

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN  
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RUANG KEBIDANAN  
RUMAH SAKIT HASANUDDIN DAMRAH MANNA  
KABUPATEN BENGKULU SELATAN  
TAHUN 2019**



**RINA ANDRIANI**  
**NIM. PO 5120218 155 RPL**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI  
DIII KEPERAWATAN  
TAHUN 2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN  
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RUANG KEBIDANAN  
RUMAH SAKIT HASANUDDIN DAMRAH MANNA  
KABUPATEN BENGKULU SELATAN  
TAHUN 2019**

Diajukan Untuk Memenuhi salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma  
III Keperawatan Pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan  
Poltekes Kemenkes Bengkulu

**RINA ANDRIANI**  
**NIM. PO 5120218 155 RPL**

**POLTEKES KEMENKES BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN BENGKULU  
TAHUN 2019**

## PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

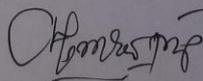
Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Diperiksa dan Disetujui Untuk Dipertahankan  
Dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Yang Dipersiapkan dan Dipersentasikan Oleh:

RINA ANDRIANI  
NIM. PO 5120218 155 RPL

Pada tanggal: 26 Agustus 2019

Pembimbing,



ASMAWATI. S.Kp. M.Kep  
NIP. 197502022001122002

**HALAMAN PENGESAHAN**

**Karya Tulis Ilmiah**

Dengan judul

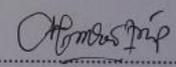
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NY. A DENGAN  
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI RUANG KEBIDANAN  
RUMAH SAKIT HASANUDDIN DAMRAH MANNA  
KABUPATEN BENGKULU SELATAN  
TAHUN 2019**

Yang disiapkan dan dipresentasikan oleh

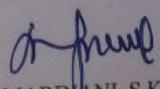
**RINA ANDRIANI**  
**NIM. 5120218 155 RPL**

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada program DIII Keperawatan Bengkulu jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu pada tanggal 26 Agustus 2019

Panitia Penguji

1. **Ns. HUSNI, S.Kep, M.Pd** (.....)   
NIP. 19741206 199703 2001
2. **Ns. RAHMA ANNISA, S.Kep, M.Kep** (.....)   
NIP. 19850323 2010 12 2002
3. **ASMAWATI, S.Kp, M.Kep** (.....)   
NIP. 19750202 20112 2002

Mengetahui,  
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu  
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

  
**Ns. MARDANI, S.Kep., MM**  
NIP. 19720321 1995 03 2001

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 2019”. Tujuan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Diploma Keperawatan pada Poltekes Kemenkes Bengkulu.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan bantuan baik materi maupun nasehat dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Karya Tulis Ilmiah ini tepat pada waktunya, oleh karena itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp, M.Kes, selaku direktur Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp, MPH, Selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Asmawati, S.Kp, M.Kep, Selaku Pembimbing yang telah banyak meluangkan Waktu, tenaga, pikiran untuk memberikaan bimbingan dan Arahan dengan penuh kesabaran dan penuh perhatian kepada penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Direktur Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Kabupaten Bengkulu selatan.
6. Seluruh dosen dan staf prodi keperawatan Poltekes Kemenkes Bengkulu.
7. Kepada kepala ruangan dan staf di ruang kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu selatan.
8. Suami, Anak-anak dan Keluarga besarku, yang telah memberikan do'a dan semangat untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

9. Kepada pasien dan keluarga yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan asuhan keperawatan, serta kerjasamanya selama proses dirawat dirumah sakit.

Penulis menyadari sepenuhnya masih banyak kekeliruan dan kekilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi dimasa depan. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini dibuat semoga dapat memberikan manfaat dan mendapatkan masukan dan kritikan yang membangun. Terima kasih.

Bengkulu, Juli 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

*Halaman*

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>PERSETUJUAN PEMBIMBING .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>v</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR BAGAN .....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>ix</b>

### **BAB I PENDAHULUAN**

A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penelitian .....	4
1. Tujuan umum .....	4
2. Tujuan khusus .....	4
C. Batasan Masalah .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5

### **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

A. Konsep Dasar .....	7
1. Pengertian.....	7
2. Anatomi Fisiologi .....	8
3. Etiologi .....	11
4. Patofisiologi .....	11
5. WOC .....	13
6. Tanda dan Gejala .....	14
7. Komplikasi .....	15
8. Pencegahan .....	16
9. Pemeriksaan Diagnostik .....	17
10. Penatalaksanaan Medis .....	18
B. Asuhan Keperawatan Toritis .....	19
1. Pengkajian .....	19
2. Diagnosa Keperawatan .....	25
3. Rencana Keperawatan .....	26
4. Implementasi Keperawatan .....	36
5. Evaluasi .....	36

### **BAB III METODELOGI PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	39
B. Subjek Penelitian .....	40
C. Batasan Istilah Defenisi Operasional .....	40
D. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	40
E. Prosedur Penelitian .....	40
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data .....	41
G. Keabsahan Data .....	43

### **BAB IV TINJAUAN KASUS**

A. Pengkajian .....	41
B. Analisa Data .....	49
C. Diagnosa Keperawatan .....	50
D. Intervensi .....	51
E. Implementasi .....	55
F. Evaluasi .....	59

### **BAB V PEMBAHASAN**

A. Pengkajian .....	62
B. Diagnosa Keperawatan .....	62
C. Intervensi .....	63
D. Implementasi .....	65
E. Evaluasi .....	66

### **BAB VI PENUTUP**

A. Kesimpulan .....	67
B. Saran .....	68

### **DAFTAR PUSTAKA LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>No Tabel</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Perencanaan Keperawatan pada pasien Hiperemesis Gravidarum	26

## DAFTAR GAMBAR

<b>No Bagan</b>	<b>Judul</b>	<b>Halaman</b>
2.1	Anatomi Sistem Reproduksi	8

## DAFTAR LAMPIRAN

No	Judul lampiran
Lampiran 1	Permohonan menjadi responden
Lampiran 2	Pernyataan responden
Lampiran 3	Lembar Konsul

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Mual dan muntah merupakan gangguan yang paling sering ditemui pada kehamilan trimester I, yaitu pada minggu 1 sampai minggu ke 12 selama masa kehamilan. Mual muntah sering kali diabaikan karena dianggap sebuah konsekuensi normal di awal kehamilan tanpa mengakui dampak hebat yang ditimbulkannya pada wanita dan keluarga mereka. Kondisi Emesis Gravidarum yang berkelanjutan bisa berakibat Hyperemesis Gravidarum. Hiperemesis Gravidarum didefinisikan sebagai kejadian mual dan muntah yang mengakibatkan penurunan berat badan lebih dari 5%, asupan cairan dan nutrisi abnormal, ketidakseimbangan elektrolit, dehidrasi, ketonuria serta memiliki konsekuensi yang merugikan janin (Runiari, 2010). Hiperemesis Gravidarum juga bisa terjadi sebelum akhir minggu ke 22 kehamilan atau pada trimester II kehamilan (Indriyani, 2013).

Menurut *World Health Organization* (WHO), perempuan meninggal selama mengandung atau melahirkan sebanyak 585.000 orang. Sedangkan kematian ibu hamil akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi dinegara-negara berkembang sebanyak 99%. Rasio kematian ibu dinegara-negara berkembang merupakan tertinggi dengan 450 kematian ibu per 100 ribu kelahiran bayi yang hidup jika dibandingkan dengan dengan rasio kematian ibu di 9 negara dan 51 negara persemakmuran (WHO, 2016). Sementara itu, prevalensi hiperemesis gravidarum yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2017 angka kejadian hiperemesis gravidarum di Indonesia adalah mulai dari 1% sampai 3% dari seluruh kehamilan. Ibu hamil di Indonesia berjumlah 5.212.568 orang, dari jumlah tersebut 14,8% ibu hamil mengalami hiperemesis gravidarum (Depkes RI, 2017).

Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Bengkulu, kehamilan beresiko terhadap kesehatan ibu dan janin meliputi perdarahan sebesar 17,22%, hipertensi 23,95%, infeksi 4,04%, hiperemesis gravidarum 27,65%, ketuban pecah dini 17,07%, kehamilan lewat waktu 10,07% (Dinkes Provinsi Bengkulu, Tahun 2017).

Data dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan, pada tahun 2016 terdapat 4581 ibu hamil, 357 diantaranya menderita hiperemesis gravidarum, pada tahun 2017 terdapat 4670 ibu hamil, 362 diantaranya menderita hiperemesis gravidarum dan pada tahun 2018 terdapat 4813 ibu hamil, 394 diantaranya mengalami hiperemesis gravidarum. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa dari tahun ke tahun terjadi peningkatan angka kejadian kasus hiperemesis gravidarum (Dinkes Kab. Bengkulu Selatan, 2018).

Kejadian mual dan muntah terjadi 60-80% primigravida dan 40-60% multigravida. Gejala-gejala ini menjadi lebih berat. Perasaan mual ini disebabkan oleh karena meningkatnya kadar hormon *estrogen* dalam serum pengaruh fisiologik kenaikan hormon ini belum jelas, mungkin karena sistem saraf pusat atau pengosongan lambung yang berkurang. Pada umumnya wanita dapat menyesuaikan dengan keadaan itu, meskipun demikian gejala mual dan muntah yang berat dapat berlangsung sampai 4 bulan. pekerjaan sehari-hari menjadi terganggu dan keadaan umum menjadi buruk (Indriyani, 2013).

Oleh sebab itu perlu dilakukan asuhan keperawatan pada ibu dengan hiperemesis gravidarum guna meminimalkan komplikasi yang dapat terjadi pada ibu dan janin. Ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum akan mengalami berbagai masalah, masalah terhadap ibu seperti dehidrasi, gastritis kronik yang disebabkan karena hormon yang mengatur sekresi gastrin akan meningkat sehingga mengikis mukosa asam lambung yang menyebabkan terjadinya ulkus. Masalah yang terjadi pada janin seperti terjadinya gangguan pertumbuhan janin dalam rahim. Dampak pada janin yang lain meliputi berat badan lahir rendah dan

kelainan kongenital yang terjadi selama pembentukan organ-organ pada saat kehamilan (Huliana, 2010).

Untuk meminimalkan terjadinya komplikasi pada ibu dan janin perlu diberikan asuhan keperawatan yang komperenship, yang terdiri dari intervensi mandiri perawat dan Intervensi kolaborasi bersama tenaga kesehatan lainnya. Dalam pemberian intervensi keperawatan, hal yang dapat dilakukan oleh perawat seperti mengatur posisi ibu senyaman mungkin, menganjurkan pasien minum air hangat untuk mengurangi mual dan muntah, memberikan motivasi dan support system bagi pasien dan keluarga, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, menghitung intake dan output pasien, selain itu upaya penanganan hiperemesis gravidarum dengan intervensi kolaboratif dapat dilakukan dengan pemberian terapi intravena yang kemudian dipantau, pemberian agens farmakologi dan suplemen nutrisi, serta pemantauan respon wanita terhadap intervensi (Bobak, 2005).

Selain itu perawat melalui intervensi keperawatan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik, memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan, menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi lebih sering waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering atau biskuit dengan teh hangat. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan. Makanan dan minuman sebaliknya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin (Runiari, 2010).

Berdasarkan survey awal yang peneliti lakukan di ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan didapatkan angka kejadian hiperemesis gravidarum dalam 3 tahun terakhir terus Meningkat. Pada tahun 2016 sebanyak 367 Kasus Pasien dengan Hiperemesis Gravidarum yang dirawat, sementara Pada tahun 2017 meningkat sebanyak 387 Kasus, dan pada tahun 2018 meningkat menjadi 394 Kasus. Dari hasil observasi yang peneliti lakukan di ruang kebidanan

perawat dan bidan ruangan hanya terfokus pada pemberian terapi farmakologi yang di anjurkan oleh dokter, seperti pemberian cairan Intravena RL, dan obat-obatan oral pada pasien, maupun suntikan. Sebagai seorang perawat kurang mengimpementasikan asuhan keperawatan secara konferenshif, hanyan melakukan pemeriksaan TTV per 6 jam, selain itu perawat kurang memberikan motivasi dan pengetahuan kepada pasien dan keluarga terkait hiperemesis gravidarum yang sedang diderita (RM Hasanuddin Damrah, 2019).

Berdasarkan Latar Belakang diatas Maka Peneliti tertarik untuk Melakukan Penelitian tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna”.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan umum

Dilakukan Asuhan keperawatan pada NY. A dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Dilakukan Pengkajian Asuhan Keperawatan pada NY. A dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.
- b. Dilakukan Diagnosa keperawatan yang terjadi pada NY. A dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.
- c. Dilakukan Rencana tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan pada NY. A Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.
- d. Dilakukan Implementasi keperawatan pada NY. A dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.

- e. Dilakukan Evaluasi tindakan keperawatan pada NY. A Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna.

### **C. Batasan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka perlu dilakukan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien dengan Hiperemesis Gravidarum, sehingga batasan masalah dalam studi kasus ini mencakup keperawatan pada kasus Hiperemesis Gravidarum.

### **D. Manfaat**

1. Bagi mahasiswa

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan mahasiswa tentang konsep teori penyakit dan konsep asuhan keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan masalah Hiperemesis Gravidarum serta mampu menggunakan pengetahuan dan keterampilan untuk memberikan asuhan keperawatan yang terbaik bagi pasien.

2. Bagi pelayanan kesehatan/rumah sakit

- a. Sebagai informasi untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada ibu yang mengalami Hiperemesis Gravidarum.
- b. Meningkatkan kepuasan pasien terutama ibu hamil dan keluarga terhadap pelayanan keperawatan.

3. Bagi Ibu Hamil

- a. Dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang hiperemesis gravidarum, sehingga mereka dapat sedemikian rupa menjaga kehamilannya agar tidak terjadi komplikasi lebih lanjut dari hiperemesis gravidarum.
- b. Dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil mengenai tanda-tanda bahaya hiperemesis gravidarum, sehingga dapat dilakukan penanganan sedini mungkin untuk menghindari terjadinya komplikasi lebih lanjut.

4. Bagi institusi pendidikan

Sebagai tambahan referensi dan kepustakaan keperawatan Maternitas terkait Hiperemesis Gravidarum, yang nantinya berguna meningkatkan mutu pendidikan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

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

##### **1. Pengertian**

Hiperemesis gravidarum adalah keadaan dimana penderita mual dan muntah berlebihan, lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat, sehingga mengganggu kesehatan dan pekerjaan sehari – hari (Arief, 2009 dalam Agustina, 2015).

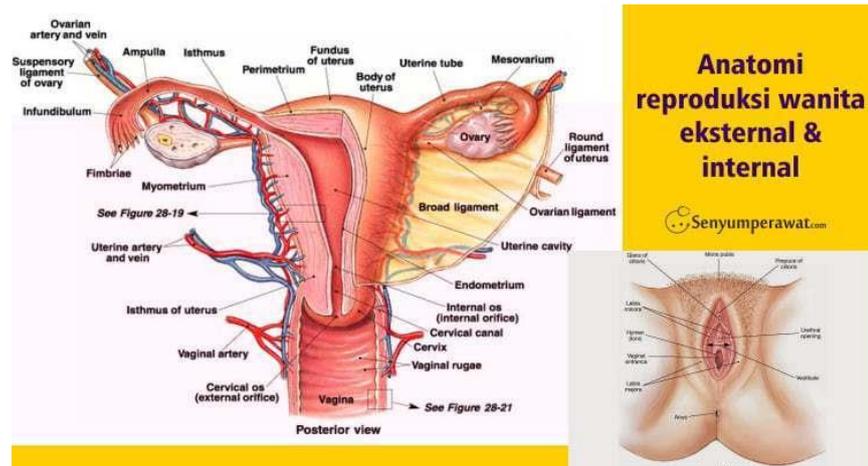
Wanita hamil memuntahkan segala apa yang dimakan dan diminum sehingga berat badannya sangat turun, turgor kulit berkurang , diuresis berkurang dan timbul asetonuri, keadaan ini di sebut hiperemesis gravidarum (Sastrowinata, 2004 dalam Indriana, 2013).

