obesitas		
Jantung coroner		
asma		

b. Riwayat penyakit yang tidak di turunkan:

Penyakit	Dari ayah	Dari ibu
Hipertensi		
Kencing manis		
Obesitas		
Jantung coroner		
asma		

5. Riwayat obstetric dan gynecology

- a. Menarche.....tahun
- b. Lama haid: .....hari, teratur /tidak teratur, siklus haid ..... hari, ganti pembalut dalam 24 jam ...Kali, keluhan selama haid  
:.....  
.....

6. Riwayat ANC

Usia kehamilan	Tempat	keluhan	Obat di dapat

7. Status obstetric :

G.....P.....A.....H.....minggu

Haid terakhir (HPHT).....TP.....

L1 : TFU : ..... cm .....TBJ.....

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

L3 : bagian terendah janin : kepala/ bokong/ lintang

L4 : bagian terendah masuk PAP : ya/ tidak

Penurunan bagian terbawah janin.....(metode lima jari)

Kontraksi : ya/ tida, lama..... Detik

DJJ :.....X / menit, teratur: ya/ tidak

8. Riwayat persalinan yang lalu

Anak ke	sex	PB/BB	Kondisi sekarang	Umur sekarang	penolong

9. Riwayat perkawinan

a. Single/ menikah/ janda

b. Pernikahan ke : ....., lama menikah....., single partner : ya/  
tidak

c. Pasangan : sinle partner: ya/ tidak

10. Riwayat gynecology:

a. Keputihan : ya/ tidak/ jarang, warna: jernih/ putih susu/ putih  
kekuningan/ kehijauan

b. Bau : ya/ tidak gatal : ya /tidak

c. Ada bitnik / luka di daerah vagina : ya/ tidak

d. Nyeri haid berlebihan : ya/ tidak

e. Perdarahan dilura siklus haid : ya/ tidak

f. Pasangan pernah menderita PMS : ya/ tidak

.....  
.....

11. Riwayat KB

Jenis kb	Tahun	lama	keluhan
Pil			

Suntik			
Implant/ susuk			
IUD			

C. First level assessment

1. **Physiologi- physical mode**

a. Oksigenisasi

Bentuk dada normal/ barrel/ pigeon chest. Ekspansi dinding

dada : simetris / tidak

Penggunaan otot bantu nafas : ya/ tidak, pernafasan cuping ya/

tidak, RR :..... x/menit, suara nafas : vesikuler/

broncovesikuler

Ronchi : ya/ idak, wheezing : ya/ tidak, letak apex cardis : ICS

ke ....., bunyi jantung S1, S2 Normal : ya/ tidak, nadi

.....x/menit, regular : ya/ tidak Td: .....mmHg, clubbing

finger : ya/ tidak.

b. Nutrisi

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

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

ya/tidak bising usus.....

BB/TB:.....kg/159 Cm, BB/TB sebelum hamil : 69 kg/ 159 Cm

BMI :kurus/ normal/ overweight/obesitas, LILA.....cm

Mukosa bibir lembab: ya/tidak, sariawan: ya/ tidak, kesulitan

menelan : ya/ tidak conjungtiva anemis : ya/ tidak, Hb....Gr/dl,

Ht....%, albumin : .....

c. Eliminasi

BAK: .....x/hari, warna : jernih/ pekat, bau : keton/urea/buah,

nyeri saat miksi : ya/ tidak, darah dalam urin, ya/ tidak

DC: ya/ tidak, jika ya vol.....ml

BAB:.....x/hari, teratur : ya/tidak, konsistensi: cair/ lunak/

padat/ keras, warna..... bau..... Lender : ada/ tidak,

darah : ada/ tidak nyeri saat BAB : ya/tidak, konstipasi:  
ya/tidak, keluhan.....  
.....

d. Aktifitas dan Istirahat

Pekerjaan.....  
Tidur siang : ya/ jarang/ tidak, bila ya berapa lama.....jam,  
Tidur malam..... jam,.....  
Istirahat setelah bekerja lebih dari 2 jam : ya/jarang/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 beraktivitas : ya/ tidak  
Edema pada sekitar ekstermitas : ya/ tidak

e. Keamanan

ANC teratur : ya/ tidak  
Mengikuti nasihat dan petunjuk tenaga kesehatan : ya/ tidak  
Tablet besi di minum secara teratur : ya/ tidak  
Nyeri punggung : ya/tidak  
Perawatan diri  
.....  
.....

f. Sensori

Nyeri : ya/tidak, kesemutan pada ekstermitas : ya/tidak  
Penggunaan kacamata : ya/tidak, pengecapan penurunan  
sensori: ya/tidak  
Baal ekstermitas: ya/tidak, penciuman : menurun : ya/tidak  
Alat bantu denger : ya/tidak, pupil : simetris :ya/tidak

g. Cairan dan elektrolit

Intake cairan/hari: .....cc/gelas, infus:.....kolf/hr, tetesan :  
...../menit

Kebiasaan minum the/ kopi :ya/tidak

Turgor kulit :.....

Rasio intake output .....

Nilai-nilai labolatorium:hematokrit.....natrium:.....

clorida.....kalium.....GDS.....

.....

Fungsi neurologi

Kesadaran:.....,orientasi.....:baik/tidak, kecemasan:

ya/tidak stress: ya/ tidak bila ya disebabkan.....

.....

.....

Kemampuan berfikir : baik/ tidak, ingatan: baik/tidak

h. Fungsi endokrin

Penggunaan insulin : ya/tidak bila ya sejak.....

