

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY R  
DENGAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI WILAYAH  
PUSKESMAS PANGKALAN KURAS II KABUPATEN  
PELALAWAN**

**KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS**

**KESUMAWATI  
P031914401R036**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU**

**JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
RIAU 2020**

**ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS PADA NY R DENGAN  
HIPEREMESIS GRAVIDARUM DI WILAYAH PUSKESMAS PANGKALAN  
KURAS IIKABUPATEN PELALAWAN**

**KARYA TULIS ILMIAH STUDI KASUS**

Disusun Sebagai Salah Satu Syarat yaitu Menyelesaikan Pendidikan Ahli  
Madya Keperawatan Pada Program Studi D-III Keperawatan Kementerian  
Kesehatan RI Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau

**KESUMAWATI  
P031914401R036**

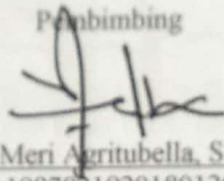


**LEMBAR PERSETUJUAN  
KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES RIAU  
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN  
RIAU 2020**

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus oleh Kesumawati NIM P031914401R036, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pekanbaru, 20 April 2020

Pembimbing

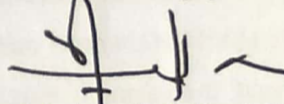


Ns. Syafrisar Meri Agritubella, S.Kep, M.Kep  
NIP.198702192018012001

## LEMBAR PENGESAHAN

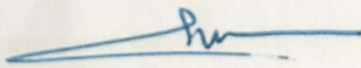
Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus oleh **Kesumawati NIM P031914401R036**, telah dipertahankan didepan dewan penguji pada tanggal 23 April 2020

**Ketua Penguji**



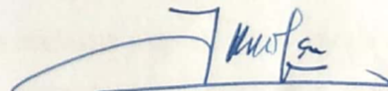
Ns. Syafrisar Meri Agritubella, S.Kep, M.Kep  
NIP.198702192018012001

**Penguji I**



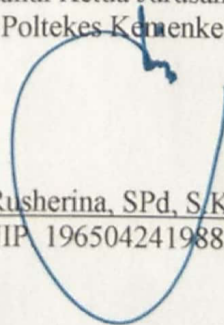
Ns. Wiwiek Delvira, S.Kep, M.Kep  
NIP. 197410081997932001

**Penguji II**



Idayanti, SPd, M.Kes  
NIP. 196910221994032002

Mengetahui Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekes Kemenkes Riau



Hj. Ruserina, SPd, S.Kep, M.Kes  
NIP. 196504241988032002

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Kesumawati

Nim : P031914401R036

Program Studi : DIII Keperawatan

Jurusan Keperawatan Politeknik Kementrian Kesehatan Riau

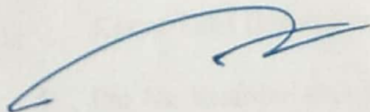
Menyatakan bahwa saya **tidak melakukan plagiat** dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah saya yang berjudul: **“Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan”** sepanjang sepengetahuan saya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan tidak terdapat karya/pendapat yang pernah ditulis/diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Pekanbaru, 23 April 2020

Yang membuat pernyataan  
Tanda tangan

Mengetahui  
Pembimbing II



R. Sakhnan, SKM, M.Kes  
NIP. 19640609 198903 1 003



Kesumawati  
NIM. P031914401R036

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, berkat Rahmat dan BimbinganNya Penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan”**.

Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan program studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini penulis banyak mendapatkan bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Oleh karena itu penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Husnan, S.Kp, MKM, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau, yang telah memfasilitasi mahasiswa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
2. Ibu Hj. Rusherina, S.Pd, S.Kep, M.Kes, sebagai Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau
3. Ibu Ida yanti, Spd. M.Kes, selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau, sekaligus selaku penguji II.
4. Ibu Santi Liana, SKM, selaku kepala Puskesmas Pangkalan Kuras II

Kabupaten Pelalawan, yang telah banyak memberikan informasi dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus.

5. Ibu Ns. Syafrisar Meri Agritubella, S.Kep, M.Kep, sebagai Pembimbing Utama yang telah memberikan motivasi serta bimbingan selama penyusunan karya tulis ilmiah studi kasus ini.
6. Bapak R. Sakhnan, SKM, M.Kes, sebagai Pembimbing pendamping yang telah memberikan motivasi serta bimbingan selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.
7. Rekan-rekan seperjuangan di kampus Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau khususnya Prodi DIII Keperawatan program RPL Pekanbaru yang telah memberikan suport dan dukungannya.
8. Dan semua pihak yang berperan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus ini.

Penulis sudah berusaha semaksimal mungkin dalam menyelesaikannya dan masih perlunya penyempurnaan, untuk itu penulis mengharapkan masukan berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun dari semua pihak demi kelancaran dan kesempurnaan proposal karya tulis ilmiah studi kasus ini. Atas bantuan dari berbagai pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu penulis mengucapkan terima kasih. Semoga karya tulis ilmiah studi kasus ini dapat bermanfaat bagi pihak yang memerlukan.

Pekanbaru, April 2020



Penulis

## ABSTRAK

Kesumawati (2019). Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan, dilakukan pada 7-9 April tahun 2020. Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Riau. Pembimbing (I) Ns. Syafrisar Meri Agritubella, S.Kep, M.Kep (2) R. Sakhnan, SKM, M.Kes

Hiperemesis gravidarum merupakan salah satu penyebab kematian ibu. Hiperemesis gravidarum merupakan salah satu penyebab masalah gizi dalam kehamilan. Hiperemesis gravidarum sering terjadi pada ibu primigravida, hal ini berdampak pada kebutuhan nutrisi ibu yang berkurang, serta gangguan aktivitas fisik, dan psikis yang mana ibu hamil mengalami rasa cemas akibat muntah yang berlebihan, selain itu Hiperemesis dapat berdampak pada kesehatan janin. Salah satu cara penatalaksanaan hiperemesis gravidarum adalah dengan memberikan asuhan keperawatan, karena itu penting bagi seorang perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien hiperemesis gravidarum secara menyeluruh dan memberikan edukasi dan informasi tentang pola makan dan motivasi untuk mengurangi rasa cemas dan kemungkinan terjadinya komplikasi. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan, dilakukan pada 7-9 April tahun 2020. Hasil studi kasus ini menunjukkan bahwa Ibu R mengalami Hiperemesis Gravidarum dengan keluhan mual muntah berlebihan dan telah diberikan perawatan sesuai dengan asuhan keperawatan. Saran untuk penulis yang paling sering berhubungan dengan pasien sangat perlu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan agar mampu merawat pasien secara komprehensif dan optimal. Dan perawat juga harus bekerjasama dengan tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi) dalam melakukan perawatan / penanganan pasien dengan hiperemesis gravidarum.

Kata Kunci : Hiperemesis gravidarum.



## ABSTRACT

*Kesumawati (2019). Maternity Nursing Care for Pregnant Women with Hyperemesis Gravidarum in the Area of Pangkalan Kuras II Health Center, Pelalawan District, was conducted on 7-9 April 2020. Ministry of Health Polytechnic of Riau Ministry of Health. Advisor (1) Ns. Syafrisar Meri Agritubella, S.Kep, M.Kep (2) R. Sakhnan, SKM, M.Kes*

*Hyperemesis gravidarum is one of the causes of maternal death. Hyperemesis gravidarum is one of the causes of nutritional problems in pregnancy. Hyperemesis gravidum often occurs in primigravida mothers, this has an impact on reduced maternal nutritional needs, as well as physical and psychological function disorders, where pregnant women increase anxiety due to excitement, and also Hyperemesis can be used on fetal health. One way to manage hyperemesis gravidarum is to provide nursing care, because it is important for nurses to provide nursing care for patients with supported hypervidition gravidrum and provide education and information about eating patterns and assistance for anxiety and also assistance that needs to be responded to. The purpose of this remembrance is to discuss Maternity Nursing Care for Pregnant Women with Hyperemesis Gravidarum in the Pangkalan Kuras II Health Center in Pelalawan Regency, conducted on 7-9 April 2020. The findings of this case study show that Mrs. R replaced Gravidar Hyperemesis with the possibility of nausea had been given appropriate care. with nursing care. Suggestions for the most important authors related to patients really need to improve their knowledge and skills in order to be able to treat patients fully and optimally. And nurses also have to deal with other health teams (doctors, nutritionists) in treating / handling patients with hyperemesis gravidarum.*

*Keywords: Hyperemesis gravidarum.*

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	
iii	
KATA PENGANTAR.....	
iv	
ABSTRAK.....	
v	
ABSTRACT.....	
vi	
DAFTAR ISI.....	
vii	
DAFTAR TABEL.....	
x	
DAFTAR LAMPIRAN.....	
xi	
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang Masalah.....	
1	
1.2 Rumusan Masalah.....	
5	
1.3 Tujuan Penulisan.....	
5	

1.4 Manfaat Penulisan .....	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Hiperimesis Gravidarum .....	8
2.1.1 Pengertian .....	8
2.1.2 Etiologi .....	8
2.1.3 Patologi .....	9
2.1.4 Patofisiologi .....	9
2.1.5 Tanda dan Gejala .....	10
2.1.6 Pathway.....	12
2.1.7 Pemeriksaan .....	13
2.1.8 Penanganan .....	14
2.2 Asuhan Keperawatan .....	16
2.2.1 Pengkajian .....	16
2.2.2 Diagnosa.....	19
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	19
2.2.4 Implementasi Keperawatan .....	22
2.2.5 Evaluasi Keperawatan .....	