Hiperemesis gravidarum adalah vomitus yang berlebihan atau tidak terkendali selama masa hamil, yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, atau defisiensi nutrisi, dan kehilangan berat badan (Lowdermilk, 2004 Dalam Fithriana, 2017).

Jadi kesimpulan yang dapat penulis ambil, hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah yang berlebihan yang dapat mengganggu aktivitas sehari – hari yang tidak terkendali selama masa hamil yang menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit atau defisiensi nutrisi dan kehilangan berat badan.

##### **2. Anatomi dan Fisiologi**

Alat reproduksi wanita berada di bagian tubuh seorang wanita yang disebut panggul. Secara anatomi nilai reproduksi wanita dibagi menjadi dua bagian, yaitu: bagian yang terlihat dari luar (genitalia eksterna ) dan bagian yang berada di dalam panggul (genitalia interna).



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Reproduksi Wanita  
Sumber: Runiari (2010)

## Fisiologi

### a. Alat kelamin luar (*genetalia eksterna*)

#### 1) Monsveneris

Bagian yang menonjol meliputi bagian simfisis yang terdiri dari jaringan lemak, daerah ini ditutupi bulu pada masa pubertas.

#### 2) Vulva

Adalah tempat bermuara sistem urogenital. Di sebelah luar vulva dilingkari oleh labio mayora (bibir besar) yang ke belakang, menjadi satu dan membentuk kommisura posterior dan perineam. Di bawah kulitnya terdapat jaringan lemak seperti yang ada di mons veneris.

#### 3) Labio mayora

Labio mayora (bibir besar) adalah dua lipatan besar yang membatasi vulva, terdiri atas kulit, jaringan ikat, lemak dan kelenjar sebasea. Saat pubertas tumbuh rambut di mons veneris dan pada sisi lateral.

#### 4) Labio minora

Labio minora (bibir kecil) adalah dua lipatan kecil diantara labio mayora, dengan banyak kelenjar sebasea. Celah diantara labio minora adalah vestibulum.

## 5) Vestibulu

Vestibulum merupakan rongga yang berada diantara bibir kecil (labio minora), maka belakang dibatasi oleh klitoris dan perineum, dalam vestibulum terdapat muara-muara dari liang senggama (introetus vagina uretra), kelenjar bartholimi dan kelenjar skene kiri dan kanan (Indriyani, 2013).

## 6) Himen (selaput dara)

Lapisan tipis yang menutupi sebagian besar dan liang senggama ditengahnya berlubang supaya kotoran menstruasi dapat mengalir keluar, letaknya mulut vagina pada bagian ini, bentuknya berbeda-beda ada yang seperti bulan sabit, konsistensi ada yang kaku dan yang lunak, lubangnya ada yang seujung jari, ada yang dapat dilalui satu jari.

## 7) Perineum

Terbentuk dari korpus perineum, titik temu otot-otot dasar panggul yang ditutupi oleh kulit perineum.

b. Alat kelamin dalam (*genetalia interna*)

## 1) Vagina

Tabung, yang dilapisi membran dari jenis jenis epitelium bergaris, khusus dialiri banyak pembuluh darah dan serabut saraf. Panjangnya dari vestibulum sampai uterus  $7\frac{1}{2}$  cm. Merupakan penghubung antara introitus vagina dan uterus. Dinding depan liang senggama (vagina) 9 cm, lebih pendek dari dinding belakang. Pada puncak vagina sebelah dalam berlipat-lipat disebut *rugae*.

## 2) Uterus

Uterus terdiri dari  $\pm 5$  cm, tebal  $\pm$ Organ yang tebal, berotot berbentuk buah Pir, terletak di dalam pelvis antara rectum di belakang dan kandung kemih di depan, ototnya disebut miometrium. Uterus terapung di dalam pelvis dengan jaringan ikat dan ligament. Panjang uterus  $7\frac{1}{2}$  cm. Uterus terdiri dari:

- a) Fundus uteri (dasar rahim) bagian uterus yang terletak antara pangkal saluran telur. Pada pemeriksaan kehamilan, perabaan fundus uteri dapat memperkirakan usia kehamilan.
- b) Korpus uteri. Bagian uterus yang terbesar pada kehamilan, bagian ini berfungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri atau rongga rahim.
- c) Servix uteri ujung servix yang menuju puncak vagina disebut persio, hubungan antara kavum uteri dan kanalis servikalis disebut ostium uteri internum (Bobak, 2004).

### 3) Fundus uteri (dasar rahim)

Bagian uterus yang terletak antara pangkal saluran telur. Pada pemeriksaan kehamilan, perabaan fundus uteri dapat memperkirakan usia kehamilan.

### 4) Korpus uteri

Bagian uterus yang terbesar pada kehamilan, bagian ini berfungsi sebagai tempat janin berkembang. Rongga yang terdapat pada korpus uteri disebut kavum uteri atau rongga rahim.

### 5) Servix uteri

Ujung servix yang menuju puncak vagina disebut persio, hubungan antara kavum uteri dan kanalis servikalis disebut ostium uteri internum.

### 6) Ovarium

Merupakan kelenjar berbentuk kenari, terletak kiri dan kanan uterus dibawah tuba uterine dan terikat di sebelah belakang oleh ligamentum latum uterus.

### 7) Tuba Fallopi

Tuba fallopi dilapisi oleh epitel bersilia yang tersusun dalam banyak lipatan sehingga memperlambat perjalanan ovum ke dalam uterus. Sebagian sel tuba mensekresikan cairan serosa yang memberikan nutrisi pada ovum. Panjang kira-kira 12 cm tetapi tidak berjalan lurus (Indriyani, 2013).

### 3. Etiologi

Penyebab hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh factor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan – perubahan anatomic pada otak, jantung, hati, dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat – zat lain akibat inanis. Beberapa factor predisposisi dan faktor lain yang telah ditemukan oleh beberapa penulis sebagai berikut:

- a. Faktor predisposisi : primigravida, overdistensi rahim : hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola hidatidosa.
- b. Faktor organik: masuknya *vili khorialis* dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolik akibat hamil, resistensi yang menurun dari pihak ibu dan alergi
- c. Faktor psikologis: rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaan (Wiknjosastro, 2005 dalam Indriana, 2013).

### 4. Patofisiologi

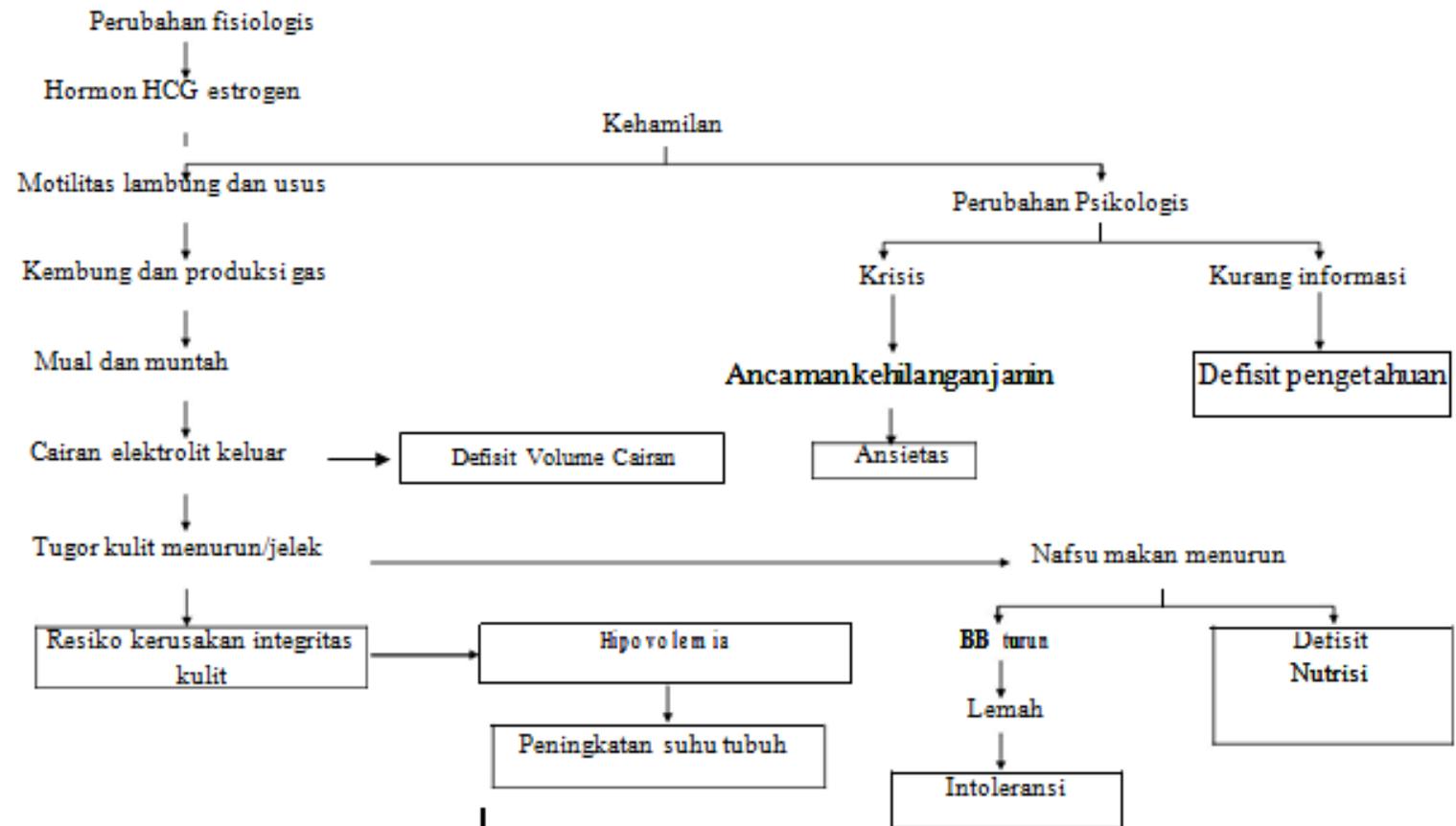
Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi mual dan muntah pada hamil muda terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi dan tidak seimbangnya elektrolit dengan alkalosis hipokloremik. Hiperemesis gravidarum dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Karena oksidasi lemak yang tidak sempurna terjadilah ketosis dengan tertimbunnya asam aseton – asetik, asam hidroksi butirik dan aseton dalam darah. Kekurangan volume cairan yang diminum dan kehilangan karena muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida air kemih turun. Selain itu jug adapt menyebabkan hemokonsentrasi sehingga aliran darah berkurang. Kekurangan kalium sebagai akibat dari muntah dan bertambahnya ekskresi lewat ginjal menambah frekuensi muntah – muntah lebih banyak, dapat merusak hati dan terjadilah lingkaran yang sulit dipatahkan (Huliana, 2010).

Selain dehidrasi dan terganggunya keseimbangan elektrolit dapat terjadi robekan pada selaput lender esophagus dan lambung (Sindroma Mallory Weiss) dengan akibat perdarahan gastrointestinal. Pada umumnya robekan ini ringan dan perdarahan dapat berhenti sendiri, jarang sampai diperlukan transfusi atau tindakan operatif. Kehamilan merupakan proses fisiologis yang dialami wanita dan terjadi selama kehamilan pertama, kedua, dan seterusnya. Menurut Perawirohardjo (2008), mual (nausea) dan muntah (emesis gravidarum) adalah gejala yang wajar dan sering didapatkan pada kehamilan trimester pertama. Secara fisiologis, rasa mual terjadi akibat kadar estrogen yang meningkat dalam darah sehingga mempengaruhi sistem pencernaan. Tetapi mual dan muntah yang terjadi terus menerus dapat mengakibatkan dehidrasi, hiponatremia, hipokloremia, serta penurunan klorida urine (Yuni, 2009).

Masalah psikologis juga dapat mempredisposisi beberapa wanita untuk mengalami mual dan muntah dalam kehamilan. Masalah psikologis seperti kehamilan yang tidak diinginkan, beban kerja atau finansial, ambivalensi, kecemasan, konflik dan ketidaknyamanan fisik. Masalah ekonomi juga dapat mempengaruhi keadaan mual dan muntah dalam kehamilan, seperti kecemasan terhadap situasi keuangan saat ini dan yang akan datang dapat menyebabkan kekhawatiran yang membuat wanita merasa tidak sehat, terutama jika ia berniat untuk berhenti bekerja secara total setelah melahirkan (Denis, 2008).

Emesis gravidarum akan bertambah berat menjadi hiperemesis gravidarum menyebabkan ibu muntah terus menerus tiap kali minum maupun makan, akibatnya tubuh ibu sangat lemah, muka pucat dan frekuensi buang air kecil menurun drastis sehingga cairan tubuh semakin berkurang dan darah menjadi kental (hemokonsentrasi) yang dapat memperlambat peredaran darah yang berarti konsumsi oksigen dan makanan ke jaringan juga ikut berkurang, kekurangan makanan dan oksigen akan menimbulkan kerusakan jaringan yang dapat membahayakan kesehatan ibu dan kesehatan janin yang dikandungnya (Wiknjastro, 2005 dalam Ai Yeyeh, 2009)

## 5. WOC



(Wiknjosastro, 1999 dalam Indriani 2013)

## 5. Tanda dan Gejala

Menurut Indriana (2013) Batas jelas antara mual yang masih fisiologik dalam kehamilan dengan hiperemesis gravidarum tidak ada; tetapi bila keadaan umum penderita terpengaruh, sebaiknya ini dianggap sebagai hiperemesis gravidarum. Hiperemesis gravidarum menurut berat ringannya gejala dapat dibagi dalam 3 tingkatan:

- a. Tingkatan I: Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. nadi meningkat sekitar 100 kali/menit dan tekanan darah sistolik turun, turgor kulit mengurang, lidah mongering dan mata cekung.
- b. Tingkatan II: penderita tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit mengurang, lidah mengering dan Nampak kotor, nadi kecil dan cepat, suhu kadang-kadang naik dan mata sedikit ikterik. Berat badan menurun dan mata menjadi cekung, tensi turun, hemokonsentrasi oliguria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dalam hawa pernafasan, karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam kencing.
- c. Tingkatan III: Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran makin menurun hingga mencapai somnollen atau koma, terdapat ensefalopati werniche yang ditandai dengan : nistagmus, diplopia, gangguan mental, kardiovaskuler ditandai dengan: nadi kecil, tekanan darah menurun, dan temperature meningkat, gastrointestinal ditandai dengan: ikterus makin berat, terdapat timbunan aseton yang makin tinggi dengan bau yang makin tajam. Keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menunjukkan adanya payah hati (Wiknjosastro, 2005).

## 6. Komplikasi

Baik komplikasi yang relatif ringan maupun berat bisa disebabkan karena hiperemesis gravidarum. Kehilangan berat badan, dehidrasi, acidosis akibat dari gizi buruk, alkalosis akibat dari muntah-muntah, hipokalemia, kelemahan otot, kelainan elektrokardiografi dan gangguan psikologis dapat terjadi. Komplikasi yang mengancam nyawa meliputi ruptur esofagus yang disebabkan muntah-muntah berat, *Wernicke's encephalopathy* (diplopia, nystagmus, disorientasi, kejang, coma), perdarahan retina, kerusakan ginjal, pneumomediastinum spontan, IUGR dan kematian janin. Pasien dengan hiperemesis gravidarum pernah dilaporkan mengalami epistaxis pada minggu ke-15 kehamilan karena intake vitamin K yang tidak adekuat yang disebabkan emesis berat dan ketidakmampuannya mentoleransi makanan padat dan cairan. Dengan penggantian vitamin K, parameter-parameter koagulasi kembali normal dan penyakit sembuh (Barbara, 2010).

