**BAB I**

**PENDAHULAN**

* 1. **Latar Belakang**

Kehamilan merupakan peristiwa yang alamiah, mulai dari terjadinya pembuahan (konsepsi) hingga proses pertumbuhan janin didalam rahim. Proses kehamilan yang norma terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dari kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Setiap wanita yang hamil akan mengalami proses penyesuaian tubuh terhadap kehamilan sesuai pada tahap trimester yang sedang dijalani. Respon yang paling berpengaruh pada ibu hamil adalah mual dan muntah. Mual dan muntah pada kehamilan disebut dengan emesis gravidarum. Mual biasanya terjadi pada pagi hari, tetapi ada yang timbul setiap saat dan malam hari (Mariantari, 2014).

Emesis Gravidarum dapat menimbulkan berbagai dampak pada ibu hamil, salah satunya adalah penurunan nafsu makan yang mengakibatkan perubahan keseimbangan elektrolit yakni kalium, kalsium, dan natrium sehingga menyebabkan perubahan metabolisme tubuh. Dampak lain dari emesis gravidarum juga dapat mengakibatkan kehilangan berat badan sekitar 5% karena cadangan karbohidrat, protein, dan lemak terpakai untuk energi. Muntah yang lebih dari sepuluh kali sehari atau mual terus menerus yang terjadi selama 20 minggu terakhir kehamilan ini akan berlanjut menjadi *Hyperemesis Gravidarum* sehingga tubuh ibu menjadi lemah, muka pucat, dan frekuensi buang air kecil menurun drastis. Mual dan muntah yang berlebihan juga menyebabkan cairan tubuh semakin berkurang dan terjadi hemokonsentrasi yang dapat memperlambat peredaran darah sehingga dapat mempengaruhi tumbuh kembang janin. Trimester pertama adalah fase organ - organ janin dibentuk. (Mariantari, 2014).

Mortalitas dan mordibitas pada wanita hamil dan bersalin adalah masalah besar di Negara berkembang. Kematian pada saat melahirkan biasanya menjadi faktor utama mortalitas wanita muda pada masa puncak produktivitasnya (Indrayani, 2018). Menurut WHO pada tahun 2015 sebanyak 303.000 perempuan meninggal selama dan setelah kehamilan dan persalinan. Sekitar 830 wanita meninggal akibat komplikasi kehamilan atau melahirkan terkait diseluruh dunia setiap hari. Sebanyak 99% kematian ibu akibat masalah persalinan atau kelahiran terjadi di negara-negara berkembang. Rasio kematian ibu per 100.000 kelahiran bayi hidup jika dibandingkan dengan rasio kematian ibu di 12 negara maju dan 51 negara persemakmuran. Menurut World Health Organization (WHO) jumlah kejadian *Hyperemesis Gravidarum* mencapai 12,5 % dari jumlah seluruh kehamilan di dunia. Mual dan muntah dapat mengganggu dan membuat ketidakseimbangan cairan pada cairan pada jaringan ginjal dan hati menjadi nekrosis (WHO, 2013).

1

Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI), angka kematian ibu (AKI) masih cukup tinggi yaitu 359 per 100.000 kelahiran hidup. Angka kematian bayi hasil (SDKI) 2012 lebih rendah dari pada hasil 2007, angka kematian bayi tahun 2012 adalah 32 kematian per 1000 kelahiran hidup, dan salah satu penyebab kematian di Indonesia adalah bayi berat lahir rendah (SDKI, 2012).

AKI maternal yang dilaporkan di Sumatera Utara tahun 2012 hanya 106/100.000 kelahiran hidup, namun ini belum bisa menggambarkan AKI yang sebenarnya di populasi. Berdasarkan hasil Sensus Penduduk 2010, AKI di Sumatera Utara sebesar 328/100.000 KH, angka ini masih cukup tinggi bila dibandingkan dengan angka nasional hasil SP 2010 sebesar 259/100.000 KH. Berdasarkan hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 menyebutkan bahwa AKI Indonesia sebesar 228 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini turun dibandingkan AKI tahun 2002 yang mencapai 307/100.000 KH.