**BAB 3 TINJAUAN STUDI KASUS**

3.1 Pengkajian.....	24
3.2 Analisa Data .....	27
3.3 Diagnosa Keperawatan .....	28
3.4 Perencanaan .....	29
3.5 Implementasi Keperawatan .....	31
3.6 Keterbatasan.....	35

**BAB 4 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

4.1 Pengkajian .....	36
4.2 Diagnosa Keprawatan .....	37
4.3 Perencanaan .....	38
4.4 Implementasi Keperawatan .....	41
4.5 Evaluasi .....	42

**BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan .....	43
5.2 Saran .....	44

**DAFTAR PUSTAKA**  
**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Intervensi .....

19

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **1.1 Latar Belakang**

Kehamilan merupakan kondisi yang fisiologis, ibu hamil adalah ibu yang sehat. Perubahan yang terjadi, pada umumnya berhubungan dari perubahan hormonal selama kehamilan. Beberapa ibu menyatakan bahwa ada perubahan yang nyata dalam dirinya, bertambah besar perutnya, mual-muntah, tidak enak makan, cepat merasa lelah, dan lain sebagainya. Semua perubahan dan keluhan itu masih relatif dapat ditoleransi oleh ibu hamil, sehingga ibu tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari dengan mandiri. Tetapi, sebagian dari ibu hamil merasakan ketidak nyamanan dalam skala yang cukup



besar, misalnya mual muntah hebat, nyeri kepala, dan badannya menjadi bengkak (Rohmah, 2010).

Kehamilan merupakan proses alamiah bagi kehidupan seorang ibu dalam usia produktif. Bila terjadi gangguan dalam proses ini, baik itu gangguan fisiologis maupun psikologis, dapat menimbulkan efek yang buruk tidak hanya terhadap kesehatan ibu sendiri, tetapi membahayakan bagi bayi yang dikandungnya, bahkan tidak jarang mengakibatkan kematian ibu. Sedangkan Menurut WHO (*World Health Organization*) setiap tahun lebih dari dua puluh juta wanita di seluruh dunia mengalami masalah kesehatan selama kehamilannya. Lebih dari lima ratus ribu mengalami kematian akibat dari penyebab 222 berkaitan dengan kehamilan dan melahirkan. Gangguan yang m terjadi selama kehamilan salah satu adalah mual dan muntah (Khumaira, 2012).

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang masih belum dapat diselesaikan. Menurut (WHO) tahun 2018, sekitar 830 ibu di dunia meninggal setiap harinya akibat komplikasi pada kehamilan dan persalinan. Sekitar 99% kematian ibu terjadi negara-negara berkembang (Kemenkes, 2018).

Di Provinsi Riau jumlah kematian ibu tahun 2016 sebanyak 153 kasus. Pada tahun 2017 AKI mengalami penurunan menjadi 145 kasus. Pada tahun 2018 mengalami penurunan menjadi 130 kasus kematian ibu. Sekitar 50% kematian ibu disebabkan oleh perdarahan, hipertensi 16%, infeksi 1%, lain-lain 32% (Dinkes Provinsi Riau, 2018).

Berdasarkan data dari Profil Kesehatan Kabupaten Pelalawan (2018), diketahui bahwa jumlah kematian ibu di Kabupaten Pelalawan tahun 2018 tercatat sebanyak 12 orang dari 12.980 sasaran ibu hamil, dengan penyebab perdarahan sebanyak 4 orang, hipertensi dalam kehamilan sebanyak 4 orang, infeksi 1 orang dan tanpa diketahui penyebabnya sebanyak 3 orang.

Salah satu cara yang paling efektif menurunkan AKI adalah dengan melaksanakan *Antenatal Care* (ANC) minimal 4 kali selama kehamilan, agar komplikasi yang dijumpai pada saat kehamilan dapat segera dicegah. ANC merupakan kunjungan kehamilan yang dilakukan untuk memeriksakan keadaan ibu dan janin secara berkala yang diikuti dengan upaya koreksi terhadap penyimpangan yang diter (Puspita, 2011).

3

Kematian pada ibu dapat terjadi selama masa kehamilan, pada saat bersalin serta masa nifas yang disebabkan oleh kurangnya pengetahuan untuk mengenali adanya tanda bahaya yang dialami seperti mual dan muntah yang berlebihan, perdarahan, ketuban pecah dini, demam, bengkak pada kaki tangan bahkan wajah disertai tekanan darah tinggi dan gerakan janin yang berkurang. Pengetahuan terkait tanda bahaya pada masa kehamilan penting untuk diketahui oleh ibu hamil secepat mungkin agar dapat meminta bantuan atau pertolongan apabila menemui tanda-tanda bahaya tersebut. Ketidaktahuan akan hal tersebut menyebabkan keterlambatan dalam menangani tanda bahaya dalam kehamilan yang sangat membahayakan jiwa ibu

maupun janin (Puspita, 2011).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Puskesmas Pangkalan Kuras II didapatkan ibu hamil pada bulan Desember 2019 sebanyak 142 ibu hamil dan sebanyak 46 orang ibu hamil trimester I mengalami keluhan mual dan muntah. Adanya perubahan yang terjadi pada ibu hamil, baik fisik, fisiologis ataupun biokimia seringkali diiringi oleh berbagai keluhan yang umum dirasakan oleh ibu hamil. Rasa mual dan muntah tanpa penyebab yang jelas kemungkinan termasuk gejala *morning sickness*. Pada awal kehamilan ibu sering merasa mual dan ingin muntah. Hal ini sering disebut dengan *morning sickness* karena cenderung terjadi pada pagi hari walaupun dapat terjadi kapan saja. Hal ini pada umumnya hanya dirasakan untuk jangka waktu pendek pada awal kehamilan, namun bisa juga terjadi untuk waktu yang lebih lama. Rasa mual dan ingin muntah ini merupakan tanda pertama kehamilan. Hal ini mungkin disebabkan oleh meningkatnya fungsi indra penciuman yang dirangsang oleh hormon-hormon berkaitan dengan kehamilan yang terdapat di dalam darah. Mual muntah terutama di pagi hari atau biasa dikenal dengan *morning sickness*, walaupun tidak selamanya muncul di pagi hari. Beberapa minggu awal kehamilan biasanya ibu mengeluh nafsu makan menurun. Keluhan ini jika tidak diatasi akan berdampak pada pemenuhan kebutuhan zat gizi dan seringkali upaya penanggulangan yang dilakukan pun akan berkaitan dengan masalah makanan yang dikonsumsi (Sulistyoningsih. 2011).

Kondisi mual muntah ini dapat diatasi dengan cara mengkonsumsi

makanan dalam jumlah sedikit tapi sering, hindari makanan yang banyak mengandung minyak atau lemak juga makanan yang berbumbu terlalu tajam karena dapat menyebabkan rasa mual bertambah, serta hindari minum kopi dan minuman lain yang mengandung kafein karena akan meningkatkan asam lambung sehingga menyebabkan perut kembung dan rasa mual. Selain itu makanan hendaknya diberikan dalam bentuk kering, cairan diberikan dalam bentuk terpisah untuk menghindari muntah. Pemenuhan kebutuhan cairan dapat dilakukan dalam bentuk lain seperti sari buah, kaldu ataupun cairan elektrolit tanpa kafein. Salah satu indikator tercukupinya kebutuhan zat gizi ibu hamil dapat diketahui dari pertambahan berat badan ibu setiap bulan. Selama ibu tidak menderita penyakit yang mengharuskan berdiet, tidak ada pantangan makanan bagi ibu hamil. Prinsip umum yang perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil adalah menu seimbang, porsi kecil tapi sering, menghindari makan yang berbumbu terlalu merangsang dan tinggi lemak, mengutamakan konsumsi bahan makanan segar serta cukup serat. Fenomena yang terjadi di masyarakat wilayah kerja Puskesmas Pangkalan Kuras II adalah masih ada masyarakat yang tidak membawa keluarga yang sakit khususnya ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum karena mereka menganggap hiperemesis gravidarum merupakan hal yang biasa. Berdasarkan dari uraian di atas maka penulis tertarik untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah yang judul "Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas

## Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan”

### 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan?”.

### 1.3 Tujuan Penulisan

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk melakukan pengkajian keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan
2. Untuk menyusun diagnosa keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan
3. Untuk membuat intervensi keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan
4. Untuk membuat implementasi keperawatan maternitas pada ibu

hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan

5. Untuk membuat intervensi keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan
6. Untuk membuat evaluasi keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan.
7. Untuk membuat dokumentasi keperawatan maternitas pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum di Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Bagi Penulis**

Dapat menambah ilmu pengetahuan serta wawasan bagi peneliti dalam mengaplikasikan ilmu yang didapat selama masa perkuliahan.