Pembesaran kelenjar tiroid : ya/tidak, bila ya sejak.....

Tanda penyimpangan hormonal.....

i. Pemeriksaan penunjang: tgl:.....

Hasil laboratorium: urine.....darah.....

.....

.....

.....

Kolaborasi dengan dokter:.....

.....

.....

**2. Self concept mode (konsep diri)**

**a. Physical self**

penerimaan terhadap kehamilan.....

.....

Kehamilan direncanakan : ya/tidak

Persepsi ibu tentang perubahan bentuk tubuh:.....

.....  
Harga diri :.....

.....  
Pola seksual setelah hamil : berubah atau tidak, bila berubah di  
sebabkan.....

.....  
Pembatasan aktivitas setelah hamil: ya/tidak

Hubungan dengan keluarga: baik/tidak, dukungan suami:

ya/tidak, hubungan dengan teman: baik/tidak

**b. Personal self**

Kepercayaan diri:.....

Kepercayaan terhadap tuhan:.....

**3. Role performance mode (fungsi peran)**

Persiapan menjadi orang tua.....

Persepsi tentang peran baru.....

Penerimaan keluarga terhadap anggota keluarga yang baru:.....

.....  
.....

**4. Interdependence mode (interdependensi)**

Dukungan dari keluarga :.....

.....  
.....

Rencana terhadap kelahiran bayi:.....

.....  
Rencana perawatan bayi:.....

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

D. Second level assessment

1. Stimulus fokal .....  
.....  
.....
2. Stimulus kontekstual.....  
.....  
.....
3. Stimulus residual.....  
.....  
.....

E. Diagnose keperawatan

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....

Mahasiswa

(.....)



## LEMBAR KONSULTASI

## BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA : Sakila Okta Dwinasari  
 NIM : P07220118103  
 PEMBIMBING I : Hs. Grace Carol Sipasukta, M. Kep., Sp. Kep., Mat  
 PEMBIMBING II : Dr. Hj. Tina Mardiana, S. Pd, M. Kes

NO	TGL	MATERI YANG DIKONSULKAN	SARAN PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING	
				P1	P2
1.	Kamis, 11 Februari 2021	1. Judul dan Latar belakang masalah  2. Judul dan Latar belakang masalah	Judul meliputi : - Subyek, obyek, variabel bebas dan terikat, tahun, tempat.  (VIA WA)		
2.	Jumat, 19 Februari 2021	Bab Pendahuluan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah apa yang ditemukan pada Fokus ini</li> <li>- Uraikan data yang menunjang tentang masalah yang ditemukan</li> <li>- Jika masalah sudah ditemukan lalu masalah dibahas dan diuraikan mengespa sampai masalah itu diangkat ke permukaan dan diberikan arahan keperawatan</li> <li>- Bagaimana solusinya</li> <li>- Perbaiki tujuan penelitian dan manfaat penelitian</li> <li>- sambil melanjutkan bab 2 dan 3</li> </ul>		
3.	Sabtu, 20 Februari 2021	Bab Pendahuluan  Revisi Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki sesuai saran</li> <li>- Susun kembali LBM secara piramida terbalik</li> <li>- Tambahkan peran perawat</li> </ul> (VIA WA)		

4.	Minggu, 7 Maret 2021	Revisi Bab 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hilangkan angka-angka yang tidak diperlukan</li> <li>- Cari data Ektim</li> <li>- Lanjutkan bab 2 dan 3</li> </ul>		
5.	Rabu, 10 Maret 2021	Bab 1, 2, 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki sumber</li> <li>- Perbaiki tujuan khusus</li> <li>- Kembangkan Pathway</li> <li>- Perbaiki subjek penelitian</li> <li>- Perbaiki prosedur penelitian</li> </ul>		
6.	Senin, 19 April 2021	Bab 1, 2, 3	(VIA WA)		
7.	Rabu, 23 Juni 2021	Membahas Klien Kelolaan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji lebih dalam lagi</li> <li>- Lengkapi pengkajian riwayat PMSFT sekarang</li> <li>- Tanyakan tentang riwayat Obstetri Klien</li> <li>- Tanyakan berapa lama pernikahan yang telah dijalani.</li> </ul>		
8.	Jumat, 16 Juli 2021	Membahas RPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki Penulisan RPS</li> <li>- Lengkapi dan perjelas isinya</li> </ul>		

9.	Senin, 19 Juli 2021	Membahas Data Fokus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan isi antaradata fokus dengan RPS</li> <li>- Minggu depan sudah mulai mengetik BAB 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
10.	Rabu, 21 Juli 2021	Membahas intervensi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Boleh menambahkan intervensi tambahan sehingga ada 2 intervensi dalam 1 diagnosa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
11.	Kamis, 22 Juli 2021	Membahas implementasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SOAP dibuat berdasarkan kondisi klien dan disesuaikan dengan kriteria hasil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
12.	Rabu, 28 Juli 2021	Membahas aspek	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masukan implementasi klien yang dihubungi melalui wa.</li> <li>- Via wa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	
13.	Kamis, 29 Juli 2021	Membahas bab 4 dan 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiri Abstrak</li> <li>- Perhatikan Pengetikan</li> <li>- Patai kesimpulan tiap Pembagian di pembahasan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	

H.	10/Agustus 2021	Bab 4 dan 5	- via wa (perbaiki masykah) - kata - kata di susun secara sistematis		.
K.	4. October 2021	Bab 1, 2, 3, 4, 5	- via wa		.

Ketua Program Studi D III Keperawatan  
PoltekkesKemenkes Kalimantan Timur

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