Berdasarkan hasil survey di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai tentang data penyakit yang diderita 3 tahun terakhir pada 2016 yang mengalami hyperemesis gravidarum sebanyak 10 orang, 2017 sebanyak 10 orang dan 2018 sebanyak 11 orang.

Dilihat dari tingginya angka kejadian *Hyperemesis Gravidarum* dari hasil praktik klinik keperawatan di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019, maka dari itu penulis membantu dan memberikan asuhan keperawatan sesuai data *Hyperemesis Gravidarum*. Dari data tersebut, penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Ibu Hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019”

* 1. **Tujuan**
     1. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu melakukan asuhan keperawatan ibu hamil pada Ny.A dengan *Hyperemesis Gravidarum* di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan ibu hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019
2. Mahasiswa mampu merumuskan diagnosa keperawatan ibu hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019
3. Mahasiswa mampu melakukan rencana keperawatan ibu hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019
4. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan ibu hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019
5. Mahasiswa mampu melakukan evaluasi keperawatan ibu hamil Pada Ny.A Dengan *Hyperemesis Gravidarum* Di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai Tahun 2019
   1. **Metode Penulisan**

Dalam asuhan keperawatan penulis menggunakan penulisan deskriptif melalui metode yang menggambarkan tentang penulisan yang dibuat dengan cara mengumpulkan data dan menganalisa data serta menarik kesimpulan dari kasus yang diamati yaitu :

* + 1. **Studi Kepustakaan**

Pengumpulan data didapat dengan cara menggali sumber-sumber pengetahuan melalui buku-buku dan jurnal terkini yang berkaitan dengan ibu hamil yang mengalami *Hyperemesis Gravidarum.*

* + 1. **Wawancara**

Pengumpulan data didapat melalui Tanya jawab langsung kepada pasien.

* + 1. **Observasi**

Dengan melakukan pengamatan dan pengawasan dengan klien agar dapat melihat secara nyata mengenai asuhan keperawatan ibu hamil dengan *Hyperemesis Gravidarum.*

* + 1. **Dokumentasi**

Dengan mempelajari status klien dan catatan rekam medik atau hasil pemeriksaan yang dilakukan terhadap ibu hamil dengan *Hyperemesis Gravidarum.*

* 1. **Ruang Lingkup Penulisan**

Ruang lingkup penulisan laporan kasus ini mengacu pada asuhan keperawatan ibu hamil pada Ny.A dengan *Hyperemesis Gravidarum*.

* 1. **Sistematika Penulisan**

BAB I : Pendahuluan meliputi latar belakang, tujuan

penulisan, rumusan masalah, manfaat penulisan, sistematika penulisan.

BAB II : Tinjauan teoritis terdiri dari konsep Ibu hamil dengan

Anemia dan askep.

BAB III : Tijauan kasus meliputi pengkajian, diagnosa,

intervensi, implementasi, dan evaluasi.

BAB IV : Pembahasan.

BAB V : Kesimpulan dan Saran

**BAB II**

**LANDASAN TEORI**

* 1. **Konsep Dasar** 
     1. Kehamilan

Kehamilan adalah kondisi dimana seorang wanita memiliki janin yang sedang tumbuh di dalam tubuhnya (yang pada umumnya di dalam rahim).Kehamilan pada manusia berkisar 40 minggu atau 9 bulan, dihitung dari awal periode menstruasi terakhir sampai melahirkan.Kehamilan merupakan suatu proses reproduksi yang perlu perawatan khusus agar dapat berlangsung dengan baik, karena kehamilan mengandung kehidupan ibu maupun janin.Risiko kehamilan ini bersifat dinamis, karena ibu hamil yang pada mulanya normal, secara tiba – tiba dapat menjadi berisiko tinggi.