7

##### **1.4.2 Bagi Puskesmas**

Dapat dijadikan informasi tambahan dan sebagai data dalam memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh dan berkesinambungan khususnya dalam memberikan asuhan pada ibu hamil.

##### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Hasil penulisan studi kasus ini dapat dijadikan sebagai bahan informasi dan sumber bacaan bagi institusi pendidikan untuk menguatkan dan mengembangkan ilmu tentang asuhan keperawatan khususnya pada ibu hamil.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Hiperemesis Gravidarum**

##### **2.1.1 Pengertian**



Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena pada umumnya menjadi buruk karena terjadi dehidrasi (Rohmah, 2010). Mual dan muntah biasanya terjadi pada pagi hari, tetapi dapat timbul setiap saat bahkan malam hari. Gejala-gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu. Hiperemesis Gravidarum (Vomitus yang merusak dalam kehamilan) adalah nousea dan vomitus dalam kehamilan yang berkembang sedemikian luas sehingga menjadi efek sistemik, dehidrasi dan penurunan berat badan (Sulistyoningsih. 2011). Hiperemesis diartikan sebagai muntah yang terjadi secara berlebihan selama kehamilan (Farrer, 2011).

### **2.1.2 Etiologi**

Penyebab Hiperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Frekuensi kejadian adalah 2 per 1000 kehamilan. Faktor-faktor predisposisi yang dikemukakan (Farrer, 2011) :

1. Umumnya terjadi pada Primigravida, mola hidatidosa, diabetes dan kehamilan ganda akibat peningkatan kadar HCG
2. Faktor organik, yaitu karena masuknya viki khoriales dalam sirkulasi maternal dan perubahan metabolik akibat kehamilan serta resitensi yang menurun dari pihak ibu terhadap perubahan – perubahan ini serta adanya alergi yaitu

merupakan salah satu respon dari jaringan ibu terhadap janin.

3. Faktor ini memegang peranan penting pada penyakit ini. Rumah tangga yang retak, kehilangan pekerjaan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggungan sebagai ibu dapat menyebabkan konflik mental yang dapat memperberat mual dan muntah sebagai ekspresi tidak sadar terhadap keengganan menjadi hamil atau sebagai pelarian kesukaran hidup.
4. Faktor endokrin lainnya : hipertyroid, diabetes dan lain-lain.

### **2.1.3 Patologi**

Pada otopsi wanita meninggal karena Hiperemesis gravidarum diperoleh keterangan bahwa terjadinya kelainan pada organ-organ tubuh adalah sebagai berikut :

1. Hepar : pada tingkat ringan hanya ditemukan degenerasi lemak sentrilobuler tanpa nekrosis
2. Jantung : jantung atrofi, menjadi lebih kecil dari biasa. Kadang kala dijumpai perdarahan sub-endokardial
3. Otak : terdapat bercak-bercak perdarahan otak dan kelainan seperti pada ensepalopati wirnicke
4. Ginjal : ginjal tampak pucat dan degenerasi lemak dapat ditemukan pada tubuli kontorti (Sulistyoningsih. 2011).

#### 2.1.4 Patofisiologi

Perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar estrogen yang biasa terjadi pada trimester I. bila perasaan terjadi terus-menerus dapat mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi. Karena oksidasi lemak yang tak sempurna, terjadilah ketosis dengan tertimbunya asam aseto-asetik, asam hidroksida butirik dan aseton darah. Muntah menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida darah turun. Selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, sehingga aliran darah ke jaringan berkurang. Hal ini menyebabkan jumlah zat makanan dan oksigen ke jaringan berkurang pula tertimbunya zat metabolik yang toksik. Disamping dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit. Disamping dehidrasi dan gangguan keseimbangan elektrolit, dapat terjadi robekan pada selaput lendir esofagus dan lambung (*sindroma molly-weiss*), dengan akibat perdarahan gastrointestinal (Mochtar, 2012).

#### 2.1.5 Tanda dan gejala

Batas mual dan muntah berapa banyak yang disebut Hiperemesis gravidarum tidak ada kesepakatan. Ada yang mengatakan bila lebih dari sepuluh kali muntah. Akan tetapi apabila keadaan umum ibu terpengaruh dianggap sebagai Hiperemesis gravidarum (Mochtar, 2012). Menurut berat ringannya gejala dibagi

menjadi tiga tingkatan, yaitu :

11

1. Tingkatan I (ringan)

- a. Mual muntah terus-menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita
- b. Ibu merasa lemah
- c. Nafsu makan tidak ada
- d. Berat badan menurun
- e. Merasa nyeri pada epigastrium
- f. Nadi meningkat sekitar 100 per menit
- g. Tekanan darah menurun
- h. Turgor kulit berkurang
- i. Lidah mengering
- j. Mata cekung

2. Tingkatan II (sendang)

- a. Penderita tampak lebih lemah dan apatis

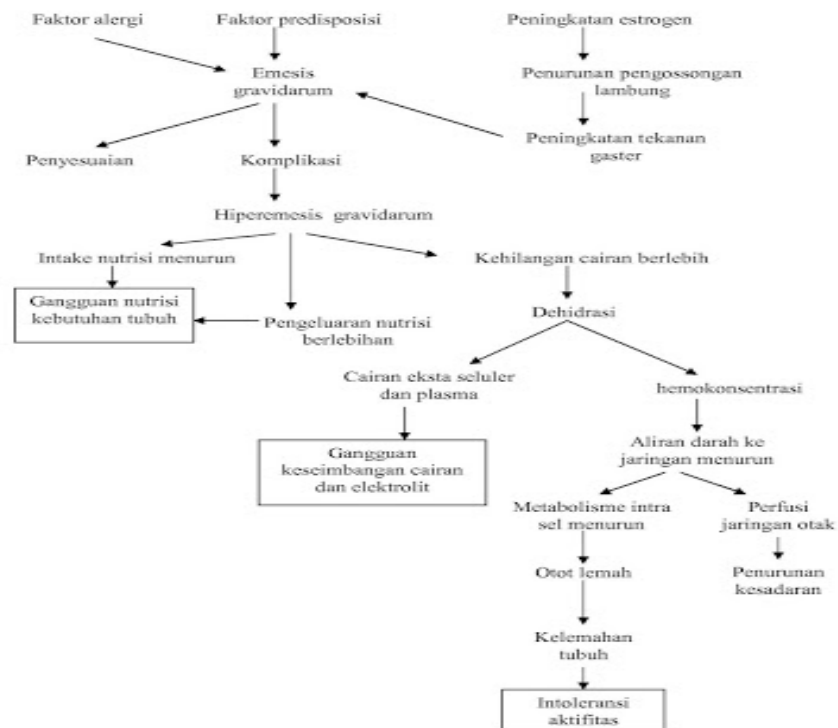
- b. Turgor kulit mulai jelek
  - c. Lidah mengering dan tampak kotor
  - d. Nadi kecil dan cepat
  - e. Suhu badan naik (dehidrasi)
  - f. Mata mulai ikterik
  - g. Berat badan turun dan mata cekung
  - h. Tensi turun, hemokonsentrasi, oliguri dan konstipasi
  - i. Aseton tercium dari hawa pernafasan dan terjadi asetonuria
- 12

### 3. Tingkatan III (berat)

- a. Keadaan umum lebih parah (kesadaran menurun dari somnolen sampai koma), Dehidrasi hebat. Nadi kecil, cepat dan halus
- b. Suhu badan meningkat dan tensi turun
- c. Terjadi komplikasi fatal pada susunan saraf yang dikenal dengan enselepati wernicke dengan gejala nistagmus, diplopia dan penurunan mental
- d. Timbul ikterus yang menunjukkan adanya payah hati Mochtar, 2012).

## 2.1.6 Pathways

#### F. Pathways



13

1313

### 2.1.7 Pemeriksaan

Ketika seorang wanita datang dengan keluhan mual dan muntah, riwayat berikut harus dikaji untuk membantu membedakan antara mual dan muntah akibat kehamilan atau kondisi patologis ini.