Vasospasme arteri cerebral yang terkait dengan hiperemesis gravidarum juga ada dilaporkan pada beberapa pasien. Vasospasme didiagnosa dengan angiografi Magnetic Resonance Imaging (MRI). Tetapi bila semua bentuk pengobatan gagal dan kondisi ibu menjadi mengancam nyawa, pengakhiran kehamilan merupakan pilihan. Verberg melaporkan pilihan pengakhiran kehamilan kira-kira 2 % pada kehamilan yang terkomplikasi dengan hiperemesis gravidarum (Cunningham, 2010).

Namun demikian, Kuscu dan Koyuncu menilai luaran maternal dan neonatal dari penderita hiperemesis gravidarum yang diteliti pada dua penelitian berbeda yang melibatkan 193 dan 138 pasien. Dari 193 pasien, 24% membutuhkan perawatan inap dan satu pasien membutuhkan nutrisi parenteral. Berat lahir, usia kandungan, kelahiran preterm, skor Apgar, mortalitas perinatal dan kejadian kelainan bawaan janin tidak berbeda antara pasien hiperemesis dan populasi umum. Dalam studi lainnya, tidak ada terdeteksi peningkatan risiko keterlambatan pertumbuhan, kelainan bawaan dan prematuritas. Umumnya hiperemesis gravidarum dapat disembuhkan. Dengan penanganan yang baik prognosis hiperemesis

gravidarum sangat memuaskan. Namun pada tingkatan yang berat, penyakit ini dapat mengancam jiwa ibu dan janin (Astriana, 2015).

## **7. Pencegahan**

Prinsip pencegahan adalah mengobati emesis agar tidak terjadi hiperemesis gravidarum dengan cara :

- a. Memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
- b. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang – kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.
- c. Menganjurkan mengubah makan sehari – hari dengan makanan dalam jumlah kecil tapi sering
- d. Menganjurkan pada waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biscuit dengan teh hangat
- e. Makanan yang berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindarkan
- f. Makanan seyogyanya disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin
- g. Menghindari kekurangan kardohidrat merupakan factor penting, dianjurkan makanan yang banyak mengandung gula (Wiknjosastro, 2005 dalam Damarasri, 2017).

## **8. Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada pasien hiperemesis gravidarum:

- a. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilakukan pada pasien hiperemesis gravidarum:
  - 1) Dipstik urin: Ketonuria (Keton +1 atau lebih), keton berdampak buruk terhadap perkembangan janin
  - 2) Pemeriksaan darah lengkap untuk mendeteksi penyulis seperti anemia dan infeksi.
  - 3) Ureum dan Kreatinin, dilakukan bila dicurigai ada gangguan ginjal

- 4) Elektrolit, pada muntah yang hebat bisa terjadi *electrolyte imbalance*
  - 5) Glukosa darah sewaktu (GDS), karena pasien yang mual-muntah umumnya sulit makan sehingga bisa mengalami hipoglikemia
  - 6) Fungsi tiroid (TSH, fT4)
  - 7) Fungsi hati (SGOT,SGPT): perlu dibedakan antara peningkatan yang normal terjadi pada hiperemesis gravidarum dan akibat penyakit pada hati seperti hepatitis B atau penyebab lainnya
- b. Pemeriksaan USG untuk memastikan kesejahteraan janin dan memeriksa kemungkinan adanya kehamilan multipel atau penyakit tropoblastik (Indriyani, 2013).

## 9. Penatalaksanaan Medis

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak berkurang maka diperlukan:

- a. Obat – obatan; Sedativa : Phenobarbital.
- b. Vitamin : Vitamin B1 dan B6 atau B – kompleks.
- c. Anti histamine : dramamin, avomin.
- d. Anti emetik (pada keadaan lebih berat) : Dislikomin hidrokloride atau khlorpromasine.
- e. Cairan parenteral; cairan yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5% dalam cairan fisiologis (2 – 3 liter/hari), dapat ditambah kalium dan vitamin (vitamin B komplek, vitamin C), bila kekurangan protein dapat diberiakan asam amino secara intravena, bila dalam 24 jam penderita tidak muntah dan keadaan umum membaik dapat diberikan minuman dan lambat laun makanan yang tidak cair.
- f. Tidak diberikan makanan atau minuman dan selama 24 jam (puasa).
- g. Terapi psikologika; perlu diyakinkan kepada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik.

- h. Menghentikan kehamilan; Bila keadaan memburuk dilakukan pemeriksaan medik dan psikiatrik, manifestasi komplikasi organik adalah delirium, takikardi, ikterus, anuria dan perdarahan dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan keadaan yang memerlukan pertimbangan gugur kandung diantaranya:
- 1) Gangguan kejiwaan ditandai dengan: delirium, apatis, somnolen sampai koma, terjadi gangguan jiwa.
  - 2) Gangguan penglihatan ditandai dengan: perdarahan retina, kemunduran penglihatan.
  - 3) Gangguan faal ditandai dengan: hati dalam bentuk ikterus, ginjal dalam bentuk anuria, jantung dan pembuluh darah terjadi nadi meningkat, tekanan darah menurun. (Wiknjosastro, 2005 dalam Agustina, 2016).

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu, keluarga, dan kelompok dan menganalisisnya sehingga dapat diketahui masalah dan kebutuhan perawatan bagi pasien (Nanda, 2015). Pengkajian harus dilakukan secara komprehensif terkait dengan aspek biologis, psikologis, sosial, maupun spiritual.

#### **a. Identitas**

- 1) Identitas klien : nama, umur jenis kelamin, Status Agama, Pendidikan, suku/bangsa, pekerjaan, alamat, nomor RM, dan status Perkawinan.
- 2) Identitas Penanggung Jawab : nama, umur, pekerjaan, pendidikan, suku, alamat, hubungan dengan klien.

#### **b. Keluhan Utama**

Pada pasien dengan hiperemesis gravidarum biasanya akan datang dengan keluhan mual muntah terus-menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, Ibu merasa lemah, Nafsu

makan tidak ada, berat badan menurun, merasa nyeri pada epigastrium, tekanan darah menurun, turgor kulit berkurang.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Tanyakan apakah pasien memiliki penyakit seperti hipertensi, jantung, diabetes melitus, penyakit ginjal kronis, penyakit gastritis, penyakit thypoid, atau ada riwayat keluarga yang mengalami hiperemesis gravidarum berat.

1) Keluhan Utama

Pasien datang kerumah sakit dengan keluhan mual muntah terus-menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, Ibu merasa lemah, Nafsu makan tidak ada, berat badan menurun, merasa nyeri pada epigastrium, tekanan darah menurun, turgor kulit berkurang, Mata cekung.

2) Riwayat kesehatan keluarga

Tanyakan riwayat penyakit keturunan keluarga seperti hipertensi, jantung, diabetes melitus, penyakit ginjal kronis, atau ada riwayat keluarga yang mengalami Hiperemesis gravidarum berat.

3) Riwayat operasi

Tanyakan pada pasien apakah pernah memiliki riwayat operasi SC pada Kehamilan sebelumnya.

4) Riwayat psikososial spiritual dan budaya

Tanyakan pada pasien apakah kehamilan direncanakan atau tidak, adakah kecemasan yang dirasakan selama Kehamilan (Reeder, 2014).

d. Riwayat Obsetrik/Kehamilan

1) *Menarche*

Tanyakan pada pasien umur berapa Menarche, siklus haid, lama haid, banyaknya haid, warna, bau, serta ada tidak keluhan disminore.

2) HPHT tanggal perkiraan persalinan

3) Gerakan janin

Tanyakan pada pasien saat usia kehamilan berapa mulai merasakan gerakan janin

4) Obat yang dikonsumsi

Apakah ada obat rutin yang dikonsumsi selama kehamilan

5) Keluhan pada trimester I

Kaji apakah pasien mengeluh mual muntah secara berlebihan, penurunan turgor kulit, penurunan TTV, dan tidak nafsu makan.

6) Riwayat ANC

Tanyakan pada pasien sudah berapa kali melakukan ANC selama Kehamilan.

7) Kaji penyuluhan yang pasien dapatkan selama persalinan.

Tanyakan pada pasien penyuluhan apa saja yang ia dapatkan dari pelayanan kesehatan terkait kehamilan saat ini.

8) Riwayat kontrasepsi

Tanyakan jenis alat kontrasepsi apa yang ibu pernah gunakan, berapa lama kontrasepsi terpasang, dimana alat tersebut terpasang, berapa lama menggunakan, tanyakan apakah ada masalah selama penggunaan alat kontrasepsi.

e. Pola kebiasaan sehari-hari

1) Pola nutrisi

Hilangnya nafsu makan, mual muntah, perubahan berat badan, penurunan turgor kulit, porsi makan.

2) Istirahat tidur

Tanyakan apakah ada kendala dalam istirahat tidur, berapa lama tidur dalam sehari, apakah ada masalah yang dialami selama tidur, apakah ada masalah dalam memulai tidur.

3) Pola eliminasi

Jumlah urine, lancar atau tidak, apakah ada gangguan selama eliminasi, warna urine, bau, adanya perasaan sering berkemih selama hamil.

## 4) Pola aktivitas

Tanyakan apakah terjadi gangguan aktifitas selama kehamilan, kekuatan otot, apakah melakukan olahraga rutin selama kehamilan.

5) Personal *Hygiene*

Kebersihan pada daerah vulva, apakah terdapat keputihan yang berlebihan atau pendarahan.

## 6) Integritas ego; konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, kehamilan tak direncanakan.

## 7) Pernafasan; frekuensi pernapasan meningkat.

## 8) Keamanan; suhu kadang naik, badan lemah, ikterus, dan dapat jatuh dalam koma

## 9) Seksualitas; penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik.

## 10) Interaksi sosial; perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospitalisasi dan sakit, system pendukung yang kurang.

## 11) Pembelajaran dan penyuluhan; Apa yang diketahui pasien dan keluarga terkait kondisi mual muntah yang berlebihan selama masa kehamilan, beserta dampak yang timbul jika terjadi secara terus menerus. Serta mengkaji apakah pasien dan keluarga mendapatkan informasi terkait mual muntah akibat hiperemesis gravidarum.

## f. Pemeriksaan Fisik

## 1) Pemeriksaan umum : keadaan Umum, kesadaran, berat badan sebelum hamil, tinggi badan, LILA, IMT.

## 2) Tanda-tanda vital Meliputi: tekanan darah, nadi, pernapasan, dan Suhu.

a) Pemeriksaan *Head toe to*

## 1) Keadaan umum

Keadaan umum Klien tampak lemah, tidak bergairah, tampak meringis, dan beraktivitas di tempat tidur.

- 2) Kulit/integument  
Warna kulit pasien, tekstur terdapat edema atau tidak, turgor menurun dan ukur suhu tubuh.
- 3) Kepala dan rambut  
Kaji kebersihan kepala pasien, warna rambut, distribusi, rambut pendek atau panjang.
- 4) Kuku  
Warna bantalan kuku berwarna, kuku tangan dan kaki bersih atau tidak dan pendek atau panjang.
- 5) Mata/penglihatan  
Bentuk mata, refleks cahaya normal, kedua pupil isokhor/an isokor, akomodasi, konjungtiva anemis/tidak adem, fungsi penglihatan, ada peradangan.
- 6) Hidung/penciuman  
Hidung Simetris/tidak, bentuk hidung, ada serumen atau tidak, fungsi penciuman.
- 7) Mulut dan gigi  
Bibir kering, lidah kotor, fungsi pengecapan kurang, lida kering.
- 8) Leher  
Ada/Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan ada pembesaran kelenjar limfa atau tidak, kaku atau tidak.
- 9) Dada  
Bentuk pernapasan, suara napas, bentuk dada, frekuensi pernafasan, ictus kordis, bunyi jantung, denyut apeks teraba atau tidak.
- 10) Abdomen  
Tidak ada massa, tidak ada pembesaran hepar, bising usus (+), pembesaran uterus karena kehamilan. Pemeriksaan Leopod:

Leopod I: Untuk menentukan usia kehamilan dan juga untuk mengetahui bagian janin apa yang terdapat di fundus uteri (bagian atas perut ibu).

Leopod II : ntuk menentukan bagian janin yang berada pada kedua sisi uterus, pada letak lintang tentukan di mana kepala janin.

Leopod III : untuk menentukan bagian janin apa (kepala atau bokong) yang terdapat di bagian bawah perut ibu, serta apakah bagian janin tersebut sudah memasuki pintu atas panggul (PAP).

#### 11) Genitalia

Apakah ada keputihan, atau pendarahan , varises vagina, lender yang banyak, warna, pembesaran kelenjar bartolin, penyakit infeksi genital.

#### 12) Ekstremitas atas dan bawah

Kemampuan pergerakan, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah, varises, uedema, kering, CRT kembali dalam 2-3 detik, warna kuku, kram/nyeri tungkai, rasa baal, reflek patella.

#### b) Pemeriksaan Penunjang

- 1) Dipstik urin: Ketonuria (Keton +1 atau lebih), keton berdampak buruk terhadap perkembangan janin
- 2) Pemeriksaan darah lengkap untuk mendeteksi penyulis seperti anemia dan infeksi.
- 3) Ureum dan Kreatinin, dilakukan bila dicurigai ada gangguan ginjal.
- 4) Elektrolit, pada muntah yang hebat bisa terjadi *electrolyte imbalance*.
- 5) Glukosa darah sewaktu (GDS), karena pasien yang mual-muntah umumnya sulit makan sehingga bisa mengalami hipoglikemia.
- 6) Fungsi tiroid (TSH, ft4).

- 7) Fungsi hati (SGOT,SGPT): perlu dibedakan antara peningkatan yang normal terjadi pada hiperemesis gravidarum dan akibat penyakit pada hati seperti hepatitis B atau penyebab lainnya.
- 8) Amilase: menentukan ada tidaknya prostatitis.
- 9) Kultur urin: infeksi saluran kemih dapat menyebabkan mual muntah.
- 10) Selain pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan USG untuk memastikan kesejahteraan janin dan memeriksa kemungkinan adanya kehamilan multipel atau penyakit tropoblastik (Nanda, 2015).

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Menurut SDKI (2016) diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan yaitu:

### a. Defisit nutrisi

Definisi:

Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Penyebab:

- 1) Vomitus menetap
- 2) Ketidakmampuan mencerna makanan
- 3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi
- 4) Peningkatan kebutuhan metabolisme
- 5) Proses kehamilan

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif: -

Objektif:

- 1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- 1) Mengeluh mual muntah
- 2) Cepat kenyang setelah makan
- 3) Kram/nyeri abdomen
- 4) Nafsu makan menurun

Objektif:

- 1) Bising usus hiperaktif
- 2) Otot penguyah lemah
- 3) Mual muntah berlebihan
- 4) Membran mukosa pucat
- 5) Sariawan
- 6) Serum albumin turun

b. Hipovolemia

Definisi:

Penurunan volume cairan intravaskuler, interstisial, dan/atau intravaskuler.