Kehamilan merupakan waktu transisi, yakni suatu masa antara kehidupan sebelum memiliki anak yang sekarang berada dalam kandungan dan kehidupan nanti setelah anak tersebut lahir.Perubahan siklus radikal ini dipertimbangkan sebagai suatu krisis disertai periode tertentu untuk menjalani proses persiapan psikologis yang secara normal sudah ada selama kehamilan dan mengalami puncaknya pada saat bayi lahir (Sukarni dan Wahyu, 2013)

Kehamilan merupakan suatu perubahan dalam rangka melanjutkan keturunan yang terjadi secara alami, menghasilkan janin yang tumbuh didalam rahim ibu, dan selanjutnya dapat dijelaskan tingkat pertumbuhan dan besarnya janin sesuai usia kehamilan, pada setiap dilakukan pemeriksaan kehamilan (Muhimah dan Safe’I, 2010). Tujuan pemeriksaan dan pengawasan ibu hamil adalah untuk mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas serta mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin saat kehamilan (Mochtar, 2011).

5

1. **Syarat Terjadinya Kehamilan**

Syarat terjadinya kehamilan adalah sebagai berikut:

1. Sperma dengan kualitas yang baik.Sperma yang dikeluarkan saat ejakulasi harus memiliki jumlah yang cukup, yaitu sekitar 20 juta ml. Bentuk sperma pun harus bagus atau tidak cacat dan mempunyai daya hidup yang lama, sekitar 2 hari agar dapat mencapai dan membuahi sel telur.
2. Sel telur dan saluran telur yang baik.Saluran telur harus bebas dari segala macam sumbatan dan memiliki sel telur matang yang siap dibuahi dalam siklus tertentu. Sel telur yang baik biasanya ditandai dengan siklus haid yang teratur.
3. Kondisi rahim yang bagus. Rahim tidak memiliki kelainan, tidak cacat, dan bentuknya baik.
4. Interaksi yang baik antara sel sperma dengan sel telur. Ada kalanya kondisi sel telur baiik dan sel sperma baik, tetapi kehamilan tak kunjung terjadi,. Biasanya hal ini terjadi jika ibu mempunyai antibody terhadap sperma suami sehingga sel sperma “ditolak” dan tidak bisa dibuahi.
5. **Tanda dan Gejala Awal Kehamilan**
6. **Tanda-tanda dugaan hamil**
7. Amenorea (tidak mendapat haid).Gejala ini sangat penting karena umumnya wanita hamil tidak dapat haid lagi.
8. Mual dan muntah.Umumnya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan.
9. Sering kencing.Keadaan ini terjadi pada kehamilan bulan-bulan pertama disebabkan uterus yang membesar menekan pada kandung kemih.
10. Mammae membesar,tegang dan sedikit nyeri.Disebabkan oleh pengaruh estrogen dan progesterone yang merangsang duktus dan alveoli payudara. Kelenjar Montgomery terlihat lebih membesar (Rustam Mochtar,1998).
11. Striae dan hiperpigmentasi.
12. Obstipasi terjadi karena tonus otot menurun yang disebabkan oleh pengaruh hormone steroid (Hanifa, 2005).
13. Epulis adalah suatu hipertrofi papilla gingivae. Sering terjadi pada triwulan pertama (Hanifa,2005).
14. Varises.Sering dijumpai pada triwulan terakhir.
15. **Tanda-tanda kemungkinan hamil**
16. Tanda hegar

Dengan meletakkan 2 jari pada forniks posterior dan tangan lain di dinding perut diatas simpisis pubis, maka terasa korpus uteri seakan-akan terpisah dengan serviks.Pada kehamilan 6-8 minggu dengan pemeriksaan bimanual sudah dapat diketahui tanda hegar ini (Hanifa, 2005)

1. Tanda piskacek

Tanda piskacek adalah suatu pembesaran uterus yang tidak rata hingga menonjol jelas kejurusan uterus yang membesar (uterus dalam keadaan hamil tumbuh cepat pada tempat implantasinya) (Armi, 2006).

1. Tanda Braxton hicks

Uterus pada saat hamil bila dirangsang mudah berkontraksi .Kontraksi yang tidak teratur tanpa nyeri disebut kontraksi Braxton hicks. Adanya kontraksi Braxton hicks ini menunjukkan bahwa kehamilan bukan kehamilan ektopik (Armi, 2006).

1. Tanda ballottement

Pada kehamilan muda (kira-kira 20 minggu) air ketuban jaih lebih banyak sehingga dengan menggoyangkan uterus atau sekonyong-konyong uterus ditekan maka janin akan melenting dalam uterus, keadaan inilah yang disebut dengan ballottement (Hanifa, 2005).