#### 1. Riwayat

- a. Frekuensi muntah
- b. Riwayat pola makan (jenis makanan dan minuman , jumlah, waktu pemberian, dan reaksinya)
- c. Riwayat pengobatan (termasuk reaksi obat)
- d. Riwayat gangguan makan

- e. Riwayat diabetes
- f. Pembedahan abdomen sebelumnya.
- g. Frekuensi istirahat
- h. Kecemasan dalam kehamilan
- i. Dukungan keluarga
- j. Hubungan muntah dengan asupan makanan (jenis dan jumlah)

## 2. Pemeriksaan fisik

- a. Berat badan ( dan hubungannya dengan berat badan sebelumnya)
- b. Suhu badan , denyut nadi, dan pernafasan
- c. Turgor kulit
- d. Kelembapan membrane mukosa
- e. Kondisi lidah ( bengkak, kering, pecah-pecah)
- f. Palpasi abdomen untuk melihat pembesaran organ , dan nyeri tekan.
- g. Pengkajian pertumbuhan janin.

## 3. Laboratorium

- a. Pemeriksaan keton dalam urine
- b. Urinalis



#### 4. Pengkajian

Kondisi yang mengindikasikan bahwa wanita mengalami dehidrasi meliputi turgor kulit buruk, peningkatan frekuensi nadi dan oernapasan, penurunan pengeluaran urine. (Mochtar, 2012).

### 2.1.8 Penanganan

#### 1. Pencegahan

Pencegahan terhadap Hiperemesis gravidarum diperlukan dengan jalan memberikan penerapan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologis. Hal itu dapat dilakukan dengan cara :

- a. Memberikan keyakinan bahwa mual dan muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan berumur 4 bulan.
- b. Ibu dianjurkan untuk mengubah pola makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tetapi sering.
- c. Waktu bangun pagi jangan segera turun dari tempat tidur, tetapi dianjurkan untuk makan roti kering arau biskuit dengan teh hangat
- d. Hindari makanan yang berminyak dan berbau lemak
- e. Makan makanan dan minuman yang disajikan jangan terlalu panas atau terlalu dingin
- f. Usahakan defekasi teratur.

#### 2. Terapi obat-obatan

Apabila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak

berkurang maka diperlukan pengobatan :

- a. Tidak memberikan obat yang terotogen
  - b. Sedativa yang sering diberikan adalah phenobarbital
  - c. Vitamin yang sering dianjurkan adalah vitamin B1 dan B6
  - d. Antihistaminika seperti dramamine, avomine
  - e. Pada keadaan berat, anti emetik seperti diklomin hidrokhloride atau klorpromazine.
3. Hiperemesis gravidarum tingkatan II dan III harus dirawat inap di rumah sakit. Adapun terapi dan perawatan yang diberikan adalah sebagai berikut :
- a. Isolasi : Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang, tetapi cerah dan peredaran udara baik. Jangan terlalu banyak tamu, kalau perlu hanya perawat dan dokter saja yang boleh masuk. Catat cairan yang keluar dan masuk. Kadang-kadang isolasi dapat mengurangi atau menghilangkan gejala ini tanpa pengobatan
  - b. Terapi psikologik: Berikan pengertian bahwa kehamilan adalah suatu hal yang wajar, normal dan fisiologik. Jadi tidak perlu takut dan khawatir. Yakinkan penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan dan dihilangkan masalah atau konflik yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.
  - c. Terapi mental: Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan glukosa 5 %, dalam cairan gram fisiologis sebanyak 2-3 liter sehari. Bila perlu dapat

ditambah dengan kalium dan vitamin khususnya vitamin B kompleks dan vitamin C dan bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino esensial secara intravena. Buat dalam daftar kontrol cairan yang masuk dan dikeluarkan. Berikan pula obat-obatan seperti yang telah disebutkan diatas.

Terminasi kehamilan: Pada beberapa kasus keadaan tidak menjadi baik, bahkan mundur. Usahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatrik bila keadaan memburuk. Delirium, kebutaan, takikardia, ikterik, anuria, dan perdarahan merupakan manifestasi komplikasi organik. Dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Keputusan untuk melakukan abortus terapeutik sering sulit diambil, oleh karena disatu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat dan dipihak lain tidak boleh menunggu sampai terjadi irreversible pada organ vital (Sulistyoningsih. 2011).

## **2.2 Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

#### **1. Data Subjektif**

Nausea dan vomitus merupakan gejala-gejala utama. Pasien tidak dapat menahan makanan dan kehilangan berat badan. Beberapa pasien mengeluh air liurnya berlebihan/ hipersalivasi. Riwayat haid: sebagian besar pasien sadar akan haid yang tidak datang dan mengetahui bahwa mereka hamil. Tetapi kadang-kadang pasien tidak dapat memberikan informasi yang penting

ini, sehingga mengaburkan diagnosis.

## 2. Data Objektif

### **Pemeriksaan fisik**

- a. Pemeriksaan umum: kulit dan membrane mukosa sering tampak kering dan turgor menurun. Pasien dapat menjadi kurus. Vomitus yang iritatif dapat membuat erosi pada bibir dan wajah; lidah tampak merah, kering dan pecah-pecah. Faring kering dan merah, dan pernapasan berbau busuk dengan bau seperti buah-buahan yang khas untuk ketoasidosis. Takikardia dan hipotensi dapat menunjukkan dehidrasi hipovolemia. Pada penyakit yang berat dan berkepanjangan, aberasi mental, delirium, sakit kepala, stupor dan koma dapat terjadi
- b. Pemeriksaan abdomen: temuan ini biasanya normal, meskipun rasa sakit dihepar dapat ditemukan
- c. Pemeriksaan pelvis: uterus lunak dan membesar sesuai dengan umur gestasi

### **Kebutuhan Dasar Khusus**

- a. Aktifitas istirahat : Tekanan darah sistol menurun, denyut nadi meningkat (> 100 kali per menit).
- b. Integritas ego: Konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, kehamilan tak direncanakan.
- c. Eliminasi: Perubahan pada konsistensi; defekasi, peningkatan

- frekuensi berkemih Urinalisis : peningkatan konsentrasi urine.
- d. Makanan/cairan: Mual dan muntah yang berlebihan (4 – 8 minggu) , nyeri epigastrium, pengurangan berat badan (5 – 10 Kg), membran mukosa mulut iritasi dan merah, Hb dan Ht rendah, nafas berbau aseton, turgor kulit berkurang, mata cekung dan lidah kering.
  - e. Pernafasan: Frekuensi pernapasan meningkat.
  - f. Keamanan: Suhu kadang naik, badan lemah, icterus dan dapat jatuh dalam koma
  - g. Seksualitas: Penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik.
  - h. Interaksi sosial: Perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospitalisasi dan sakit, sistem pendukung yang kurang.

#### **Tes Laboratorium**

- a. Pemeriksaan darah lengkap dengan apusan darah: nilai hemoglobin dan hematokrit yang meningkat menunjukkan hemokonsentrasi berkaitan dengan dehidrasi. Anemia mungkin merupakan konsekuensi dari malnutrisi.
- b. Urinalisis: urin biasanya hanya sedikit dan mempunyai konsentrasi tinggi sebagai akibat dehidrasi. Aseton menunjukkan asidosis starvasi.

#### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan data pengkajian, diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien hiperemesis gravidarum adalah meliputi :

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d pemasukan yang tidak adekuat d/d klien mual dan muntah
2. Cemas b/d kurang pengetahuan dan psikologi kehamilan d/d klien mengeluh takut dengan kondisi mual muntahnya.
3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan umum dan kurangnya intake nutrisi d/d klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengalami penurunan.

### 2.2.2 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2.1**  
**Intervensi Keperawatan**

No	Diagnosa keperawatan	Perencanaan		
		Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual-muntah	Dalam waktu ... x24jam setelah diberikan tindakan pemenuhan nutrisi klien terpenuhi  Dengan criteria hasil : Berat badan ideal, Bising usus normal dan Membrane mukosa lembab	1. Timbang dan catat berat badan pasien pada jam yang sama setiap hari 2. Pantau asupan dan haluaran pasien 3. Kaji dan catat bising usus pasien satu kali setiap bergantian tugas jaga 4. Auskultasi dan catat suara napas pasien setiap 4 jam	1. Untuk mendapatkan pembacaan yang paling akurat 2. Karena berat badan dapat meningkat sebagai akibat dari retensi cairan 3. Untuk memantau peningkatan dan penurunannya 4. Untuk men aspirasi

2.	Cemas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mampu mengontrol cemas</li> <li>2. Cemas berkurang</li> <li>3. Klien dapat menurunkan stimulus lingkungan ketika cemas</li> <li>4. Klien melaporkan tidur adekuat</li> <li>5. Ekspresi wajah klien tenang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kaji tingkat kecemasan klien</li> <li>7. Dengar keluhan klien dengan penuh perhatian</li> <li>8. Dampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.</li> <li>9. Motivasi klien untuk menyampaikan tentang isi perasaannya.</li> <li>10. Bantu klien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan.</li> <li>11. Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuatnya cemas.</li> <li>12. Ajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>13. Merencanakan intervensi dengan tepat.</li> <li>14. Untuk mengetahui bagaimana keluhan klien.</li> <li>15. Memberikan rasa aman dan nyaman pada klien.</li> <li>16. Mengurangi perasaan cemas pada klien.</li> <li>17. Untuk mengetahui tingkat kecemasan.</li> <li>18. Mengetahui solusi apa yang dapat menurunkan kecemasan klien.</li> <li>19. Dapat mengurangi perasaan cemas yang klien rasakan.</li> <li>20. Untuk mengurangi rasa cemas yang klien alami.</li> </ol>
----	-------	--	---	---