Penyebab:

- 1) Kehilangan cairan aktif
- 2) Kegagalan mekanisme regulasi
- 3) Peningkatan permeabilitas kapiler
- 4) Kekurangan intake cairan
- 5) Evaporasi

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif: -

Objektif:

- 1) Frekuensi nadi meningkat
- 2) Nadi teraba lemah
- 3) Tekanan darah menurun
- 4) Tekanan nadi menyempit
- 5) Membran mukosa kering

- 6) Volume urin menurun
- 7) Hematokrit meningkat.

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

- 1) Merasa lemah
- 2) Mengeluh haus

Objektif:

- 1) Pengisian vena menurun
- 2) Status mental berubah
- 3) Suhu tubuh meningkat
- 4) Konsentrasi urine meningkat
- 5) Berat badan turun tiba-tiba

c. Ansietas.

Definisi:

Kondisi emosi dan pengalaman subjektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman.

Penyebab:

- 1) Krisis situasional
- 2) Kebutuhan tidak terpenuhi
- 3) Ancaman terhadap konsep diri
- 4) Ancaman terhadap kematian
- 5) Kekhawatiran mengalami kegagalan
- 6) Disfungsi sistem keluarga
- 7) Kurang terpapar informasi

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- 1) Merasa bingung
- 2) Merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi
- 3) Sulit berkonsentrasi

Objektif:

- 1) Tampak gelisah

2) Tampak tegang

3) Sulit tidur

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

1) Mengeluh pusing

2) Anoreksia

3) Palpitasi

4) Merasa tidak berdaya

Objektif:

1) Frekuensi napas meningkat

2) Frekuensi nadi meningkat

3) Tekanan darah meningkat

4) Diaforesis

5) Tremor

6) Muka tampak pucat

7) Suara bergetar

d. Gangguan rasa nyaman

Definisi:

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

Penyebab:

1) Gejala penyakit

2) Kurang pengendalian lingkungan

3) Gangguan adaptasi kehamilan

4) Gangguan stimulus lingkungan

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif:

1) Gelisah

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:

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

Objektif:

- 1) Menunjukkan gejala stres
- 2) Tampak merintih/menangis
- 3) Pola eliminasi berubah
- 4) Iritabilitas

e. Defisit Pengetahuan

Definisi:

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab:

- 1) Keterbatasan kognitif
- 2) Gangguan fungsi kognitif
- 3) Kekeliruan mengikuti anjuran
- 4) Kurang terpapar informasi
- 5) Kurang mampu mengingat
- 6) Ketidaktauan menemukan sumber informasi.

Gejala dan tanda mayor:

Subjektif:

- 1) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif:

- 1) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- 2) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan tanda minor:

Subjektif:-

Objektif:

- 1) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat

- 2) Menunjukkan perilaku berlebih (misal: apatis, bermusuhan, agitasi, histeria).

### 3. Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	Intervensi	Rasional
1	<p>Defisit nutrisi (SDKI, D.0019) berhubungan dengan</p> <p><input type="checkbox"/> vomitus yang menetap</p> <p>dibuktikan dengan tanda</p> <p><input type="checkbox"/> DS:-</p> <p><input type="checkbox"/> DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gejala mual muntah,</li> <li>- Penurunan napsu makan,</li> <li>- Penurunan berat badan 5% dari rentang ideal,</li> <li>- Membran mukosa pucat,</li> <li>- Bising usus hiperaktif,</li> <li>- Peningkatan frekuensi nadi meningkat.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .....x 24 jam diharapkan NOC:</p> <p>Keseimbangan Nutrisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Napsu makan</li> <li>❖ Kontrol mual dan muntah</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah menunjukkan</li> <li>2. Jang jarang menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol>	<p>NIC:</p> <p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemenuhan status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi.</li> <li>2. Identifikasi terjadinya alergi atau intoleransi makanan pasien</li> <li>3. Anjurkan untuk menghindari makanan yang berlemak</li> <li>4. anjurkan untuk makan makanan selingan seperti biskuit, roti dan teh (panas) hangat sebelum bangun tidur pada siang hari dan sebelum tidur.</li> <li>5. Catal intake TPN, jika intake oral tidak dapat diberikan dalam periode tertentu.</li> <li>6. Inspeksi adanya iritasi atau lesi pada mulut.</li> <li>7. Kaji kebersihan oral dan personal <i>hygiene</i> serta penggunaan cairan pembersih mulut sesering mungkin.</li> <li>8. Pantau kadar Hemoglobin dan Hematokrit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan hidrasi cairan dan pengeluaran melalui muntah.</li> <li>2. Dapat mencukupi asupan nutrisi yang dibutuhkan tubuh.</li> <li>3. dapat merangsang mual dan muntah.</li> <li>4. makanan selingan dapat mengurangi atau menghindari rangsang mual muntah yang berlebihan</li> <li>5. untuk mempertahankan keseimbangan nutrisi.</li> <li>6. untuk mengetahui integritas inukosa mulut.</li> <li>7. untuk mempertahankan integritas mukosa mulut.</li> <li>8. mengidentifikasi adanya anemi dan potensial penurunan kapasitas pembawa oksigen ibu. Klien dengan kadar Hb &lt; 12 gr/dl atau kadar Ht &lt; 37 % dipertimbangkan anemi pada</li> </ol>

			9. Test urine terhadap aseton, albumin dan glukosa.	trimester I. 9. menetapkan data dasar dilakukan secara rutin untuk mendeteksi situasi potensial resiko tinggi seperti ketidakadekuatan asupan karbohidrat, Diabetik ketoasidosis dan Hipertensi
2	<p>Hipovolemia (SDKI, D.0023) berhubungan dengan</p> <p><input type="checkbox"/> kehilangan cairan akibat vomitus</p> <p>Dibuktikan dengan tanda gejala</p> <p>Ds: - Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membran mukosa kering,</li> <li>- Turgor kulit menurun,</li> <li>- Peningkatan nadi dan</li> <li>- Penurunan tekanan darah.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama .... x 24 jam NOC: Keseimbangan Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak adekuat</li> <li>2. Sedikit adekuat</li> <li>3. Cukup adekuat</li> <li>4. Sebagian besar adekuat</li> <li>5. Sepenuhnya adekuat</li> </ol>	<p>NIC: Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan frekuensi atau beratnya mual/muntah.</li> <li>2. Tinjau ulang riwayat kemungkinannya masalah medis lain (misalnya Ulkus peptikum, gastritis).</li> <li>3. Kaji suhu badan dan turgor kulit, membran mukosa, TD, input/output dan berat jenis urine. Timbang BB klien setiap hari.</li> <li>4. Anjurkan peningkatan asupan minuman berkarbonat, makan sesering mungkin dengan jumlah sedikit. Makanan tinggi karbonat seperti : roti kering sebelum bangun dari tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan data berkenaan dengan semua kondisi. Peningkatan kadar hormon Korionik gonadotropin (HCG), perubahan metabolisme karbohidrat dan penurunan motilitas gastrik memperberat mual/muntah pada kehamilan.</li> <li>2. Membantu dalam mengenyampingkan penyebab lain untuk mengatasi masalah khusus dalam mengidentifikasi intervensi.</li> <li>3. Sebagai indikator dalam membantu mengevaluasi tingkat atau kebutuhan hidrasi.</li> <li>4. Membantu dalam meminimalkan mual/muntah dengan menurunkan keasaman lambung.</li> </ol>

3	<p>Ansietas (SDKI, D.0080) berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kurang terpapar informasi dan krisis situasional</li> </ul> <p>dibuktikan dengan tanda gejala Ds: - Merasa khawatir dengan kondisi janin, DO: - Tampak gelisah, - Tampak tegang, - Sulit tidur.</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... x 24 jam NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ansietas kontrol dan mekanisme koping       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah menunjukkan</li> <li>2. Jarng menunjukkan</li> <li>3. Kadang-kadang menunjukkan</li> <li>4. Sering menunjukkan</li> <li>5. Secara konsisten menunjukkan</li> </ol> </li> </ul>	<p>NIC: Ansietas Kontrol</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperlihatkan sikap menerima rasa takut klien.</li> <li>2. Mendorong untuk mengungkapkan perasaan dan kekhawatirannya.</li> <li>3. Memberi informasi yang berhubungan dengan risiko potensial yang dapat terjadi pada janinnya.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sikap yang menerima takut klien akan memungkinkan komunikasi terbuka tentang sumber ketakutan.</li> <li>2. Pengetahuan tentang risiko potensial pada janin dapat membantunya menghilangkan rasa takut.</li> <li>3. Strategi koping yang efektif dibutuhkan untuk memampukan klien mengatasi penyakit yang dideritanya dan efek-efek penyakit tersebut</li> </ol>
4	<p>Gangguan rasa nyaman (SDKI, D. 0074) berhubungan dengan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> gangguan adaptasi kehamilan dibuktikan dengan faktor resiko</li> </ul> <p>Ds: - mengeluh tidak nyaman, mengeluh mual, tidak mampu rileks. Do: - gelisah - menunjukkan rasa stres</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... x 24 jam diharapkan NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Status Kenyamanan       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deviasi berat dari kisaran normal</li> <li>2. Deviasi cukup besar dari kisaran normal</li> <li>3. Deviasi sedang dari kisaran normal</li> <li>4. Deviasi ringan dari kisaran normal</li> <li>5. Tidak ada deviasi dari kisaran normal</li> </ol> </li> </ul>	<p>NIC: Indikator Kenyamanan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. kaji skala nyeri, karakteristik, kualitas, frekuensi dan lokasi nyeri.</li> <li>2. Anjurkan penggunaan tehnik relaksasi dan distraksi</li> <li>3. Yakinkan pada klien bahwa perawat mengetahui nyeri yang dirasakannya dan akan berusaha membantu untuk mengurangi nyeri tersebut.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan perubahan dalam tingkat nyeri dan mengevaluasi nilai skala nyeri. Mengidentifikasi sumber sumber multiple dan jenis nyeri.</li> <li>2. Menggunakan strategi ini sejalan dengan pemberian analgesic untuk mengurangi atau mengalihkan respon terhadap nyeri.</li> <li>3. Ketakutan bahwa nyari akan tidak dapat diterima seperti peningkatan ketegangan dan ansietas yang nyata dan menurunkan toleransi nyeri.</li> </ol>

			<p>4. Catat keparahan nyeri pasien dengan bagan.</p> <p>5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi.</p>	<p>4. Membantu dalam menunjukkan kebutuhan analgesic tambahan atau pendekatan alternative terhadap penatalaksanaan nyeri.</p> <p>5. analgesic lebih efektif bila diberikan pada awal siklus nyeri.</p>
5	<p>Defisit Pengetahuan (SDKI. D.0111) berhubungan dengan</p> <p><input type="checkbox"/> Kuang terpapar informasi dibuktikan dengan faktor resiko</p> <p>Ds: - Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien banyak bertanya,</li> <li>- menunjukn presepsi yang keliru terhadap masalah.</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ..... x 24 jam diharapkan NOC:</p> <p><input type="checkbox"/> Pengetahuan: Proses Penyakit:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada pengetahuan</li> <li>2. Pengetahuan terbatas</li> <li>3. Pengetahuan sedang</li> <li>4. Pengetahuan banyak</li> <li>5. Pengetahuan sangat banyak</li> </ol>	<p>NIC:</p> <p>Pengetahuan: Proses Penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang Hiperemesis Grvidarum dan kaji pengetahuan pasien.</li> <li>2. Berikan pendidikan kesehatan tentang hiperemesis gravidarum.</li> <li>3. Buat hubungan perawat-klien yang mendukung dan terus menerus.</li> <li>4. Evaluasi pengetahuan dan keyakinan budaya saat ini berkenaan dengan perubahan fisiologis/psikologis yang normal pada kehamilan, serta keyakinan tentang aktivitas, perawatan diri dan sebagainya.</li> <li>5. Klarifikasi kesalahpahaman.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui seberapa dalam pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan tentang penatalaksanaannya di rumah.</li> <li>2. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang hiperemesis gravidarum.</li> <li>3. Peran penyuluh atau konselor dapat memberikan bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggunmg jawab individu terhadap kesehatan.</li> <li>4. Memberikan informasi untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan membuat rencana keperawatan.</li> <li>5. Ketakutan biasanya timbul dari kesalahan informasi dan dapat mengganggu pembelajaran selanjutnya.</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tentukan derajat motivasi untuk belajar.</li> <li>7. Pertahankan sikap terbuka terhadap keyakinan klien/pasangan.</li> <li>8. Jawab pertanyaan tentang perawatan dan pemberian makan bayi.</li> <li>9. Identifikasi tanda bahaya kehamilan, seperti perdarahan, kram, nyeri abdomen akut, sakit punggung, edema, gangguan penglihatan, sakit kepala dan tekanan pelvis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Klien dapat mengalami kesulitan dalam belajar kecuali kebutuhan untuk belajar tersebut jelas.</li> <li>7. Penerimaan penting untuk mengembangkan dan mempertahankan hubungan.</li> <li>8. Memberikan informasi yang dapat bermanfaat untuk membuat pilihan.</li> <li>9. Membantu klien membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat.</li> </ol>
--	--	--	--	---

Sumber: (Nanda, 2015 & Wilkinson, 2013).

#### **4. Implementasi Keperawatan**

Pada tahap pelaksanaan ini kita benar-benar siap untuk melaksanakan intervensi keperawatan dan aktivitas-aktivitas keperawatan yang telah dituliskan dalam rencana keperawatan pasien. Dalam kata lain dapat disebut bahwa pelaksanaan adalah peletakan suatu rencana menjadi tindakan yang mencakup :

- a. Penulisan dan pengumpulan data lanjutan
- b. Pelaksanaan intervensi keperawatan
- c. Pendokumentasian tindakan keperawatan
- d. Pemberian laporan/mengkomunikasikan status kesehatan pasien dan respon pasien terhadap intervensi keperawatan Pada kegiatan implementasi diperlukan kemampuan perawat terhadap penguasaan teknis keperawatan, kemampuan hubungan interpersonal, dan kemampuan intelektual untuk menerapkan teori-teori keperawatan kedalam praktek.

#### **5. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat akan mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Evaluasi adalah kegiatan yang terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana atau menghentikan rencana keperawatan. Dalam evaluasi pencapaian tujuan ini terdapat 3 (tiga) alternatif yang dapat digunakan perawat untuk memutuskan/menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai, yaitu :

- a. Tujuan tercapai
- b. Tujuan sebagian tercapai
- c. Tujuan tidak tercapai

Ketiga unsur tersebut dapat dilihat/dinilai melalui “Perilaku Pasien”. Dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai dengan kondisi yang ditetapkan pada tujuan, sebagian

tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan. Sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan.

Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Pengkajian ulang diperlukan untuk mengubah atau menghilangkan diagnosis keperawatan, tujuan dan tindakan yang terdahulu, atas dasar data-data yang baru diperoleh dari pasien. Dari pengkajian ulang kita akan memperoleh hasil sebagai berikut :

- a. Data yang baru dari pasien dapat merupakan masalah baru sehingga perawat akan merumuskan diagnosa, tujuan dan rencana tindakan keperawatan yang baru
- b. Data baru dapat menunjukkan bahwa tujuan telah tercapai sehingga perawat dapat mencantumkan dalam kolom evaluasi, dan rencana keperawatan untuk masalah tersebut sudah selesai
- c. Data baru menunjukkan bahwa tujuan sebagian atau tidak tercapai, sehingga dengan demikian kita dapat melakukan identifikasi masalah dengan harapan dapat memperbaiki rencana yang tidak berhasil :
  - 1) Kemungkinan tujuan tidak sesuai dengan diagnosa keperawatan, sehingga perlu diadakan perubahan
  - 2) Kemungkinan diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan masalah yang ada, maka perlu diperbaiki
  - 3) Bila tujuan dan diagnosa keperawatan sesuai, kemungkinan tindakan keperawatan belum merupakan cara terbaik untuk mencapai tujuan, maka pengkajian ulang akan meliputi pencatatan tindakan keperawatan yang lebih efektif dan perubahan rencana tersebut.
  - 4) Pengkajian ulang dilakukan untuk menyesuaikan rencana keperawatan terhadap perubahan kondisi dari pasien Evaluasi pencapaian tujuan memberikan umpan balik yang penting bagi perawat dalam menentukan apakah rencana keperawatan sudah

efektif dalam mengurangi, menghilangkan ataupun mencegah masalah pasien. Untuk mendokumentasikan kemajuan pencapaian tujuan atau evaluasi dapat menggunakan kartu/format bagan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisis dan Perencanaan).