1. Tanda chandwick adalah warna selaput lender vulva dan vagina menjadi ungu (Hanifa, 2005).
2. **Tanda-tanda Pasti Hamil**
3. Gerakan janin dalam Rahim
4. Terlihat atau teraba gerakan janin
5. Teraba bagian-bagian janin
6. Denyut jantung janin
7. Didengar dengan stetoskop laenec,alat kardiotografi, alat dopler.
8. Dilihat dengan ultrasonografi
9. Pemeriksaan dengan alat canggih, yaitu rontgen untuk melihat kerangka janin, ultrasonografi.
10. **Faktor Pengaruh Terjadinya Kehamilan**
11. **Faktor Fisik**
12. Status Kesehatan / penyakit

Ada dua klasifikasi dasar yang berkaitan dengan stats kesehatan atau penyakit yang dialami ibu hamil:

1. Penyakit atau komplikasi akibat langsung kehamilan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah Hyperemesis gravidarum, preeklampsia, eklampsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta atau selaput janin, perdarahan anterpartum, gemelli.
2. Penyakit atau kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan. Terdapat hubungan timbal balik dimana penyakit ini dapat memperberat serta mempengaruhi kehamiilan atau penyakit ini dapat diperberat oleh karena kehamilan.
3. Gizi

Status gizi merupakan hal yang penting diperhatikan pada masa kehamilan,, karena faktor gizi sangat berpengaruh terhadap status kesehatan ibu selama hamil serta guna pertumbuhan dan perkembangan janin. Hubungan antara gizi ibu haml dan kesejahteraan janin merupakan hal yang penting untuk diperhatikan.

1. Gaya hidup
2. Kebiasaan minum jamu

Minum jamu merupakan kebiasaan yang berisiko bagi wanita hamil,karena efek minum jamu dapat membahayakan tumbuh kembang janin seperti menimbulkan kecacatan, abortus, BBLR partus prematurus, kelainan ginjal dan jantung janin, asfiksia neonatorum, kematian janin dalam kandungan dan malforasi organ janin.

1. Mitos, takhayul atau kepercayaan tertentu.

Mengenai mitos, takhayul atau kepercayaan tertentu sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial budaya dan adat istiadat tertentu.Mitos yang mendukung asuhan tentunya diperboolehkan sedangkan yang membahayakandalam asuhan kehamilan semestinya kita cegah dengan memberikan konseling dan pendidikan kesehatan yang tepat pada ibu hamil.

1. Aktivitas seksual

Berdasarkan konsep evidence bahwa ibu hamil tidak harus menghentikan aktivitas seksual ataupun secara khusus mengurangi aktivitas seksual. Beberapa pendapat mengenai hubungan seksual selama hamil didasari pada beberapa konsep bahwa dalam cairan sperma terkandung prostaglandin sehingga merangsang munculnya kontraksi,dimungkinkan merangsang mulainya persalinan, maka muncul pendapat bahwa coitus mendekati usia kehamilan aterm menyebabkan kemungkinan insiden kehamilan postterm atau serotimus. Namun menurut konsep evidence based menyatakan bahwa pengaruh aktivitas seksual selama masa kehamilan tiddak terbukti signifikan berhubungan dengan peristiwa mulainya persalinan (Enkin, 2000)

1. Pekerjaan atau aktivitas sehari – hari

Tidak ada rekomendasi dalam asuhan kehamilan bahwa ibu hamil sama sekali tidak boleh melakukan aktivitas pekerjaan rumah ataupun diluar rumah. Nasehat yang penting disampaikan adalah bahwa ibu hamil tetap boleh melakukan aktivitas atau pekerjaan tetapi cermati apakah pekerjaan atau aktivitas yang dilakukan berisiko atau tidak untuk kehamilan dan ada perubahan dalam aktivitas atau pekerjaan karena berhubungan dengan kapasitas fisik ibu dan perubahan sistem tubuh,nasehatkan pula dari sisi keuntungan dan risiko bagi ibu hamil.