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x24 jam terjadi peningkatan toleransi aktivitas dengan criteria hasil :</p> <p>Melaporkan dan mendemonstrasikan peningkatan aktivitas fisik yang dapat diukur Skala mobilitas 0-1, Skala kekuatan otot 5 (dapat melawan tahanan.</p> <p>Klien terlihat segar</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji tingkat berfungsi pasien dengan menggunakan skala mobilitas fungsional. Komunikasikan tingkat ini pada staf</li> <li>2. Kecuali dikontraindikasikan, lakukan ROM setiap 2 sampai 4 jam. Tingkatkan dari pasif ke aktif, sesuai toleransi pasien.</li> <li>3. Kaji kehilangan/gangguan keseimbangan gaya jalan, kelemahan otot</li> <li>4. Awasi TD, nadi, pernapasan, selama dan sesudah aktivitas. Catat respon terhadap tingkat aktivitas (mis. Peningkatan denyut jantung/TD, disritmia, pusing, dispnea, takipnea, dan sebagainya)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Komunikasi diantara anggota staf dapat meyakinkan kontinuitas perawatan dan mempertahankan kemandirian</li> <li>2 Latihan ROM dapat mencegah kontraktur sendi dan atrofi otot</li> <li>3 Menunjukkan perubahan neurologi karena defisiensi vitamin B12 mempengaruhi kamanan pasien /resiko cedera</li> <li>4 Manifestasi kardiopulmonal dari upaya jantung dan paru untuk membawa jumlah oksigen adekuat ke jaringan</li> </ol>
----	--	---	--	--



### 2.1.1 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau pelaksanaan adalah pelaksanaan dari apa yang sudah direncanakan dari setiap diagnose yang muncul (Haryanto & Rini, 2015).

### 2.2.3 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan, proses yang *continue* yang penting untuk menjamin kualitas dan ketetapan perawatan yang diberikan dan dilakukan dengan meninjau respon pasien untuk menentukan keaktifan rencana perawatan dan memenuhi kebutuhan pasien (Haryanto & Rini, 2015).

Beberapa teknik penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dengan SOAP pada pasien hiperemesis gravidarum antara lain sebagai berikut:

1. S: Mengumpulkan data Subjektif
  - a. Menanyakan biodata pasien
  - b. Menanyakan riwayat penyakit pasien sebelumnya seperti catatan perkembangan penyakit, mengetahui suhu, denyut nadi, pernapasan, tekanan darah, pemeriksaan laboratorium dan laporan pemeriksaan tambahan.
  - c. Menanyakan keluhan yang dirasakan oleh pasien
2. O : Mengumpulkan data Objektif

Mengumpulkan data hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada pasien seperti TTV dan lainnya.

23

3. A : Analisis dan Interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosa, antisipasi atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

4. P : Perencanaan

Membuat rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut.

## **BAB 3 TINJUAN STUDI KASUS**

### **3.1 Pengkajian**

Pengkajian keperawatan dilakukan pada Ibu R, dilaksanakan pada tanggal 7 April 2020 pukul 14.30 WIB. Data diperoleh langsung dari klien, wawancara dengan klien dan keluarga, pemeriksaan fisik serta dari catatan medis baik catatan keperawatan maupun catatan dokter. Dari pengkajian tersebut didapatkan data antara lain identitas pasien, Nama Ibu R, umur 20 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan tamat SMP, status menikah, alamat Pangkalan Kuras, agama islam, pekerjaan IRT, suku Jawa, kebangsaan Indonesia, tanggal kunjungan 2 April 2020, diagnosa hiperemesis gravidarum. Identitas penanggung jawab, nama Bapak F, umur 21 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan supir, suku Jawa, agama islam dan hubungan dengan pasien adalah suami.

Hasil pengkajian pada Ny. R didapatkan keluhan utama yang dirasakan adalah klien mengatakan sering mengeluh mual dan muntah pada masa kehamilannya sehingga dengan keadaannya tersebut ia menjadi tidak nafsu makan dan badan terasa letih, klien juga tidak dapat melakukan aktivitas dengan kondisinya tersebut. Klien saat ini sedang

hamil trimester pertama yaitu usia kehamilan 12 minggu.

Klien mengatakan belum pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Klien juga mengatakan bahwa pada kehamilannya yang dahulu juga ia merasakan hal serupa. Klien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit menular dan penyakit keturunan. Saat ini klien sedang hamil yang pertama dengan G:1 P:0 A:0, Klien belum memiliki anak sebelumnya, usia kehamilan saat ini adalah 12 minggu. HPHT pada tanggal 25 Februari 2020 dan TTP 23 November 2020. Pasien belum pernah memeriksakan kehamilannya ke bidan atau petugas kesehatan lainnya. Klien mengatakan belum pernah menggunakan KB sebelumnya. Klien berencana setelah kelahiran ini, akan menggunakan KB. Klien mengatakan haid teratur, *menarche* pada usia 12 tahun, lamanya 7 hari, dan jumlah haidnya banyak pada 4 hari pertama dan 3 hari terakhir sedikit-sedikit, dan siklus teratur 30 hari.

Klien mengatakan berencana ingin mempunyai anak, sehingga mereka senang menerimanya namun suami klien sering berpergian karena harus bekerja. Klien mengatakan keadaan yang dialaminya saat ini sangat mengganggu aktivitasnya. Di dalam keluarga klien berperan sebagai ibu rumah tangga, selama ia sakit pada kehamilannya sebagian besar aktivitas klien di bantu oleh ibu mertua dan adik iparnya. Keadaan emosi klien saat ini tidak stabil, terkadang klien susah diajak berinteraksi dengan orang lain, dan berbicara pun hanya seperlunya saja. Saat ini orang yang paling berarti baginya adalah suami dan anak pertamanya yang masih kecil. Hubungan klien dengan keluarganya tampak baik. Hubungan klien

dengan orang lain baik. Klien menganut agama islam dan kegiatan ibadah dilakukan ketika keadaannya merasa sanggup untuk melakukannya.

Dari hasil pengkajian didapat tingkat kesadaran klien compos mentis, penampilan rapi, berbicara singkat dan cepat, alam perasaan letih, afek datar, dan interaksi selama wawancara kontak mata pasien baik. Respirasi, pernafasan klien kadang meningkat. Untuk nutrisi, produksi kelenjar saliva meningkat, klien sering mual muntah yang berlebihan, nafsu makan menurun.

26

Eliminasi, klien mengalami obstipasi. Istirahat/tidur, klien sulit tidur dikarenakan sering mual dan muntah serta pusing yang dialaminya. Kebutuhan Berpakaian, Klien dibantu oleh mertua dan juga suaminya untuk kebutuhan keamanan, Klien dilindungi oleh keluarganya, dan klien juga mampu melindungi diri dari bahaya. Klien mampu ber komunikasi dengan orang lain, dan mampu mengekspresikan kebutuhan dan opininya tentang yang dialaminya, dan untuk Aktivitas, pekerjaan dan aktivitas klien sehari-hari terganggu, tidak mampu melakukan secara maksimal karena keadaan yang semakin lemah.

Pada pemeriksaan fisik secara umum didapati pasien sadar, letih dan tampak kelelahan, dan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-harinya sebagai ibu rumah tangga. Sehingga ia hanya bisa terbaring di tempat tidur dan klien dibantu oleh keluarganya dengan tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 78 x/menit, pernafasan 24 x/menit, Suhu tubuh 36,7oC, Frekuensi muntah dalam satu hari > dari 10 kali, tinggi badan 150 cm, berat badan dahulu 59 kg dan berat badan sekarang 55 kg. Usia kehamilan

12 minggu, TFU (3 jari diatas simfisis). Dalam pemeriksaan kepala dan rambut didapati bentuk kepala oval dan simetris, ubun - ubun ditengah tidak ada benjolan. Penyebaran rambut merata, berwarna hitam, tidak berbau, warna kulit klien kuning langsung, dengan struktur wajah simetris. Mata simetris, palpebra merah muda, lembab, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokor, dan coklat muda, kornea dan iris bening. Pada pemeriksaan hidung, tulang hidung simetris, lubang hidung normal, bersih dan tidak ada sumbatan, tidak ada pernafasan cuping hidung, Bentuk daun telinga normal dan simetris, ukuran telinga simetris kiri dan kanan, lubang telinga bersih, dan ketajaman pendengaran baik. Pada pemeriksaan mulut dan faring didapati bahwa bibir kering dan simetris, keadaan lidah dan mulut kurang bersih, ia juga jarang menyikat gigi dikarenakan mual muntah yang berlebihan ia rasakan dan sulit beraktivitas. pita suara baik, posisi trakeal medial, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, suara normal, tidak ada pembesaran kelenjar limfe, denyut nadi karotis teraba. Pada gigi kurang bersih tidak ada peradangan gusi, caries ada, dan tidak ada gigi palsu. Pada leher, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. - Pada payudara klien menjadi lebih besar, areola mammae hiperpigmentasi, dan puting susu semakin menonjol. Pada pemeriksaan paru, kadang mengeluh sesak dan nafas pendek. Pada pemeriksaan jantung, tekanan darah sistole menurun dan nadi meningkat. Pada abdomen, tidak ada distensi abdomen, tidak ada nyeri tekan, klien mual dan muntah berlebihan yaitu > dari 10 kali dalam sehari. Pada ekstremitas tidak ada ditemukan edema, dan kekuatan tonus otot menurun.