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

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

Desain Penelitian ini adalah studi kasus dengan menggunakan metode Pendekatan Penelitian Kualitatif dengan pendekatan *case study research* dilengkapi dengan kerangka konsep penelitian sebagai Berikut. (Notoatmojo, 2010). Kerangka asuhan keperawatan ini terdiri dari tahap pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi.

#### **B. Subjek Penelitian**

Subjek dalam penelitian ini adalah satu orang yakni pasien yang mengalami Hiperemesis Gravidarum. Dengan Kriteria Subjek:

1. Pasien dengan diagnosa Medis Hiperemesis Gravidarum yang dirawat dirumah sakit
2. Bersedia menjadi responden
3. Pasien dan Keluarga dapat berkomunikasi dengan baik.

#### **C. Batasan istilah (Defenisi Operasional)**

Fokus studi dalam studi kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan dengan defenisi operasional sebagai berikut:

1. Hiperemesis gravidarum merupakan ibu hamil yang mengalami mual muntah yang berlebih, dapat menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari sehingga membahayakan kesehatan bagi janin dan ibu, bahkan dapat menyebabkan kematian.
2. Pasien hiperemesis gravidarum merupakan pasien dengan gejala mual dan muntah yang berlebihan dengan frekuensi lebih dari 10 kali dalam sehari, yang dirawat dirumah sakit dengan diagnosa medis Hiperemesis gravidarum.

3. Asuhan keperawatan hiperemesis gravidarum merupakan asuhan keperawatan yang disusun oleh perawat menggunakan standar SDKI dan SIKI yang digunakan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien dengan Hiperemesis gravidarum.

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

Penelitian ini dilakukan di ruang Kebidanan RSUD Hassanudin Damrah Kabupaten Bengkulu Selatan. Waktu pengumpulan data asuhan keperawatan ini dimulai dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi yang dilaksanakan pada Tanggal 15 Juni-17 Juni 2019.

#### **E. Prosedur Penelitian**

Langkah-langkah prosedur dalam penelitian ini adalah :

1. Setelah persetujuan proposal, peneliti mengurus surat ijin dari institusi yang ditunjukkan pada instansi di rumah sakit yang akan dilakukan penelitian
2. Setelah mendapatkan surat ijin dari instansi, lalu diberikan izin untuk masuk ruangan yang ditentukan, mahasiswa menjelaskan maksud dan tujuan penelitian.
3. Menentukan responden penelitian dengan melihat data yang memenuhi kriteria dan dibantu oleh salah satu petugas yang ada di ruangan.
4. Melakukan pengkajian yakni pengumpulan data secara sistematis untuk mengidentifikasi keadaan kesehatan klien sekarang dan masalah untuk perumusan masalah keperawatan.
5. Setelah mengumpulkan data mengevaluasi status kesehatan partisipan disimpulkan masalah-masalah kesehatan yang aktual atau potensial dalam bentuk diagnosa keperawatan.
6. Merumuskan diagnosa keperawatan, peneliti membuat perencanaan dengan *Nursing Outcome Criteria* (NOC)
7. Dilakukan implementasi, yakni pelaksanaan intervensi keperawatan.
8. Evaluasi keperawatan ditulis dalam catatan perkembangan SOAP

9. Penyajian data dilakukan dengan tabel maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan cara mengaburkan identitas klien.
10. Dibuat kesimpulan dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan.

## **F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data**

Dalam pengumpulan data metode yang digunakan penulis adalah metode observasi Partisipatif, terdiri dilakukan dengan beberapa metode dibawah ini.

### **1. Wawancara**

Yaitu suatu metode yang digunakan untuk mengumpulkan data dengan cara menanyakan atau Tanya jawab yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan merupakan suatu komunikasi yang direncanakan. Untuk itu kemampuan komunikasi pada klien dibutuhkan dalam memperoleh data klien yang diperlukan (Nursalam, 2008). Pada kasus wawancara dilakukan dengan keluarga, klien, dan tenaga kesehatan.

### **2. Observasi**

Yaitu teknik pengumpulan data yang berencana, antara lain meliputi, melihat, mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang berhubungan nya dengan masalah yang di teliti (Notoatmojo, 2010). Observasi dilakukan untuk mengetahui anatara lain keadaan umum, keluhan yang dirasakan dan hasil pemeriksaan penunjang.

### **3. Pemeriksaan fisik**

Pengkajian kesehatan merupakan komponen kunci dalam pembuatan klinis. Keahlian dalam pembuatan keputusan klinis menopang pengembangan praktek keperawatan (Nursalam, 2008)

#### **a) Inspeksi**

Inspeksi adalah suatu proses observasi yang dilaksanakan secara sistematis. Observasi dilaksanakan dengan menggunakan indra penglihatan, pendengaran dan penciuman sebagai suatu alat

untuk mengumpulkan data (Nursalam, 2008). Dalam pengambilan kasus ini peneliti melakukan inspeksi pada pasien anak dengan Kejang Demam dari kepala sampai kaki.

b) Palpasi

Perkusi adalah suatu teknik yang menggunakan indra peraba, tangan dan jari-jari. Palpasi dilakukan pada semua bagian yang nyeri atau terlihat ada kelainan misalnya : adanya tumor, oedema, krepitasi (patah tulang), dan lain-lain (Nursalam, 2008).

c) Perkusi

Perkusi adalah suatu pemeriksaan dengan jalan mengetuk untuk membandingkan kiri kanan pada setiap daerah permukaan tubuh dengan tujuan menghasilkan suara, perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran dan konsistensi jaringan. Perkusi juga dilakukan untuk mengetahui reflek patella pasien (Nursalam, 2008).

d) Auskultasi

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara memndengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang di dengarkan adalah buyi jantung, suara nafas, dan bsisng usus. Suara tidak normal yang adapat diauskultasi pada nafas adalah : Rales : suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan memgembang pada inspirasi (rales halus, sedang dan kasar) (Nursalam, 2008).

## G. Keabsahan Data

Keabsahan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah menggunakan Triagulasi Sumber/Metode, yaitu menggunakan Klien, Perawat dan Keluarga. Klien sebagai sumber informasi, sumber dokumentasi dan lain-lain. Jika sumber informasi yang didapatkan dari klien-keluarga-perawat sama maka informasi tersebut "*Valid*".

## **BAB IV**

### **TINJAUAN KASUS**

Pada bab ini akan penulis paparkan hasil pengelolaan asuhan keperawatan pada klien dengan hiperemesis gravidarum di ruang Kebidanan Rumah Sakit Umum Manna Bengkulu Selatan dengan diagnosa medis Hiperemesis gravidarum, No RM. 13.36.73 Dari tanggal 15 Juni 2019 sampai dengan 17 Juni 2019, pengkajian dilakukan dengan anamnesa (wawancara langsung dengan pasien ataupun keluarga terdekat pasien, observasi langsung, pemeriksaan fisik, catatan medis, dan catatan keperawatan. Asuhan keperawatan ini dimulai dari proses pengkajian, Analisa data, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Berikut penulis paparkan dari masing-masing tahap tersebut :

#### **A. PENGKAJIAN**

Pengkajian dilakukan tanggal 15 Juni 2019 jam 09.25 WIB di Kebidanan Rumah Sakit Umum Manna Bengkulu Selatan.

##### **1. Identitas Pasien**

###### **a. Identitas pasien**

Nama Ny.A, umur 27 tahun, jenis kelamin perempuan, suku bangsa Serawai, agama Islam, status pernikahan kawin, pendidikan terakhir Diploma Tiga, alamat Jln Bahmada Rustam no.321 Kabupaten Bengkulu Selatan, pekerjaan Ibu rumah tangga, tanggal masuk 15 Juni 2019, no. register 13.36.73, diagnosa medis Hiperemesis gravidarum. Status obstetri kehamilan kedua dan belum pernah aborsi atau G2P1A0, no. HP 085268666xxx.

###### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Penanggung jawab: Nama Tn.A, umur 29 tahun, pekerjaan swasta, alamat Jln Bahmada Rustam no.321 Kabupaten Bengkulu Selatan, hubungan dengan pasien Suami.

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Keluhan utama (Alasan Masuk RS)

Hamil anak kedua, dengan usia kandungan 11 minggu, Klien mengatakan mual dan muntah terus menerus, keluhan muncul lebih dari 5 x/hari, karakteristiknya berupa cairan  $\pm 200$ cc dan bau khas.

### b. Riwayat penyakit sekarang

#### 1) Keluhan Saat dikaji

Saat dilakukan pengkajian di ruang kebidanan jam 11.10 WIB pasien mengeluh mual muntah terjadi sejak 2 minggu sebelum dibawa ke RS, seminggu sebelum masuk ke RS klien dibawa ke bidan dan diberi obat jalan, klien mengeluh mual, muntah lebih dari 5 x/hari, lemas, pusing dan tidak nafsu makan. Klien mengatakan saat ini tengah hamil 11 minggu.

#### 2) Riwayat Perjalanan Penyakit

Pasien saat ini hamil anak ke dua, usia kehamilan 11 minggu, mengalami mual dan muntah berlebihan semenjak hamil. Lemah dan tidak nafsu makan. Muntah setelah makan, nafsu makan berkurang. Dari bangun tidur sampai jam 11 ini muntah 5-6 kali, warna muntah Air kekuningan

### c. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit menular maupun penyakit biasa seperti DM, hipertensi dan lainnya.

### d. Riwayat operasi

Klien mengatakan tidak ada riwayat operasi SC, anak pertama dilahirkan secara normal di Bidan 4 tahun yang lalu.

### e. Riwayat psikososial spiritual dan budaya

Kehamilan kedua ini tidak direncanakan, namun klien dan suaminya tidak menunda. Pasien merasa cemas pada kehamilan keduanya ini karena mual dan muntah yang dirasakan terus menerus, sehingga takut terjadi sesuatu pada janinnya.

f. Riwayat obstetri

Riwayat menstruasi, klien mengalami menarche pada usia 13 tahun, siklus haid teratur kurang lebih 28 hari, lama haid 7 hari, banyaknya 2-3 kali ganti balut sehari, dismenore tidak, perdarahan diluar siklus tidak pernah, hari pertama haid terakhir pada tanggal 15 Maret 2019. Riwayat pernikahan, pasien menikah satu kali, usia waktu menikah 22 tahun, usia suami menikah 24 tahun, lama pernikahan 5 Tahun. Riwayat kehamilan sekarang adalah hamil kedua dan belum pernah aborsi ( G2P1A0 ), keluhan mual muntah kurang lebih dua minggu yang lalu, muntah lebih dari 5 kali dalam sehari, sesak napas tidak pernah, kejang tidak pernah, pada kaki dan tangan tidak bengkak, buang air kecil empat sampai lima kali sehari, buang air besar dua hari sekali, nafsu makan menurun sejak dua minggu yang lalu. Pemeriksaan kehamilan belum pernah karena pasien sebelumnya tidak tahu kalau dia hamil. Klien mengetahui bahwa dirinya hamil saat mual dan muntah yang sering terjadi pada pagi hari dan setelah diperiksakan kebidan setempat. Pasien mengatakan selama hamil baru sekali melakukan pemeriksaan ANC di bidan. Pasien mengatakan sejak oktober 2015 pasien menggunakan alat kontrasepsi suntik 3 bulan. Namun sudah tidak menggunakan alat kontrasepsi sejak 7 bulan terakhir dengan alasan haid yang sering tidak teratur.

g. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit apapun, seperti kardiovaskuler, DM, hipertensi, asma, hepatitis, malaria dan tidak pernah menjalani operasi di bagian perut (abdomen), kehamilan sebelumnya pasien tidak mengalami mual muntah seperti ini.

3. Pola Kesehatan Sehari-hari

a. Pola nutrisi dan metabolik

1) Sebelum Sakit

klien mengatakan mengkonsumsi makanan dengan frekuensi 3 x/hari dengan porsi sedang, jenis makanan yang dimakan ialah nasi, sayur dan lauk pauk. Kebiasaan mengkonsumsi vitamin/obat penambah nafsu makan tidak pernah. Keluhan saat makan adalah

mual. Pola minum klien  $\pm$  5 gelas/hari, klien makan makanan dengan porsi sedikit satu atau dua sendok makan. Klien mengeluh muntah setelah makan, tiap minum tidak habis dalam satu gelas, jenis minuman yang biasa diminum adalah air putih, teh dan susu.

## 2) Selama Sakit

Selama dirawat klien mengatakan nafsu makan klien masih berkurang karena setiap makan sedikit langsung muntah, klien makan hanya dua atau tiga sendok makan, jenis makanan adalah nasi, lauk pauk dan buah yang disediakan di Rumah sakit, porsi makanan setengah piring tidak habis. Bagi klien, keadaan sakit saat ini mempengaruhi pola makan dan minum. Keluhan dalam makan adalah mual dan muntah lebih dari 5 x/hari dan tidak nafsu makan. Terjadi penurunan berat badan 2 kg dalam 1 bulan terakhir yaitu: BB semula 49kg, BB selama sakit 47 kg. Pola minum klien  $\pm$  2-3 x/hari. Klien terpasang infus RL 30 tetes/menit dan jumlah cairan yang masuk dalam sehari  $\pm$  3500cc. berdasarkan hasil pengkajian derajat hiperemesis 1 (Satu).

## b. Pola eliminasi

### 1) Buang Air Besar (BAB)

Klien mengatakan pola buang air besar (BAB) 1 x/hari, waktu pagi hari, warna kuning, konsistensi lembek, penggunaan obat-obat pencahar tidak ada. Tidak ada keluhan mengenai BAB.