1. Exercise atau senam hamil

Senam hamil atau latihan memberi keuntungan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik ibu hamil,memperlancar peredaran darah, mengurangi keluhan kram atau pegal-pegal, dan mempersiapkan pernafasan, aktivitas otot, dan panggul untuk menghadapi persalinan.

1. Subtance abuse

Substance abuse adalah perilaku yang membahayakan terhadap ibu hamil seperti penyalahgunaan obat atau zat-zat tertentu yang membahayakan ibu hamil.

1. Kehamilan diluar nikah dan kehamilan tidak diinginkan

Reaksi wanita yang mengalami hamil diluar nikah:

1. Melarikan diri dari tanggung jawab, melakukan abortus, membuang anaknya, dll
2. Berusaha melakukan aborsi dan bunuh diri
3. Melakukan pekerjaan sebagai seorang ibu walau dengan keterpaksaan
4. Kehamilan dengan kematian janin dalam kandungan

Pada proses kehilangan ibu akan menunjukkan reaksi emosional tertentu,seperti:

1. Shock dan menyangkal serta tidak percaya
2. Marah dan bargaining atau tawar menawar
3. Disorientasi dan depresi
4. Reorganisasi dan penerimaan diri, mulai menerima kenyataan bahwa janinnya meninggal
5. **Faktor Psikilogis**

Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan keaadaan yang timbul sebagai sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran dimana kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi kehamilan patologis. Peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis, namun prose salami tersebut dapat mengalami penyimpangan sampai berubah menjadi patologis.Latar belakang munculnya gangguan psikologik atau kejiwaan adalah berbagai ketidakmatangan dalam perkembangan emosional dan psikoseksual dalam rangka kesanggupan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan situasi tertentu termasuuk kehamilan.Pada kasus psikollogis atau kelainan jiwa yang berat perlu support atau dorongan dan dukungan dari significant others (orang terdekat) dalam keluarga.

Agar kehamilan dapat berjalan lancar dan ibu dapat mengadakan hubungan yang sehat dengan bayinya, maka reaksi ibu terhadap kehamilan seharusnya :

1. Menerima kehamilan
2. Menghilangkan rasa takut terhadap kehamilan
3. Menerima peran ibu
4. Menciptakan ikatan antara ibu dan bayinya.
   * 1. ***Hyperemesis* gravidarum**

Mual muntah yang ringan umum dan normal terjadi diawal kehamilan, bila terjadi berlebihan maka dapat menimbulkan efek patologis seperti *Hyperemesis Gravidarum* ( Micheline, 2004)

*Hyperemesis 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 ( Sherwen, 1999). Hal tersebut mulai terjadi pada minggu keempat sampai kesepuluh kehamilan dan selanjutnya akan membaik umumnya pada usia kehamilan 20 minggu, namun pada beberapa kasus dapat terus berlanjut sampai pada kehamilan tahap berikutnya (Paauw,et al.,2005).

* + 1. **Etiologi**

Penyebab *Hyperemesis Gravidarum* belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomik pada otak, jantung, hati dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat imunisasi. Beberapa faktor predesposisi dan faktor lain yang telah ditemukan oleh beberapa penulis sebagai berikut (Wiknjosastro, 2005):

1. Faktor predesposisi yang sering dikemukakan adalah primigravida, mola hidatidosa dan kehamilan ganda. Frekuansi yang tinggi pada mola hidatidosa dan kehamilan ganda menimbulkan dugaan bahwa faktor hormonal memegang peranan, karena pada kedua keadaan tersebut hormon khorionik gonadotropin dibentuk berlebihan.
2. Masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal dan perubahan metabolik akibat hamil serta resistensi yang menurun dari pihak ibu terhadap perubahan ini merupakan faktor organik.
3. Alergi. Sebagai salah satu respon dari jaringan ibu terhadap anak, juga disebut sebagai salah satu faktor organik.
4. Faktor psikologik memegang peranan yang penting pada penyakit ini, rumah tangga yang retak, kehilangan pekerjaan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab 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.
   * 1. **Manifestasi Klinik**

**Tingkatan I**

Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum. Pada tingkatan ini klien merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali permenit.