### 3.2 Analisa Data

**Tabel 2**  
**Analisa Data Pasien**

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p><b>Data Subjektif :</b> Klien mengatakan bahwa ia sering mual dan muntah. Mual muntah yang ia rasakan &gt; dari 10 x/hari, Klien juga mengeluh tidak nafsu makan, porsi makannya juga tidak habis, dan berat badannya menurun. Klien mengatakan setiap harinya ia hanya minum jus kuini dan camilan. Klien juga mengatakan bahwa ia lemah dan tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari.</p> <p><b>Data Objektif :</b> Frekuensi mual dan muntah &gt;10 x/hari, Porsi makan tidak habis, BB sebelum hamil 59 kg BB saat ini 55 kg TB : 150 cm, Keadaan tampak lemah, Intake pemasukan makanan tidak adekuat, TD : 110/70 mmHg -N : 78 x/i -T : 36,7 o C, RR : 24 x/l, Bibir tampak kering, Muntah klien yaitu cairan.</p>	<p>Kurang pengalaman karena kehamilan pertama, sehingga menimbulkan kecemasan, emosi tidak stabil, merangsang mual muntah yang terus menerus, sehingga tidak nafsu makan</p>	<p>Gangguan Pemenuhan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh</p>
2.	<p><b>Data Subjektif :</b> Klien mengatakan bahwa ia khawatir dan cemas dengan keadaannya dikarenakan mual muntah yang sering ia alami.</p> <p><b>Data Objektif :</b> - Keadaan umum lemah - Tampak wajah khawatir - TTV : TD : 110/70 mmHg N : 78 x/i RR : 24 x/i T : 36,7 oC</p>	<p>Faktor psikologi klien mengalami hiperemesis gravidarum dan kurang pengetahuan hingga mengakibatkan klien menjadi cemas</p>	<p>Cemas</p>
3.	<p><b>Data Subjektif :</b> Klien mengatakan bahwa klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengalami penurunan, disebabkan badannya terasa letih dan lemah sehingga menghambat pergerakan, yang menyebabkan pasien susah beraktivitas.</p> <p><b>Data Objektif :</b></p>	<p>Hiperemesis Gravidarum mengakibatkan intake dan energi menurun, sehingga terjadi kelemahan umum</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>

	Tidak ada tenaga untuk beraktivitas sehari-hari, Kesulitan dalam beraktivitas. Tekanan darah: 110/70 mmHg. Nadi : 78 x/i - Pernafasan : 24 x/i		
--	--	--	--

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b/d pemasukan yang tidak adekuat d/d klien mual dan muntah
2. Cemas b/d kurang pengetahuan dan psikologi kehamilan d/d klien mengeluh takut dengan kondisi mual muntahnya.
3. Intoleransi aktivitas b/d kelemahan umum dan kurangnya intake nutrisi d/d klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari mengalami penurunan.

### 3.4 Perencanaan

Diagnosa	Perencanaan Keperawatan	
Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi	Tujuan : Kebutuhan nutrisi adekuat Kriteria Hasil : - Intake nutrisi dan cairan adekuat - Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi - Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	
	Rencana tindakan	Rasional
	1. Kaji faktor penyebab mual dan muntah 2. Kaji tanda-tanda vital klien 3. Tentukan status gizi klien dan kemampuan klien untuk memenuhi kebutuhan gizi 4. Kaji berat badan klien 5.	1. Mengetahui penyebab mual dan muntah klien 2. Untuk mengetahui keadaan umum klien 3. Mengetahui sejauh mana kekurangan nutrisi pada pasien. 4. Untuk mengetahui apakah berat badan klien menurun. 5. Meningkatkan



	<p>Anjurkan makan dengan porsi sedikit tetapi sering. 6. Tanyakan makanan kesukaan klien. 7. Anjurkan makanan yang bergizi, tinggi kalori, dan bervariasi yang dapat dipilih oleh pasien. 8. Tanyakan pada klien tentang alergi makanan. 9. Anjurkan untuk banyak makan buah dan minum. 10. Berikan pendidikan kesehatan tentang : -Makanan bergizi dan tidak mahal. Seperti tahu, tempe, dan telur</p>	<p>kebutuhan nutrisi klien. 6. Membantu meningkatkan nafsu makan klien. 7. Memberi pilihan kepada klien, dapat meningkatkan nafsu makan klien. 8. Mengetahui apakah ada alergi pada makanan klien.</p>
Cemas	<p>Tujuan : Klien mampu mengontrol cemas Kriteria Hasil : - Cemas berkurang - Klien dapat menurunkan stimulus lingkungan ketika cemas - Klien melaporkan tidur adekuat - Ekspresi wajah klien tenang</p>	
	<p>Rencana tindakan</p> <p>1. Kaji tingkat kecemasan klien 2. Dengar keluhan klien dengan penuh perhatian 3. Dampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan. 4. Motivasi klien untuk menyampaikan tentang isi perasaannya. 5. Bantu klien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan. 6. Bantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuatnya cemas. 7. Ajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya). 8. Kolaborasi</p>	<p>Rasional</p> <p>1. Merencanakan intervensi dengan tepat. 2. Untuk mengetahui bagaimana keluhan klien. 3. Memberikan rasa aman dan nyaman pada klien. 4. Mengurangi perasaan cemas pada klien. 5. Untuk mengetahui tingkat kecemasan. 6. Mengetahui solusi apa yang dapat menurunkan kecemasan klien. 7. Dapat mengurangi perasaan cemas yang klien rasakan. 8. Untuk mengurangi rasa cemas yang klien alami.</p>

	: Berikan obat-obatan yang mengurangi cemas.	
Intoleransi aktivitas	Tujuan : Mentoleransi aktivitas yang biasa dilakukan dan ditunjukkan dengan daya tahan, penghematan energi, perawatan diri Kriteria Hasil : - Menyadari keterbatasan energi - Menyeimbangkan aktivitas dan istirahat - Tingkat daya adekuat untuk beraktifitas	
	Rencana tindakan	Rasional
	1. Monitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat aktivitas. 2. Berikan diet yang adekuat dan seimbang. 3. Bantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri. 4. Catat tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas. 5. Anjurkan istirahat yang adekuat. 6. Berikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya : Nutrisi yang baik untuk meningkatkan energi yang ada dalam tubuh	1. Merencanakan intervensi dengan tepat. 2. Pasien dapat memilih dan merencanakan sendiri. 3. Mengkaji sejauh mana perbedaan peningkatan selama aktivitas. 4. Membantu mengembalikan energi. 5. Metabolisme membutuhkan energi. 6. Meningkatkan pengetahuan pasien tentang pentingnya nutrisi untuk meningkatkan energi dalam tubuh.