2) Buang Air Kecil (BAK) Klien mengatakan pola buang air kencing (BAK)  $\pm$  5x/hari, waktu tidak tentu, warna kuning, jumlah  $\pm$  600cc dalam satu hari. Menurut pasien pola eliminasi lebih sedikit dibandingkan sebelumnya. Warna urine kuning tua

## c. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit Klien mengatakan kegiatan dalam pekerjaan sehari-hari adalah sebagai Ibu rumah tangga. Olahraga yang dilakukan adalah jalan-jalan pada waktu pagi hari, frekuensi 3 minggu sekali itupun tidak terjadwal. Kesulitan dalam aktivitas tidak ada. Selama dirawat Klien

mengatakan selama sakit kegiatan yang dilakukan sehari-hari ialah hanya tiduran ditempat tidur/bed. Kesulitan yang dialami dalam beraktivitas ialah terkadang tubuhnya masih terasa lemas.

d. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit klien mengatakan istirahat/tidur pukul 20.00 WIB, lama  $\pm$  7-8 jam/hari, kebiasaan pengantar tidur ialah nonton Televisi atau mendengarkan musik. Kesulitan tidur tidak ada. Selama dirawat Klien mengatakan istirahat/tidur pukul 21.30 WIB , lama  $\pm$  5 jam. Kesulitan dalam tidur ialah klien mudah terbangun karena merasa kurang nyaman dengan suasana tidurnya dan terganggu karena masih mual.

e. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Klien mengatakan bahwa kesehatan itu adalah harta yang tak bisa digantikan dengan apapun dan sangat penting sehingga, harus dijaga sebaik-baiknya. Oleh karena itu agar tetap sehat harus dilakukan dengan menjaga lingkungan sekitar, makan makanan bergizi, dan olahraga teratur. Klien mengatakan belum tahu bahwa mual dan muntah-muntah yang dialaminya pada kehamilan kedunya ini cukup membahayakan bagi perkembangan sang janin, klien menganggap hal itu sepertinya wajar pada ibu hamil, tetapi setelah klien merasakan mual, muntah, lemas dan tidak mau makan, akhirnya klien membawa ke bidan tapi masih mual dan muntah terus selang beberapa hari klien memutuskan untuk memeriksakan ke Rumah Sakit umum Manna dan akhirnya oleh Dokter mendiagnosa Hiperemesis Gravidarum dan menyarankan agar klien menjalani perawatan rawat inap. Kebiasaan hidup klien tidak pernah mengkonsumsi jamu/obat-obatan, alkohol, rokok,kopi, kebiasaan olahraga juga jarang dilakukan, paling hanya 3 minggu sekali, dan tidak pernah terjadwal.

f. Pola persepsi sensori dan kognitif

Sebelum sakit Klien mengatakan tidak mempunyai keluhan dengan fungsi penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecapan dan sensasi perabaan. Alat bantu yang digunakan tidak ada. Kemampuan mengingat, berbicara dan memahami pesan yang diterima cukup baik. Klien

mengatakan kurang mengetahui tentang sakit yang dialaminya saat ini. Klien juga mengatakan belum tahu bahwa mual muntah yang dialaminya cukup membahayakan bagi perkembangan sang janin.

g. Pola hubungan dengan orang lain

Sebelum sakit Klien mengatakan hubungan dengan orang lain cukup baik, orang terdekat klien adalah suami dan keluarganya, hubungan dengan orangtua, saudara baik. Hubungan perkawinan cukup harmonis. Selama dirawat Klien mengatakan selama sakit tidak ada masalah yang mempengaruhi hubungan dengan orangtua, keluarga, perkawinan dan orang lain.

h. Pola reproduksi dan seksual

Klien mengatakan pemahaman terhadap fungsi seksual kurang begitu mengerti, tidak ada gangguan dalam hubungan seksual, selama melakukan aktivitas seksual tidak ada masalah, tingkat kepuasan selama berhubungan cukup puas, riwayat menstruasi umur 13 tahun, teratur dengan siklus 28 hari, riwayat kehamilan hamil kedua dan belum pernah aborsi (G2P1A0), dengan usia kehamilan 11 minggu.

i. Persepsi dan konsep diri

Klien mengatakan ingin cepat sembuh dan ketika pulang tidak muntah-muntah lagi, keadaan emosi klien cukup baik. Konsep diri:

- a. Citra diri/ *body image* : klien mengatakan menyukai apa yang ada pada dirinya selama hamil, hanya ada satu bagian tubuh yang membuatnya merasa risi yaitu pembesaran Payudara.
- b. Identitas : klien adalah seorang Ibu rumah tangga yang bertugas mengurus keperluan keluarga, klien mengaku puas dengan identitasnya sebagai perempuan.
- c. Peran : klien berperan sebagai istri dan ibu rumah tangga, kemampuan klien dalam melaksanakan peran tersebut cukup baik, selama sakit tidak mempengaruhi perannya.
- d. Ideal diri : klien berharap ingin menjadi istri dan ibu yang baik bagi keluarga dan putranya nanti.

e. Harga diri : klien mengaku tidak minder dengan keadaannya saat ini. Penilaian orang lain terhadap dirinya cukup baik.

j. Pola *mekanisme koping*

Klien mengatakan dalam mengambil keputusan dibantu oleh suami atau orangtua, yang dilakukan dalam menghadapi masalah ialah berbicara dengan orang tua atau suaminya secara musyawarah.

k. Pola nilai kepercayaan/keyakinan

Klien mengatakan sumber kekuatan baginya adalah keluarga, dan berdoa kepada Allah semoga diberikan kesabaran dalam menghadapi cobaan. Keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani ialah agar sakitnya cepat segera sembuh.

4. Pengkajian Fisik

Pengkajian Fisik Pengkajian tanggal 15 Juni 2019.

- a. Keadaan umum : klien terlihat lemas dan pusing
- b. Tingkat kesadaran : composmentis
- c. Vital sign ; TD: 90/70 mmHg, RR: 21 x/menit, N: 101 x/menit, S: 36,5°
- d. Pengukuran antropometri ; TB : 150 cm, BB sebelum : 49kg, BB saat sakit: 47kg. IMT : 20,8%, Lila : 22.5 cm.
- e. Pemeriksaan Fisik *Head toe to toe*
  - 1) Kepala : bentuk mesosephal, tidak ada luka, tidak ada pembekakan pada area kepala
  - 2) Rambut : warna hitam, panjang sebahu, jenis lurus, cukup tebal, bersih, tidak ada ketombe, distribusi rambut merata.
  - 3) Mata : kemampuan penglihatan baik, ukuran pupil isokor, bersih, tidak ada sekret, konjuntiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak terdapat alat bantu penglihatan.
  - 4) Hidung : bersih, tidak ada septum deviasi, tidak ada sekret, tidak ada Epistaksis, tidak ada polip, tidak ada napas cuping hidung, tidak memakai alat bantu oksigen.
  - 5) Telinga : kemampuan pendengaran baik, tidak ada nyeri, tidak ada sekret telinga, tidak ada pembengkakan, tidak ada penggunaan alat bantu dengar.

- 6) Bibir : keadaan bibir kering, mukosa kering, warna merah pucat, tidak bau.
- 7) Wajah: Tidak ada chloasma gravidarum, tidak oedem, pucat
- 8) Leher dan tenggorokan: Posisi trakea ditengah, tidak ada benjolan di leher, tidak ada pembesaran tonsil.
- 9) Dada dan thoraks: Bentuk simetris, suara napas vesikuler, pola napas teratur.
- 10) Mamae: Simetris, tidak ada benjolan, areola hiperpigmentasi, papila menonjol., payudara membesar simetris,
- 11) Jantung : inspeksi: ictus cordis tidak nampak, palpasi: ictus cordis teraba 2 cm, perkusi: konfigurasi jantung dalam batas normal, auskultasi: bunyi jantung I dan II normal.
- 12) Paru-paru : Inspeksi: bentuk dada simetris, Palpasi: stream vrementus kanan dan kiri sama, Perkusi: sonor seluruh lapisan paru, Auskultasi: suara paru vesikuler.
- 13) Abdomen : inspeksi: bersih, ada *striae gravidarum*, bentuk abdomen cembung, tidak ada bekas luka operasi. Auskultasi ; bising usus normal 78x/i, Palpasi: tidak ada nyeri tekan Epigastrium, perkusi: tympani.
- 14) Ekstremitas: Kuku bersih, turgor kurang, kekuatan otot baik, terpasang infus RL 30 tetes/menit di tangan kiri.
- 15) Kulit: Bersih, putih, tidak ada luka, turgor kulit kering, tidak ada tanda infeksi di daerah yang terpasang infus.
- 16) Genital: Bersih, tidak ada luka, tidak ada tanda infeksi, tidak terpasang cateter.

## 3) Pemeriksaan Penunjang

<b>Tanggal Pemeriksaan</b>	<b>Jenis pemeriksaan</b>	<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
15 Juni 2019	Darah	Hemoglobin	10,9 g/dl	12-16 g/dl
		Hemotokrit	32%	36-46%
		Leukosit	9100/uL	4-10 ribu/uL
		Trombosit	286.400/uL	150-450 ribu/uL
	Urinalisa	Warna	Kuning tua	Kuning muda
		Kejernihan	Keruh	Jernih
		Protein	Negatif	Negatif
		Glukosa	Negatif	Negatif
		Bilirubin	Negatif	Negatif
		Urobilinogen	Negatif	Negatif
		pH	6,0	4,8-7,6
		Berat jenis	1020 g/ml	1.015-1.025
		Nitrit	Negatif	Negatif
		Keton	Positif	Negatif
		Bood	Negatif	Negatif
Leukosit	Negatif	Negatif		
Glukosa Darah	GDS	74 mg/dl	80-200 mg/dl	
17 Juni 2012	Urinalisa	Keton	Positif	Negatif

## 4) Terapi

## a. Terapi 15 Juni 2019:

Therapi: Infus RL 30 tts/menit, injeksi ranitidin 3x10 mg, injeksi ondansetron 3x10 mg, injeksi neurobion 1x10 mg, ondansetron tab 3x1tab, Sucralfat syrup 3x1sdm.

## b. Diet: 3x nasi lunak, sayur, lauk , dan buah.

## B. ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mual, muntah-muntah lebih dari 5x/hari.</li> <li>- Klien mengatakan setiap makan sedikit pasti muntah.</li> <li>- Klien mengatakan pusing.</li> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat menahan perasaan mual.</li> <li>- Klien makan makanan dengan porsi sedikit satu atau dua sendok makan.</li> <li>- Klien muntah setelah makan</li> <li>- Saat dikaji jam 11 dari pagi pasien muntah lebih dari 5 kali</li> <li>- Warna muntah air kekuningan</li> <li>- BB:47 kg, TB: 150 cm. IMT: 20,8, Lila : 22.5 cm. Hb ; 10,9 g/dl.</li> <li>- Klien terpasang infuse RL 30 tetes/menit</li> <li>- GDS 74 gr/dl</li> <li>- Hamil 11 minggu</li> <li>- Ketonuria</li> </ul>	Faktor Psikologis Keinginan Untuk Makan	Defisit Nutrisi
2	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan badannya lemas dan pusing.</li> <li>- Klien mengatakan setiap akan memakan makanan pasti selalu keluar lagi.</li> <li>- Klien mengatakan masih muntah.</li> <li>- Klien mengatakan sering merasa haus.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lemas dan pusing</li> <li>- Turgor kulit dan mukosa bibir kering.</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Penurunan volume urine <math>\pm 600\text{mg/hari}</math></li> <li>- Ketonuria positif</li> <li>- Ht 32%</li> </ul>	kekurangan intake	Resiko defisit volume cairan

	- Warna urine kuning tua		
3	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kurang tahu tentang sakit yang dialaminya saat ini.</li> <li>- Klien merasa bingung saat mengalami mual muntah berlebihan.</li> <li>- Klien mengatakan belum tahu bahwa mual dan muntah-muntah yang dialaminya pada kehamilan membahayakan bagi perkembangan sang janin, klien menganggap hal itu sepertinya wajar pada ibu hamil, tetapi setelah klien merasakan mual, muntah, lemas dan tidak mau makan. akhirnya klien memutuskan untuk memeriksakan ke Rumah Sakit dan menjalani rawat inap.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat kehamilan kedua dan belum pernah aborsi (G2P1A0)</li> <li>- Usia kehamilan 11 minggu.</li> <li>- Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga</li> <li>- Riwayat Diploma</li> </ul>	Tidak mengenal sumber informasi.	Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus

### C. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Paraf
1	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan	15 Juni 2019	<i>Rina</i>
2	Resiko Defisit Volume Cairan Berhubungan Dengan Kekurangan Intake.	15 Juni 2019	<i>Rina</i>
3	Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi	15 Juni 2019	<i>Rina</i>

#### D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil (NOC)	Intervensi keperawatan (NIC)	Rasional
<p>Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan.</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan mual, muntah-muntah lebih dari 5x/hari.</li> <li>- Klien mengatakan setiap makan sedikit pasti muntah.</li> <li>- Klien mengatakan pusing.</li> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat menahan perasaan mual.</li> <li>- Klien makan makanan dengan porsi sedikit satu atau dua sendok makan.</li> <li>- Klien muntah setelah makan</li> <li>- Saat dikaji jam 11 dari pagi pasien muntah lebih dari 5 kali</li> <li>- Warna muntah air kekuningan</li> <li>- BB:47 kg, TB: 150 cm. IMT: 20,8, Lila : 22.5 cm. Hb ; 10,9 g/dl.</li> <li>- Klien terpasang infuse RL 30 tetes/menit</li> <li>- GDS 74 gr/dl</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien dapat mengontrol Mual dan muntah pada level 1-2 tidak pernah – jarang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mual muntah berkurang</li> <li>2. Klien menghabiskan minimal ½ porsi makan</li> <li>3. Klien mengkonsumsi diet yang sudah diprogramkan dari rumah sakit</li> <li>4. Klien menunjukkan perubahan berat badan selama hamil</li> </ol>	<p>Manajemen Nutrisi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status gizi pasien dan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan gizi.</li> <li>2. Identifikasi terjadinya alergi atau intoleransi makanan pasien</li> <li>3. Anjurkan untuk menghindari makanan yang berlemak</li> <li>4. anjurkan untuk makan makanan selingan seperti biskuit, roti dan teh (panas) hangat sebelum bangun tidur pada siang hari dan sebelum tidur.</li> <li>5. Catat intake oral dalam periode tertentu.</li> <li>6. Inspeksi adanya iritasi atau Iesi pada mulut</li> <li>7. Kaji kebersihan oral dan personal hygiene serta penggunaan cairan pembersih mulut sesering mungkin.</li> <li>8. Pantau kadar Hemoglobin dan Hemotokrit.</li> <li>9. Identifikasi yang disukai untuk mengurangi mual dan muntah</li> <li>10. Identifikasi penyakit mualmuntah sebelum kehamilan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menentukan hidrasi cairan dan pengeluaran melalui muntah.</li> <li>2. Dapat mencukupi asupan nutrisi yang dibutuhkan tubuh.</li> <li>3. dapat merangsang mual dan muntah.</li> <li>4. makanan selingan dapat mengurangi atau menghindari rangsang mual muntah yang berlebih</li> <li>5. untuk mempertahankan keseimbangan nutrisi.</li> <li>6. untuk mengetahui integritas inukosa mulut.</li> <li>7. untuk mempertahankan integritas mukosa mulut.</li> <li>8. mengidentifikasi adanya anemi dan potensial penurunan kapasitas pcmbawa oksigen ibu. Klien dengan kadar Hb &lt; 12 gr/dl atau kadar Ht &lt; 37 % dipertimbangkan anemi pada trimester I.</li> <li>9. menetapkan data dasar</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hamil 11 minggu</li> <li>- Ketonuria</li> </ul>		<p>11. Test urine terhadap aseton, albumin dan glukosa.</p>	<p>dilakukan secara rutin untuk mendeteksi situasi potensial resiko tinggi seperti ketidakadekuatan asupan karbohidrat, Diabetik ketoasidosis dan Hipertensi.</p>
<p>Resiko Defisit Volume Cairan Berhubungan Dengan Kekurangan Intake.</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan badannya lemas dan pusing.</li> <li>- Klien mengatakan setiap akan memakan makanan pasti selalu keluar lagi.</li> <li>- Klien mengatakan masih muntah.</li> <li>- Klien mengatakan sering merasa haus.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat lemas dan pusing</li> <li>- Turgor kulit dan mukosa bibir kering.</li> <li>- Konjungtiva anemis</li> <li>- Penurunan volume urine <math>\pm 600\text{mg/hari}</math></li> <li>- Ketonuria positif</li> <li>- Ht 32%</li> <li>- Warna urine kuning tua</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Keseimbangan cairan pada level 3-5 Adekuat-sepenuhnya adekuat dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kondisi keseimbangan cairan dan elektrolit kembali normal.</li> <li>2. Turgor baik</li> <li>3. Konjungtiva tidak anemis.</li> <li>4. Klien akan mengkonsumsi asupan dalam jumlah yang adekuat.</li> </ol>	<p><b>NIC:</b> Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status hidrasi (frekuensi pengisian kapiler, pengeluaran urine dan beratnya mual/muntah.)</li> <li>2. Kaji penurunan Berat badan.</li> <li>3. Kaji suhu badan dan turgor kulit, membran mukosa, TD, input/output dan berat jenis urine. Timbang BB klien setiap hari.</li> <li>4. Hitung Balance Cairan</li> <li>5. Anjurkan peningkatan asupan minuman berkarbonat, makan sesering mungkin dengan jumlah sedikit. Makanan tinggi karbonat seperti : roti kering sebelum bangun dari tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan data berkenaan dengan semua kondisi. Peningkatan kadar hormon Korionik gonadotropin (HCG), perubahan metabolisme karbohidrat dan penurunan motilitas gastrik memperberat mual/muntah pada kehamilan.</li> <li>2. Membantu dalam mengenyampingkan penyebab lain untuk mengatasi masalah khusus dalam mengidentifikasi intervensi.</li> <li>3. Sebagai indikator dalam membantu mengevaluasi tingkat atau kebutuhan hidrasi.</li> <li>4. Hitung input dan output pasien</li> <li>5. Membantu dalam meminimalkan mual/muntah dengan menurunkan keasaman lambung.</li> </ol>