**Tingkatan II**

Klien tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit lebih menurun, lidah kering dan tampak kotor, nadi kecil dan cepat, tekanan darah turun, suhu kadang-kadang naik, mata cekung dan sedikit icterus, berat badab turun, hemokonsentrasi, oliguria, dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernapasan karena mempunyai aroma yang khas, dan dapat pula ditemukan dalam urine.

**Tingkatan III**

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun dari samnolen sampai koma, nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, serta suhu meningkat. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai Wernicke ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nistagmus, diplopia, dan perubahan mental, keadaan ini adalah akibat sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya icterus menunjukkan terjadinya payah hati. Pada tingkatan ini juga terjadi perdarahkan dari esophagus, lambung, dan retina.

FISIOLOGI

1. Endokrin
2. Metabolik
3. Alergi
4. Infeksi

PSIKOSPIRITUAL

1. Cemas, stress, takut
2. Kesadaran akan hidup dan kematian
3. Hal yang mengguncang
4. Tanggung jawab
5. Kehilangan kontrol

SOSIOKULTURAL

1. Pendapatan dan pekerjaan
2. Penyesuaian harapan sosial
3. Media yang menggambarkan kehamilan
4. Keadaan yang normal atau perlu pengobatan
5. Takhayul dan mitos

WANITA HAMIL DENGAN *HYPEREMESIS GRAVIDARUM*

LINGKUNGAN

1. Bau-bauan, polutan
2. Pestisida
3. Bising
4. Wilayah padat

Skema 2-1. Pendekatan Holistik Terhadap Penyebab, Faktor Predisposisi, dan Faktor yang Memperberat Terjadinya *Hyperemesis Gravidarum*

Sumber : Tiran, 2004.

* + 1. **Patofisiologi**

Hipovolemia

Konstipasi

Defisiensi nutrisi

Mual dan muntah berlebihan

1. Faktor spiritual
2. Faktor lingkungan
3. Faktor psikologis
4. Faktor sosiokultural

Peningkatan HCG, estrogen dan progesteron selama kehamilan

Pengaruh terhadap sistem *Gastrointestinal*.

1. Penurunan motilitas lambung
2. Memperlambat pengosongan lambung
3. Refluks esophagus
4. Penurunan asam hidroklorida

Pembakaran KH dan lemak

Penurunan cairan ekstrasel dan plasma

Ketidakseimbangan elektrolit

1. Wernicke ensefalopati
2. Neuropati perifer
3. Anemia

Dehidrasi

Defesiensi vitamin B1, B6 dan B12

Oksidasi lemak tidak sempurna

Ketosis

* + 1. **Penatalaksanaan**

Pengobatan yang baik pada mual dan muntah sehingga dapat mencegah *Hyperemesis Gravidarum.* Dalam keadaan muntah berlebihan dan dehidrasi ringan, penderita *emesis gravidarum* sebaiknya dirawat sehingga dapat mencegah *Hyperemesis Gravidarum.*

1. Melakukan isolasi

Penderita disendirikan dalam kamar yang tenang tetapi cerah dan peredaran udara yang baik tidak diberikan makan/minum selama 24-28 jam. kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

1. Therapy psikologik

Perlu diyakini pada penderita bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh karena kehamilan, kurangi pekerjaan yang berat serta menghilangkan masalah dan konflik, yang kiranya dapat menjadi latar belakang penyakit ini.

1. Pemberian cairan parenteral

Berikan cairan parenteral yang cukup elektrolit, karbohidrat dan protein dengan linger lactat 5% dengan cairan garam fisiologik sebanyak 2-3 liter per hari. Bila perlu dapat ditambah kalium dan vitamin, khususnya vitamin B kompleks. Bila ada kekurangan protein, dapat diberikan pula asam amino secara intra vena.

1. Obat-obat yang diberikan

Sedativa yang sering digunakan adalah Phenobarbital. Vitamin yang dianjurkan vitamin B1 dan B6 tablet keadaan yang lebih berat diberikan antiemetik seperti disiklomin hidrokhloride atau khlorpromasin. Anti histamin ini juga dianjurkan seperti mediamen, avomin (Maidun, 2009).