### 3.5 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan dan perencanaan diatas, maka segala perencanaan yang telah dilakukan untuk mengatasi masalah yang da harus dilaksanakan. Adapun implementasi keperawatan dilaksanakan adalah :

**Hari 1**

Hari/ tanggal	Pukul	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
---------------	-------	--------------------------	----------

<p>07 April 2020</p> <p>Dx : Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p>	<p>14.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji faktor penyebab mual dan muntah.</li> <li>2. Menkaji tanda-tanda vital klien</li> <li>3. Mengkaji status gizi klien, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.</li> <li>4. Mengkaji berat badan klien.</li> <li>5. Menganjurkan makan dengan porsi sedikit tetapi sering.</li> <li>6. Menanyakan makanan kesukaan klien.</li> <li>7. Menganjurkan makanan yang bergizi, tinggi kalori, dan bervariasi yang dapat dipilih oleh pasien.</li> <li>8. Menanyakan pada klien tentang alergi makanan.</li> <li>9. Menganjurkan untuk banyak makan buah dan minum.</li> <li>10. Memberikan pendidikan kesehatan tentang : - Makanan bergizi dan tidak mahal.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan bahwa nafsu makannya tidak ada</p> <p>O : - klien masih Mual muntah – tidak ada nafsu makan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan menganjurkan makan sedikit tapi sering.</p>
<p>07 April 2020</p> <p>Dx : Cemas</p>	<p>14.30 WIB</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat kecemasan klien.</li> <li>2. Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian.</li> <li>3. Mendampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.</li> <li>4. Memotivasi klien untuk menyampaikan tentang isi perasaanya.</li> <li>5. Membantu klien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan bahwa ia merasakan cemas .</p> <p>O : Klien tampak tidak tenang</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

		<p>6. Membantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuatnya cemas.</p> <p>7. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya).</p> <p>8. Kolaborasi : Memberikan obat-obatan yang mengurangi cemas yaitu citalopram (celexa)</p>	
07 April 2020 Dx; Intoleransi Aktivitas	15.00	<p>1. Memonitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat aktivitas.</p> <p>2. Memberikan diet yang adekuat dan seimbang.</p> <p>3. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri.</p> <p>4. Mencatat tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas.</p> <p>5. Menganjurkan istirahat yang adekuat.</p> <p>6. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya : Pentingnya nutrisi yang baik untuk meningkatkan energi yang ada dalam tubuh.</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan bahwa klien belum bisa beraktivitas secara mandiri, seperti makan dan ke kamar mandi.</p> <p>O : - Aktivitas kecil belum bisa dilakukan secara mandiri oleh klien.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

## Hari 2

Hari/ tanggal	Pukul	Implementasi Keperawatan	Evaluasi
08 April 2020	14.30 W	1. Mengkaji faktor	S : Klien mengatakan

<p>Dx : Gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi</p>	<p>IB</p>	<p>penyebab mual dan muntah.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menkaji tanda-tanda vital klien</li> <li>3. Mengkaji status gizi klien, dan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan gizi.</li> <li>4. Mengkaji berat badan klien.</li> <li>5. Menganjurkan makan dengan porsi sedikit tetapi sering.</li> <li>6. Menanyakan makanan kesukaan klien.</li> <li>7. Menganjurkan makanan yang bergizi, tinggi kalori, dan bervariasi yang dapat dipilih oleh pasien.</li> <li>8. Menanyakan pada klien tentang alergi makanan.</li> <li>9. Menganjurkan untuk banyak makan buah dan minum.</li> <li>10. Memberikan pendidikan kesehatan tentang : - Makanan bergizi dan tidak mahal.</li> </ol>	<p>bahwa nafsu makannya sudah bertambah sedikit demi sedikit.</p> <p>O : - Mual muntah berkurang -Nafsu makan bertambah</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi (nafsu makan sudah bertambah sedikit demi sedikit).</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan menganjurkan makan sedikit tapi sering.</p>
<p>08 April 2020 Dx : Cemas</p>	<p>14.30 W IB</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji tingkat kecemasan klien.</li> <li>2. Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian.</li> <li>3. Mendampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.</li> <li>4. Memotivasi klien untuk menyampaikan tentang isi perasaanya.</li> <li>5. Membantu klien menjelaskan keadaan yang bisa menimbulkan kecemasan.</li> </ol>	<p>S : Klien mengatakan bahwa cemas yang ia rasakan sudah berkurang, dan ia sudah mengerti keadaannya.</p> <p>O : Klien tampak tenang</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi (Klien sudah merasa tenang dan nyaman).</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan oleh keluarga yaitu dengan memotivasi klien agar mengerti keadaannya.</p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Membantu klien untuk mengungkapkan hal-hal yang membuatnya cemas.</li> <li>7. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya).</li> <li>8. Kolaborasi : Memberikan obat-obatan yang mengurangi cemas yaitu citalopram (celexa)</li> </ol>	
08 April 2020 Dx; Intoleransi Aktivitas	15.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor keterbatasan aktivitas, kelemahan saat aktivitas.</li> <li>2. Memberikan diet yang adekuat dan seimbang.</li> <li>3. Membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri.</li> <li>4. Mencatat tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas.</li> <li>5. Menganjurkan istirahat yang adekuat.</li> <li>6. Memberikan pendidikan kesehatan tentang pentingnya : Pentingnya nutrisi yang baik untuk meningkatkan energi yang ada dalam tubuh.</li> </ol>	<p>S : Keluarga klien mengatakan bahwa klien sudah mulai bisa beraktivitas secara mandiri, seperti makan dan ke kamar mandi.</p> <p>O : - Aktivitas kecil sudah bisa dilakukan secara mandiri oleh klien.</p> <p>A : Masalah sebagian teratasi (klien sudah bisa melakukan aktivitas kecil seperti makan dan ke kamar mandi).</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan dengan keluarga memotivasi klien untuk makan yang bergizi dan adekuat.</p>

### **3.6 Keterbatasan Penelitian**

Keterbatasan dalam laporan ini adalah :

1. Penulis mengalami sedikit kesulitan saat melakukan pengkajian dan menggali informasi secara langsung kepada klien yang mengalami mual muntah dan kondisi fisik yang lemah.
2. Waktu yang ditentukan tidak sesuai dengan rencana karena kondisi klien yang sudah membaik lebih cepat.

## **BAB 4**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

Pada BAB ini penulis akan menguraikan tentang pembahasan tentang "Asuhan Keperawatan Maternitas Pada Ibu Hamil Dengan Hiperemesis Gravidarum di Wilayah Puskesmas Pangkalan Kuras II Kabupaten Pelalawan, dengan jumlah subjek keperawatan sebanyak 1 orang klien. Dalam pembahasan ini, penulis membaginya dalam 5 tahapan keperawatan menurut Doenges (1999) yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan pendekatan yang sistematis untuk mengumpulkan data, mengelompokkan, dan menganalisis, sehingga didapatkan masalah dan kebutuhan untuk perawatan ibu. Tujuan utama pengkajian pada kasus hiperemesis gravidum adalah untuk memberikan gambaran secara terus-menerus mengenai keadaan kesehatan ibu yang memungkinkan perawat merencanakan asuhan keperawatan (Mitayani, 2009).

Sedangkan pengkajian pada studi kasus Ny. R tanggal 7 April 2020. Klien mengatakan sudah demam dua hari mengalami mual muntah dan tidak mau makan. 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, dan bibir kering.

#### 4.2 Diagnosis

Secara teori konsep keperawatan pada kasus Hiperemesis Gravidarum maka diagnosa keperawatan yang lazim muncul, yaitu sebagai berikut :

- a. Kekurangan volume cairan b.d kehilangan cairan yang berlebihan
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan
- c. Cemas b/d psikologi klien mengalami hiperemesis gravidarum dan kurang pengetahuan
- d. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan
- e. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Amin & Hardhi, 2015)

Sedangkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada klien Ibu R pada Hiperemesis Gravidarum yaitu :

- a. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan.
- b. Cemas b/d psikologi klien mengalami hiperemesis gravidarum dan kurang pengetahuan
- c. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

Berdasarkan hal tersebut ditemukan kesenjangan pada kasus yang dialami Ibu antara diagnosa pada teori dan diagnosa pada kasus, dimana pada kasus tidak ditemukan diagnosa sebagai berikut : 1)

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak merupakan berisiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. (Amin & Hardhi, 2015)

Diagnosa tersebut diatas ditemukan pada teori tetapi tidak pada kasus. Hal ini disebabkan karena klien tidak mengalami penurunan kesadaran ditandai dengan klien mampu berkomunikasi dengan baik, sehingga hal ini tidak terjadi penurunan suplai darah keotak.

#### **4.3 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 pemenuhan nutrisi, Karena ada 5 diagnosa yang terdapat pada teori tetapi hanya 3 diagnosa yang terdapat dalam kasus diantaranya :

4.3.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan, dengan perencanaan sebagai berikut :

1. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan
2. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi)
3. Pantau jumlah nutrisi dan kandungan kalori
4. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

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.

39

4.3.2 Cemas b/d psikologi klien mengalami hiperemesis gravidarum dan kurang pengetahuan, dengan perencanaan sebagai berikut :

1. Mengkaji tingkat kecemasan klien.
2. Mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian.
3. Mendampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.
4. Memotivasi klien untuk menyampaikan tentang isi perasaanya.
5. Mengajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya).
6. Kolaborasi : Memberikan obat-obatan yang mengurangi cemas yaitu citalopram (celexa)

Kecemasan merupakan gangguan psikis terhadap seseorang. Kecemasan dapat terjadi kepada siapa saja, termasuk ibu hamil. Bagi ibu primigravida kehamilan merupakan pengalaman pertama kali dalam periode kehidupannya. Situasi tersebut dapat menyebabkan perubahan drastis baik pada fisik ibu maupun psikologis (Bethsaida dan Pieter, 2013). Faktor kecemasan ibu pada trimester pertama berkaitan dengan kondisi kesejahteraan ibu dan janin, rasa aman dan nyaman selama kehamilan, pengalaman keguguran atau hal buruk selama kehamilan

sebelumnya, sikap menerima kehamilan serta dukungan dari suami dan keluarga (Pieter, 2012). Dampak buruk dari kecemasan ibu hamil memicu terjadinya rangsangan kontraksi rahim. Akibat dari kondisi tersebut dapat meningkatkan tekanan darah sehingga mampu memicu terjadinya preeklamsi dan keguguran (Maharani, 2008 dalam Novriani, 2017). Kelahiran Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) dan bayi prematur juga merupakan dampak negatif dari kecemasan ibu hamil, karena itu kecemasan pada ibu hamil trimester I perlu diatasi dengan baik (Spitz, 2013).