<p>Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi</p> <p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan kurang tahu tentang sakit yang dialaminya saat ini.</li> <li>- Klien merasa bingung saat mengalami mual muntah berlebihan.</li> <li>- Klien mengatakan belum tahu bahwa mual dan muntah-muntah yang dialaminya pada kehamilan membahayakan bagi perkembangan sang janin, klien menganggap hal itu sepertinya wajar pada ibu hamil, tetapi setelah klien merasakan mual, muntah, lemas dan tidak mau makan. akhirnya klien memutuskan untuk memeriksakan ke Rumah Sakit dan menjalani rawat inap.</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Riwayat kehamilan kedua dan belum pernah aborsi (G2P1A0)</li> <li>- Usia kehamilan 11 minggu.</li> <li>- Klien bekerja sebagai ibu rumah tangga</li> <li>- Riwayat Diploma</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Pengetahuan pasien bertambah pada level 4-5 dengan pengetahuan Banyak –sangat banyak dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengungkapkan kembali pengertian dan pengobatan dari hiperemesis gravidarum.</li> <li>2. Pasien mampu melakukan perawatan di rumah</li> </ol>	<p>Pengetahuan: Proses Penyakit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tentang Hiperemesis Gravidarum dan kaji pengetahuan pasien.</li> <li>2. Berikan pendidikan kesehatan tentang hiperemesis gravidarum.</li> <li>3. Buat hubungan perawat-klien yang mendukung dan terus menerus.</li> <li>4. Evaluasi pengetahuan dan keyakinan budaya saat ini berkenaan dengan perubahan fisiologis/psikologis yang normal pada kehamilan, serta keyakinan tentang aktivitas, perawatan diri dan sebagainya.</li> <li>5. Klarifikasi kesalahpahaman.</li> <li>6. Tentukan derajat motivasi untuk belajar.</li> <li>7. Pertahankan sikap terbuka terhadap keyakinan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui seberapa dalam pengetahuan pasien tentang penyakitnya dan tentang penatalaksanaannya di rumah.</li> <li>2. Untuk meningkatkan pengetahuan pasien tentang hiperemesis gravidarum.</li> <li>3. Peran penyuluh atau konselor dapat memberikan bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggapan jawab individu terhadap kesehatan.</li> <li>4. Memberikan informasi untuk membantu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan membuat rencana keperawatan.</li> <li>5. Ketakutan biasanya timbul dari kesalahan informasi dan dapat mengganggu pembelajaran selanjutnya.</li> <li>6. Klien dapat mengalami kesulitan dalam belajar kecuali kebutuhan untuk belajar tersebut jelas.</li> <li>7. Penerimaan penting untuk mengembangkan dan</li> </ol>
--	--	--	--

		<p>klien/pasangan.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Jawab pertanyaan tentang perawatan dirumah</li><li>9. Identifikasi tanda bahaya kehamilan, seperti perdarahan, kram, nyeri abdomen akut, sakit punggung, edema, gangguan penglihatan, sakit kepala dan tekanan pelvis.</li></ol>	<p>mempertahankan hubungan.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Memberikan informasi yang dapat bermanfaat untuk membuat pilihan.</li><li>9. Membantu klien membedakan yang normal dan abnormal sehingga membantunya dalam mencari perawatan kesehatan pada waktu yang tepat.</li></ol>
--	--	--	--

## E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Hari/tanggal	Jam	Diagnosa keperawatan	Implementasi	Respon pasien	Tanda tangan
15 Juni 2019	12.15 WIB-12.45 WIB	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital dan pengukuran antropometri.</li> <li>2. Menganjurkan klien makan sedikit demi sedikit.</li> <li>3. Menganjurkan pasien makan makanan dalam keadaan hangat</li> <li>4. Anjurkan pasien minum air hangat untuk mengurangi mual</li> <li>5. Memberikan obat injeksi ondansetron intravena dan ranitidin injeksi pada klien</li> <li>6. Mengatur cairan infus RL 30 tetes/menit.</li> <li>7. Kaji frekuensi muntah pasien</li> <li>8. Mengobservasi turgor kulit pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 90/70 mmHg, IMT : 18.6% RR : 22 x/menit, Lila : 22.5 cm N :92 x/menit, BB : 47 Kg S : 36.5 ° c, TB : 150 cm.</li> <li>2. Klien mengatakan bersedia makan makan sedikit demi sedikit</li> <li>3. klien menghabiskan makanan ½ porsi dan memakan buah pisang dan roti.</li> <li>4. Klien minum air hangat</li> <li>5. klien mengatakan masih mual sedikit dan muntah 3 kali hr ini</li> <li>6. turgor masih kurang.</li> <li>7. Cairan infus 30 gtt/menit</li> <li>8. Tubuh masih terlihat lemas.</li> </ol>	<i>Rina</i>
15 Juni 2019	13.05 -13.55 WIB	Resiko Defisit Volume Cairan Berhubungan Dengan Kekurangan Intake.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital.</li> <li>2. Mengkaji turgor kulit.</li> <li>3. Memberikan obat peroral pada klien, Sucralfat syrup dan ondansetron tab.</li> <li>4. Memonitor pengeluaran cairan.</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat dan minum air putih.</li> <li>6. Mengganti cairan infuse RL 30 tetes/menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 110/70 mmHg RR : 20 x/menit N : 88x/menit S : 36 °</li> <li>2. klien mengatakan masih mual muntah</li> <li>3. turgor kulit kering, ekspresi wajah klien sedikit tegang.</li> <li>4. Klien sudah minum obat</li> <li>5. klien mengatakan muntah terakhir jam 12.30 WIB.</li> <li>6. pengeluaran cairan 800cc/hari</li> <li>7. klien mengatakan mau minum air putih sedikit demi sedikit.</li> </ol>	<i>Rina</i>

				8. klien menghabiskan air aqua ± 500cc.	
15 Juni 2019	13.45 – 14.30 WIB	Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang sakit yang dialami.</li> <li>2. Memberi tahu tentang makanmakanan yang baik untuk ibu hamil.</li> <li>3. Memberikan informasi pada klien mengenai pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan cara penanganannya.</li> <li>4. Menanyakan kembali pada klien apakah sudah mengerti tentang pengertian, tanda dan gejala , penyebab dan cara penanganannya.</li> <li>5. Memonitor tanda-tanda vital.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kurang tahu sakit yang dialami.</li> <li>2. klien belum tahu tentang penyakitnya.</li> <li>3. Klien mengatakan mau mendengarnya</li> <li>4. Klien terlihat senang.</li> <li>5. klien terlihat mendengarkan dan memperhatikan penjelasan yang diberikan oleh perawat.</li> <li>6. klien mengatakan sudah mengerti mengenai tentang pengertian, tanda dan gejala , penyebab dan cara penanganannya.</li> <li>7. klien dapat menjelaskan informasi dengan lancar.</li> <li>8. klien mengatakan mual dan muntah sudah berkurang.</li> <li>9. TD : 100/80 mmHg RR : 20 x/menit</li> <li>10. klien mendengarkan nasihat perawat.</li> </ol>	<i>Rina</i>
16 Juni 2019	08.30-09.15 WIB	Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital dan pengukuran antropometri.</li> <li>2. Menganjurkan klien makan sedikit demi sedikit.</li> <li>3. Menganjurkan pasien makan makanan dalam keadaan hangat</li> <li>4. Anjurkan pasien minum air hangat untuk mengurangi mual</li> <li>5. Memberikan obat injeksi ondansetron</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 100/70 mmHg, IMT : 18.6% RR : 22 x/menit, Lila : 22.5 cm N :88 x/menit, BB : 47 Kg S : 36.5 ° c, TB : 150 cm.</li> <li>2. Klien mengatakan bersedia makan makan sedikit demi sedikit</li> <li>3. klien menghabiskan makanan ½ porsi dan memakan buah</li> </ol>	<i>Rina</i>

			<p>intravena dan ranitidin injeksi pada klien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mengatur cairan infus RL 30 tetes/menit.</li> <li>7. Kaji frekuensi muntah pasien</li> <li>8. Mengobservasi turgor kulit pasien</li> </ol>	<p>jeruk dan roti.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Klien minum air hangat</li> <li>5. klien mengatakan masih mual hr ini</li> <li>6. turgor masih kurang.</li> <li>7. Cairan infus 30 gtt/menit</li> <li>8. Tubuh masih terlihat lemas.</li> </ol>	
16 Juni 2019	11.05-11.55 WIB	Resiko Defisit Volume Cairan Berhubungan Dengan Kekurangan Intake.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital.</li> <li>2. Mengkaji turgor kulit.</li> <li>3. Memberikan obat peroral pada klien, Sucralfat syrup dan ondansetron tab.</li> <li>4. Memonitor pengeluaran cairan.</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat dan minum air putih.</li> <li>6. Mengganti cairan infuse RL 30 tetes/menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 100/80 mmHg RR : 21 x/menit N : 84x/menit S : 36 °</li> <li>2. klien mengatakan masih mual muntah</li> <li>3. turgor kulit kering, ekspresi wajah klien sedikit tegang.</li> <li>4. Klien sudah minum obat.</li> <li>5. klien mengatakan muntah terakhir jam 10.10 WIB.</li> <li>6. pengeluaran cairan 600cc/hari</li> <li>7. klien mengatakan mau minum air putih sedikit demi sedikit.</li> <li>8. klien menghabiskan air aqua ± 500cc.</li> </ol>	<i>Rina</i>
16 Juni 2019	13.45-14/30 WIB	Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber informasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat pengetahuan klien tentang sakit yang dialami.</li> <li>2. Memberi tahu tentang makanmakanan yang baik untuk ibu hamil.</li> <li>3. Memberikan informasi kembali pada klien mengenai pengertian, tanda dan gejala, penyebab dan cara penanganannya.</li> <li>4. Menanyakan kembali pada klien apakah sudah mengerti tentang pengertian, tanda dan gejala , penyebab dan cara</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tau tentang penyakit yang dialami</li> <li>2. Klien terlihat senang dengan kunjungan perawat</li> <li>3. klien terlihat mendengarkan dan memperhatikan penjelasan yang diberikan oleh perawat.</li> <li>4. klien mengatakan sudah mengerti mengenai tentang pengertian, tanda dan gejala , penyebab dan cara penanganannya.</li> <li>5. klien dapat menjelaskan</li> </ol>	<i>Rina</i>

			penanganannya.	informasi dengan lancar.		
17 Juni 2019	09.00-10/05 WIB	Defisit Berhubungan Dengan Keengganan Makan	Nutrisi Dengan Untuk	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital dan pengukuran antropometri.</li> <li>2. Menganjurkan klien makan sedikit demi sedikit.</li> <li>3. Menganjurkan pasien makan makanan dalam keadaan hangat</li> <li>4. Anjurkan pasien minum air hangat untuk mengurangi mual</li> <li>5. Memberikan obat injeksi ondansetron intravena dan ranitidin injeksi pada klien</li> <li>6. Mengatur cairan infus RL 30 tetes/menit.</li> <li>7. Kaji frekuensi muntah pasien</li> <li>8. Mengobservasi turgor kulit pasien</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 110/70 mmHg, IMT : 18.6% RR : 21 x/menit, Lila : 22.5 cm N :90 x/menit, BB : 47 Kg S : 36.5 ° c, TB : 150 cm.</li> <li>2. Klien mengatakan makan sedikit demi sedikit</li> <li>3. klien menghabiskan makanan 3/4 porsi dan memakan buah pisang dan roti.</li> <li>4. Klien minum air hangat</li> <li>5. klien masih mual saat bangun tidur namun tidak muntah</li> <li>6. turgor kulit baik</li> <li>7. Cairan infus 30 gtt/menit</li> <li>8. Tubuh terlihat lebih segar.</li> </ol>	<i>Rina</i>
17 Juni 2019	09.30 -10.25WIB	Resiko Cairan Dengan Intake.	Defisit Volume Berhubungan Dengan Kekurangan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital.</li> <li>2. Mengkaji turgor kulit.</li> <li>3. Memberikan obat peroral pada klien, Sucralfat syrup dan ondansetron tab.</li> <li>4. Memonitor pengeluaran cairan.</li> <li>5. Menganjurkan klien untuk banyak istirahat dan minum air putih.</li> <li>6. Mengganti cairan infuse RL 30 tetes/menit</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. TD : 110/80 mmHg RR : 22 x/menit N : 89x/menit S : 36 °</li> <li>2. klien mengatakan masih sedikit mual</li> <li>3. ekspresi wajah klien sedikit ceria dan rileks</li> <li>4. Klien sudah minum obat</li> <li>5. klien mengatakan belum muntah .</li> <li>6. klien mengatakan banyak minum air putih.</li> <li>7. klien menghabiskan air aqua ± 600cc.</li> </ol>	<i>Rina</i>

## E. EVALUASI KEPERAWATAN

Tanggal	Nomor Diagnoaa	Catatan perkembangan Pasien	Tanda Tangan
17 Juni 2019 Jam 11.00-11.15 WIB	1	S : klien mengatakan sudah napsu makan O : klien menghabiskan makanan 3/4 yang disediakan di RS A : Napsu Makan Bertambah $\frac{3}{4}$ Porsi P : intervensi dihentikan pasien pulang	<i>Rina</i>
17 Juni 2019 Jam 11.45-12.10 WIB	2	S : klien mengatakan mual muntah sudah mulai berkurang, sudah tidak lemas lagi. O : klien rileks, terlihat lebih segar, turgor kulit mulai baik, konjungtiva sudah tidak anemis. A : Mual Muntah Berkurang P : intervensi dihentikan pasien pulang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji turgor kulit klien</li> <li>- Menganjurkan klien untuk banyak minum air putih dan istirahat.</li> <li>- Menggantikan cairan infus RL 30 tetes / menit.</li> </ul>	<i>Rina</i>
17 Juni 2019 Jam 12.30-13.05 WIB	3	S : klien mengatakan paham tentang sakit yang dialaminya. O : klien mampu menjawab pengertian, tanda dan gejala, klien mau makan. A : Klien dan Keluarga Sudah Mengerti P : intervensi dihentikan	<i>Rina</i>

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Setelah melakukan pengkajian pada klien Ny. "A" dengan diagnosa medis Hiperemesis Gravidarum dengan Masalah defisit nutrisi dan Kekurangan Volume Cairan di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan selama tiga hari (15 Juni 2019 s/d 17 Juni 2019), maka pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara teori dan kasus yang diperoleh sebagai hasil pelaksanaan studi kasus, juga menganalisa faktor pendukung dan penghambat selama melaksanakan asuhan keperawatan:

#### a. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama dalam proses keperawatan pengumpulan data yang akurat dan secara sistematis dalam membantu dan menentukan status kesehatan klien serta merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan hal tersebut, penulis melakukan pengkajian pada Ny."A" dengan kasus Hiperemesis Gravidarum yang dirawat di ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan selama tiga hari (15 Juni 2019 s/d 17 Juni 2019). Adapun pengkajian yang difokuskan pada kasus Hiperemesis Gravidarum ialah masalah nutrisi. Menurut Runiari (2010), dalam Paauw, et al., (2005), menyatakan Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan yang terjadi pada wanita hamil sehingga menyebabkan terjadinya ketidakseimbangan kadar elektrolit, penurunan berat badan (lebih dari 5% berat badan awal), dehidrasi, ketosis, dan kekurangan nutrisi. Adapun keluhan utama pada saat dikaji adalah mual dan muntah berkali-kali setiap hari, berat badan menurun, kurang minum, turgor kulit menurun, bibir kering dan pecah-pecah.

#### b. Diagnosa

Dari hasil pengkajian antara teori dan kasus tidak ditemukan kesenjangan dimana ditemukan data pada teori sama seperti pada kasus. Diagnosis Secara teori konsep keperawatan pada kasus Hiperemesis

Gravidarum maka diagnosa keperawatan yang lazim muncul, yaitu sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan yang berlebihan
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan
3. Kurang pengetahuan b.d kurang terpapar informasi
4. Cemas b.d kurang terpapar informasi dan krisis situasi
5. Gangguan rasa nyaman b.d adaptasi
6. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan d. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Amin & Hardhi, 2015)

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien Ny. "A" pada Hiperemesis Gravidarum yaitu :

1. Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan.
2. Resiko Defisit volume cairan berhubungan dengan kurangnya Intake.
3. Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber info.

Berdasarkan hal tersebut ditemukan kesenjangan pada kasus yang dialami Ny. "A" antara diagnosa pada teori dan diagnosa pada kasus, dimana pada kasus tidak ditemukan diagnosa ansietas (Kecemasan), gangguan rasa nyaman. Diagnosa tersebut diatas ditemukan pada teori tetapi tidak pada kasus. Hal ini disebabkan karena klien tidak mengalami gangguan rasa nyaman, dan tidak mengeluh mengalami kecemasan yang berlebihan akibat kondisi yang ia alami saat ini.

c. Intervensi (Perencanaan)

Berdasarkan diagnosa yang ditemukan pada kasus, maka perencanaan ditetapkan sebagai pedoman dalam melaksanakan implementasi, evaluasi yang dibuat dalam kasus, dan mengalami kesenjangan dengan teori. Adapun diagnosa yang difokuskan dalam rencana keperawatan yaitu masalah kekurangan gangguan nutrisi namun masalah yang lain yang ditemukan tetap dilakukan rencana keperawatan, Karena ada 5 diagnosa yang terdapat pada teori tetapi hanya 3 diagnosa yang terdapat dalam kasus diantaranya :

### Defisit Nutrisi Berhubungan Dengan Keengganan Untuk Makan

- 1) Pantau tanda vital dan antropometri
- 2) Anjurkan makan sedikit tapi sering
- 3) Ukur frekuensi vomitus
- 4) Anjurkan pasien minum air hangat
- 5) Anjurkan pasien makan makanan dalam kondisi hangat
- 6) Pemberian obat farmakologi

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh merupakan asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. (Amin & Hardhi, 2015) Diagnosa tersebut ada pada kasus karena klien mengalami mual dan muntah berlebihan dan kurang nafsu makan ditandai dengan terjadinya penurunan berat badan sehingga menyebabkan terjadinya Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

#### a. Resiko Defisit volume cairan b.d Intake Kurang

- 1) Observasi vital sign
- 2) Pantau intake dan output cairan
- 3) Kolaborasikan pemberian cairan IV
- 4) Dorong pasien untuk menambah intake oral
- 5) Timbang berat badan

Kekurangan volume cairan merupakan penurunan cairan intravaskuler, interstisial, dan/ atau intraseluler. Ini mengacu pada dehidrasi, kehilangan cairan saat tanpa perubahan pada natrium (Amin & Hardhi, 2015)

#### b. Kurang pengetahuan tentang nausea dan vomitus berhubungan dengan tidak mengenal sumber info.Observasi vital sign

- 1) Jelaskan tentang Hiperemesis Grvidarum dan kaji pengetahuan pasien.
- 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang hiperemesis gravidarum.
- 3) Buat hubungan perawat-klien yang mendukung dan terus menerus.

- 4) Evaluasi pengetahuan dan keyakinan budaya saat ini berkenaan dengan perubahan fisiologis/psikologis yang normal pada kehamilan, serta keyakinan tentang aktivitas, perawatan diri dan sebagainya.
- 5) Klarifikasi kesalahpahaman.

Dalam teori diagnosa dan intervensi dituliskan sesuai dengan diagnosa, rencana dan kriteria hasil berdasarkan NIC (*Nursing outcome clasification*) dan diselesaikan secara SMART yaitu *spesifik* (jelas dan khusus), *Measurable* (dapat diukur), *Achievable* (dapat diterima), *rasional dan time* (ada kriteria waktu). Rencana yang dilakukan padan Ny. A sama dengan landasan teori, karena rencana tindakan tersebut sesuai dengan SOP (Standar operasional prosedur).

#### d. Implementasi

Setelah menyusun rencana keperawatan kemudian dilanjutkan dengan melaksanakan tindakan keperawatan atau implementasi. Dalam pengertiannya implementasi itu sendiri adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan. Dari ketiga diagnosa yang ada, hanya satu diagnosa yang difokuskan yaitu gangguan nutrisi. Adapun tindakan yang dilakukan secara mandiri untuk mengatasi masalah gangguan nutrisi tersebut pada Hiperemesis Gravidarum adalah Mengobservasi vital sign, menganjurkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, minum air hangat untuk mengurangi mual, Memantau intake dan output cairan, Melakukan Kolaborasi pemberian cairan IV, Mendorong pasien untuk menambah intake oral, dan Menimbang berat badan. Implementasi dilakukan dari tanggal 10 Juni-12 Juni 2019 sesuai dengan diagnosa yang ditegakan. Dari intervensi yang telah direncanakan semua dapat diimplementasikan.

Meskipun hanya satu masalah yang difokuskan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu gangguan nutrisi pada Hiperemesis Gravidarum namun semua intervensi dari ketiga diagnosa tersebut yang ditemukan pada tinjauan kasus tetap dilaksanakan, dan tidak ada hambatan yang dirasakan peneliti pada pelaksanaan, sebab klien dan keluarga mau bekerjasama dan

kooperatif dalam pemberian tindakan keperawatan tetapi untuk waktu yang terbatas, namun hal ini dapat teratasi walaupun hanya menggunakan waktu yang terbatas di ruang perawatan tersebut dan dalam pemberian tindakan tetap melaksanakan prinsip teknik antiseptik sesuai dengan teori.

e. Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan yang meliputi hasil dari penerapan asuhan keperawatan langsung kepada klien. Tahap evaluasi berpedoman pada kriteria tujuan yang tercantum pada rencana keperawatan dan merupakan proses umpan balik dari tindakan yang diberikan selama 3 hari mulai tanggal 15 s/d 17 Juni 2019. Evaluasi yang menunjang adanya kemajuan dan dari masalah yang dihadapi oleh klien. Adapun evaluasi yang difokuskan ialah masalah gangguan nutrisi namun masalah yang lain tetap dilakukan evaluasi. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari mulai dari tanggal 15 s/d 17 Juni 2012 penulis berharap evaluasi kasus pada Ny. "A" adalah :

1. Kebutuhan nutrisi terpenuhi
2. Kebutuhan cairan terpenuhi
3. Pengetahuan cukup tentang hiperemesis gravidarum

## **BAB VI**

### **PENUTUP**

Setelah penulis menguraikan pembahasan kasus pada pasien dengan “Hiperemesis Gravidarum” yang dilaksanakan selama tiga hari dari tanggal 15 s/d 17 Juni 2019. Di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan, maka penulis dapat mengatakan beberapa kesimpulan dan saran-saran.

#### **A. Kesimpulan**

1. Pada pengkajian keperawatan, data yang ditemukan pada Ny. “A” yaitu klien mengatakan mual dan muntah berkali-kali setiap hari, klien mengatakan selama hamil berat badannya menurun, klien mengatakan kurang minum, klien mengatakan badannya terasa lemah, klien mengatakan khawatir pada keadaannya dan calon bayinya.
2. Dari 5 diagnosa keperawatan pada pasien hiperemesis gravidarum terdapat 3 diagnosa yang ditemukan pada kasus nyata dan ditemukan dalam teori.
3. Dalam melaksanakan rencana keperawatan pada klien Ny. “A” dengan kasus Hiperemesis Gravidarum mengacuh pada masalah keperawatan yang muncul yaitu gangguan nutrisi untuk mengurangi dan mencegah masalah pada klien dengan memperhatikan kondisi klien.
4. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, tindakan yang dilaksanakan pada klien Ny. “A” disesuaikan dengan perencanaan yang telah disusun.
5. Setelah melakukan asuhan keperawatan pada Ny. “A”. Semua diagnosa dapat teratasi. Hal ini dapat dilihat dari data – data yang didapatkan. Dalam melakukan pengkajian, perencanaan asuhan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi yang telah dilaksanakan disesuaikan dengan pendokumentasian yang komperhensif.

## B. Saran

### 1. Untuk Institusi

Diharapkan kepada institusi dalam meningkatkan mutu pendidikan pada masa yang akan datang, agar dapat menghasilkan alumni-alumni yang kompeten dibidang keperawatan, dengan memanfaatkan sarana dan prasarana yang ada di institusi.

### 2. Untuk Pihak Rumah Sakit

Diharapkan kepada pihak rumah sakit agar dapat meningkatkan dan mempertahankan pelayanan terhadap klien dengan menyediakan sarana dan fasilitas-fasilitas yang lebih memadai.

### 3. Untuk Klien dan Keluarga

Khusus untuk pasien Hiperemesis Gravidarum, dan keluarga diharapkan agar senantiasa bertanya bila masih ada hal-hal yang belum dipahami tentang penyakitnya. Serta selalu menjaga pola atau gaya hidup untuk mempertahankan kesehatannya. Dan keluarga mau bekerja sama dengan petugas kesehatan dan para dokter serta senantiasa memberikan motivasi dan harapan klien agar merasa tenang dan diperhatikan.

### 4. Untuk Petugas Kesehatan

Diharapkan kepada petugas kesehatan agar dalam memberikan pelayanan, senantiasa meningkatkan ilmu pengetahuan dan keterampilan dalam menerapkan Asuhan Keperawatan secara profesional serta senantiasa memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, C., Hadi, H. & Widyawati, M. N. (2016). *Aromatherapy Massage as an Alternative in Reducing Cortisol Level and Enhancing Hiperemesis Gravidarum Women in Semarang*. ASEAN/Asian Academic Society International Conference Proceeding Series.
- Ai Yeyeh Rukiyah, 2009. *Asuhan Kebidanan 1*. Jakarta: Trans Info Media.
- Astriana, Putri R D, Aprilia H. (2015). *Pengaruh Lemon Inhalasi Aromatherapy Terhadap Mual Pada Kehamilan dengan Hiperemesis Gravidarum Di BPS Varia Mega Lestari S.ST, M.Kes Batupuru Kecamatan Natar Kabupaten Lampung Selatan Tahun 2015*. Jurnal Kebidanan Vol 1 No 3.
- Barbara, K. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik edisi VII Volume I*. Jakarta: EGC
- Bulecheck, G.M., Butcher, H.K., Dochherman, J.M. (2015). *Nursing Intervention Classification (NIC) : 6th edition*. Mosby Elsevier
- Bobak, Lowdermilk, Jensen. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas / Maternity Nursing (Edisi 4), Alih Bahasa Maria A. Wijayati, Peter I. Anugerah*. Jakarta : EGC.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Gant NF, et al. (2010) *Williams Obstetrics 23rd Edition*. United States of America : McGraw-Hill Companies. 129
- Damarasri, N. D. (2017). *Penerapan Pemberian Aromaterapi Lemon dan Minuman Jahe untuk Mengurangi Hiperemesis gravidarum Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I di BPM Sri Jumiyati Kabupaten Kebumen*. STIKES Muhammadiyah Gombong.
- Ermalena, D. (2017). *Indikator Kesehatan SDGs di Indonesia*. Fauci et al. (2008) *Severe Sepsis and Septic Shock*. Harison's: Principles of Internal Medicine 17th Ed. USA: The McGraw Hill Companies;.E-book version.
- Fithriana, D. dkk (2017). *Perbandingan efektifitas akupresur perikardium dengan aromaterapi terhadap penurunan mual muntah pada ibu hamil Hiperemesis gravidarum di Pulau Lombok*. Prim A: Jurnal ilmiah ilmu kesehatan.

- Huliana, Mellyna. (2010). *Panduan Menjalani Kehamilan Sehat*. Jakarta Swara
- Indriyani, D. (2013). *Aplikasi konsep dan teori keperawatan maternitas Hiperemesis Gravidarum*. Jogjakarta : Ar-Ruzz Media
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar Rujukan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. h. 22, 29, 31, 82-83
- Nanda. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017* Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Runiari, Nengah. 2010. *Asuhan keperawatan pada klien dengan hiperemesis gravidarum :penerapan konsep dan teori keperawatan*. Jakarta ; Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Wilkinson, J., & Ahern, n. R. (2013). *Buku Saku Diagnosis keperawatan edisi 9 Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria hasil NOC*. Jakarta: EGC.

**LEMBAR KONSUL KTI PRODI DIII KEPERAWATAN BENGKULU  
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES BENGKULU  
TA. 2018/2019**

NAMA : RINA ANDRIANI  
 NIM : PO 5120218 RPL  
 JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada Ny. A dengan Hiperemesis Gravidarum di Ruang Kebidanan Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan Tahun 2019  
 PEMBIMBING : Asmawati, S.Kp, M.Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Paraf
1	23 Maret 2019	Judul KTI	Acc Judul Penelitian KTI Tentang ASKEP Hiperemesis Gravidarum lanjut ke proposal	
2	2 April 2019	BAB 1	lengkapi data penelitian di BAB 1	
3	10 April 2019	BAB 1	Perbaiki data penelitian sesuai kasus yang ada diruangan	
4	16 April 2019	BAB 1-3	lanjut tinjauan pustaka di BAB II dan BAB III	
5	21 April 2019	BAB 1-3	Perbaiki BAB II-III Sesuai saran	
6	26 April 2019	BAB 1-3	Perbaiki Pengkajian Teoritis sesuai Saran Penguji	
7	3 Mei 2019	BAB 1-3	Revisi Bab I-III revisi sesuai saran Penguji	
8	12 Mei 2019	UJIAN PROPOSAL	ACC ujian Proposal	
9	28 Juni 2019	BAB 4-6	Revisi BAB IV-VI	
10	6 Juli 2019	BAB 4-6	Revisi data penelitian Sesuai Saran Penguji	
11	11 Juli 2019	BAB 4-6	Perbaiki Intervensi dan Implementasi Penelitian	

12	6 Agustus 2019	BAB 4-6	perbaiki evaluasi dan pembahasan penelitian	
13	12 Agustus 2019	BAB 4-6	lengkapi lagi sesia saran Pembimbing BAB 1-VI	
14	24 Agustus 2019	Ujian Hasil	Ujian KTI	