40

#### 4.3.3 Intoleransi aktivitas b.d kelemahan

1. Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan
2. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai
3. Bantu pasien / keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas.
4. Bantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.

Intoleransi aktivitas merupakan ketidakcukupan energi psikologis atau fisiologis untuk melanjutkan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari – hari yang harus atau yang ingin dilakukan. (Amin & Hardhi, 2015) Diagnosa tersebut ada pada kasus karena klien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri ditandai dengan klien tidak mampu ke wc, makan dan minum secara mandiri sehingga menyebabkan terjadinya masalah intoleransi aktivitas. Uraian diatas adalah diagnosa yang terdapat pada kasus dan teori, sedangkan yang terdapat pada teori dan tidak ditemukan pada kasus adalah : a. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak 1)

Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul 2) Monitor adanya parestese 3) Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung 4) Kolaborasi pemberian analgetik 5) Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

Diagnosa Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak tidak ditemukan pada kasus karena masalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak merupakan berisiko mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. (Amin & Hardhi, 2015)

41

Diagnosa tersebut diatas tidak ada pada kasus karena klien tidak mengalami penurunan kesadaran ditandai dengan klien mampu berkomunikasi dengan baik kepada keluarga maupun dokter dan perawat sehingga hal ini tidak terjadi penurunan suplai darah keotak.

#### **4.4 Pelaksanaan**

4.4.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d frekuensi mual dan muntah berlebihan, yaitu melakukan pengkajian kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan., memberikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi), memantau jumlah nutrisi dan kandungan kalori, dan memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

4.4.2 Cemas b/d psikologi klien mengalami hiperemesis gravidarum dan kurang pengetahuan, yaitu mengkaji tingkat kecemasan klien, mendengarkan keluhan klien dengan penuh perhatian, mendampingi klien untuk mengurangi kecemasan dan meningkatkan kenyamanan, memotivasi klien untuk menyampaikan

tentang isi perasaanya, mengajarkan klien teknik relaksasi dengan (menarik nafas dalam dan tahan sebentar lalu perlahan buang udaranya), dan memberikan obat-obatan yang mengurangi cemas.

4.4.3 Intoleransi aktivitas b.d kelemahan yaitu membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan, membantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai, membantu pasien / keluarga untuk mengidentifikasi kekurangan dalam beraktivitas dan membantu pasien untuk mengembangkan motivasi diri dan penguatan.

42

#### **4.5 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 7 s/d 8 April 2020. Evaluasi yang menunjang adanya kemajuan dan dari masalah yang dihadapi oleh klien. Adapun evaluasi setelah melakukan asuhan keperawatan selama 2 hari mulai dari tanggal 7 s/d 8 April 2020 penulis berharap evaluasi kasus pada Ibu R adalah : 1. Kebutuhan nutrisi terpenuhi. 2. Cemas berkurang. 3. Dapat melakukan aktivitas secara mandiri

## **BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

### **1.1 Simpulan**

Bab ini penulis akan menguraikan tentang kesimpulan dan saran dari pemberian asuhan keperawatan pada Ibu R dengan Hiperemisis Gravidarum. Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari dan melakukan pengkajian kembali baik secara teoritis maupun secara tinjauan kasus didapatkan simpulan sebagai berikut:

Hasil pengkajian pada Ny. R didapatkan keluhan utama yang dirasakan adalah klien mengatakan sering mengeluh mual dan muntah pada masa kehamilannya sehingga dengan keadaannya tersebut ia menjadi tidak nafsu makan dan badan terasa letih, klien juga tidak dapat melakukan aktivitas dengan kondisinya tersebut. Klien saat ini sedang hamil trimester pertama yaitu usia kehamilan 12 minggu.

Berdasarkan pengkajian dapat diperoleh data subjektif yaitu klien sering mual dan muntah yang membuat ia tidak nafsu makan, berat badan klien juga menurun dan keadaan letih. Sehingga, menyebabkan ia tidak dapat melakukan aktivitasnya sebagai ibu rumah tangga. Klien juga mengatakan bahwa ia cemas dengan keadaannya tersebut. Kemudian, didapatkan juga data objektif yaitu frekuensi mual muntah > dari 10 x/hari dan porsi makan tidak habis, keadaan klien tampak lemah, dan bb sebelum hamil 59 kg dan saat ini 55 kg. TD : 110/70 mmHg, N : 78 x/i, T : 36,7o C, dan RR : 24 x/i.

Setelah dilakukan analisa data penulis mendapatkan prioritas masalah keperawatan dengan diagnosa keperawatan gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat ditandai dengan mual muntah yang berlebihan dengan frekuensi > dari 10 x/hari dan tidak nafsu makan, berat badan klien menurun yaitu sebelum hamil 59 kg dan setelah hamil 55 kg, usia kehamilan : 12 minggu. Kemudian klien diberikan intervensi dan implementasi selama 3 hari.

44

## **1.2 Saran**

- 1.2.1 Diharapkan bagi pelayanan kesehatan tidak hanya melaksanakan asuhan keperawatan di tempat pelayanan kesehatan saja, tetapi bisa juga dilakukan dengan home care.
- 1.2.2 Untuk perawatan pasien dengan hiperemesis gravidarum, harus ada kerjasama antara perawat ruangan dan keluarga agar selalu memberikan informasi tentang perkembangan kesehatan pasien



dan memberi pendidikan kesehatan pada keluarga yang paling sederhana dan senantiasa memotivasi pasien dan keluarga untuk selalu menjaga pola makan seperti mengkonsumsi makanan yang bergizi dan jangan terlalu banyak pikiran.

1.2.3 Perawat sebagai tim kesehatan yang paling sering berhubungan dengan pasien sangat perlu meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan agar mampu merawat pasien secara komprehensif dan optimal. Dan perawat juga harus bekerjasama dengan tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi) dalam melakukan perawatan / penanganan pasien dengan hiperemesis gravidarum

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes. 2013. *Penyediaan Fasilitas Program Kesehatan Ibu dan Anak*.
- Farrer, 2011. *Deteksi Kehamilan Ibu*. Yogyakarta: Administration Press.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. *Pedoman Pelaksanaan Pencegahan Penularan HIV dan Esfilis dari ibu ke Anak bagi tenaga kesehatan*. Jakarta : Kemenkes.
- Kemenkes, 2018. *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta : Kemenkes
- Kemenkes. 2010. *Analisis Faktor Ibu Hamil Terhadap Pemanfaatan Buku KIA Di Puskesmas Jatinnagor*. Diakses tanggal 11 Mei 2019. [www.pdf.com-Universal Journal of 3 Kesehatan Masyarakat](http://www.pdf.com-Universal Journal of 3 Kesehatan Masyarakat)
- Khumaira, 2013. *Penentu Rendah Pemanfaatan Buku KIA di Betaya*.

Southern. Universal Journal of 3 Kesehatan Masyarakat 2015.  
Diakses 11 Februari 2019. [www.http.kebidanan.com](http://www.kemkes.go.id). *penentu-  
rendah-pemanfaatan-buku-kia*

Riskesdas, 2018. *Pusat Data dan Informasi*. Jakarta : Kemenkes

Rohmah, 2010. *Pedoman Penatalaksanaan Hiperemisis Gravidarum*.  
Jakarta : Kemenkes.

Manuaba, 2016. *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yogyakarta Graha Ilmu.

Mochtar, 2012. *ANC Fokus*. Yogyakarta: Nuamedika

Mahesa. 2013. *Persiapan Kehamilan dan Menghadapi Persalinan*.  
Yogyakarta: Mitra  
Usaha

Puspita, 2011. *Asuhan Kehamilan*. Jakarta: Dutabaya

Profil Kesehatan Riau, 2018. *Angka Kematian Ibu*. (Online) diakses 12  
Februari 2019.

Profil Kesehatan Kabupaten Pelalawan, 2018. *Angka Kematian Ibu*. (Online)  
diakses 12 Februari 2019.

Sulistyoningsih. 2011. *Asuhan Kebidanan Ibu Hamil*. Jakarta : Binapustaka