1. Penghentian kehamilan

Pada sebagian kasus keadaan tidak menjadi baik, bahkan mundur. Usahakan mengadakan pemeriksaan medik dan psikiatri bila keadaan memburuk delirium, kebutaan tachikardi, ikterus, 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 di satu pihak tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi dilain pihak tidak boleh menunggu sampai terjadi gejala irreversibel ada organ vital.

1. Diet
2. Diet *hiperemesis* I diberikan ada *hiperemesis* tingkat III makanan hanya berupa roti kering dan buah-buhan. Cairan tidak diberikan bersama makanan tetapi 1-2 jam sesudahnya. Makanan ini kurang dalam semua zat-zat gizi, kecuali vitamin C, karena itu hanya diberikan Selama beberapa hari.
3. Diet *hiperemesis* II diberikan bila rasa mual dan muntah berkurang. Secara berangsur mulai diberikan makanan yang bergizi tinggi. Minuman tidak diberikan bersama makanan. Makanan ini rendah dalam semua zat-zat gizi kecuali vitamin A dan D.
4. Diet *hieremesis* III diberikan kepada penderita dengan *hiperemesis* ringan. Menurut kesanggupan penderita. Minuman boleh diberikan bersama makanan. Makanan ini cukup dalam semua zat gizi kecuali kalsium.
   1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
      1. Pengkajian
5. Pengkajian adalah langkah awal dan dasar bagi seorang perawat dalam melakukan pendekatan secara sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisa sehingga dapat diketahui kebutuhan pasien tersebut. Pengumpulan data yang akurat dan sistematik akan membantu menentukan status kesehatan dan pola pertahanan pasien serta memudahkan perumusan diagnosa keperawatan.
6. Riwayat Kesehatan
7. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya klien mengatakan tidak ada mengalami penyakit yang sama seperti saat ini, biasanya klien mengatakan pola kebiasaan yang tidak sehat, gaya hidup dan nutrisi yan tidak baik.

1. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya klien merasakan mual, muntah, nyeri dibagian epigastrium, klien biasanya mengatakan nafsu makan berkurang, mudah lelah, klien biasanya mengatakan tidak bisa beraktifitas, klien biasanya mengatakan badan terasa demam, dan merasa cemas. Biasanya klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit yang sama seperti klien.

1. Pemeriksaan fisik
2. Kepala dan wajah

Rambut bisanya berwarna hitam, tidak oedema,tidak ada lesi, wajah biasanya oval

1. Mata

Sklera biasanya tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis

1. Leher

Biasanya JVP dalam normal

1. Abdomen (Perut)
2. Inspeksi

Biasanya simetris kiri dan kanan, tidak ada tonjolan, tidak ada kelainan umbilikus dan adanya pergerakan didindng abdomen

1. Auskultasi

Biasanya suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop)

1. Palpasi

Biasanya turgor kulit baik, hepar tidak teraba

1. Perkusi

Biasanya tympani

1. Thorak (dada)
2. Inspeksi

Biasanya ditemukan ketidaksimetrisan rongga dada dan tulang belakang

1. Palpasi

Taktil fremitus seimbang kanan dan kiri

1. Perkusi

Cuaca resonan pada seluruh lapang paru

1. Auskultasi

Biasanya vesikuler

1. Jantung
2. inspeksi : Biasanya Ictus cordis tidak terlihat
3. Palpasi : Biasanya Ictus cordis tidak teraba
4. Perkusi : Biasanya pekak
5. Auskultasi : Biasanya irama jantung teratur
6. Kesadaran

Kesadaran biasanya kompos mentis. Pada kasus yang lebih parah, klien dapat mengeluh pusing dan gelisah.

1. *Pengkakjian bio-psiko-sosisal dan spiritual*
2. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Biasanya pasien tidak menengetahui tentang penyakit

1. Pola aktivitas dan latihan
2. Jarang berolah raga
3. Istirahat kurang dari kebutuhan
4. Pola tidur dan istirahat

Biasanya tidur terganggu karena adanya nyeri

1. Pola mekanisme koping terhadap stress

Stres, cemas karena penyakitnya

1. Eliminasi

Biasanya adanya perubahan pada konsistensi, defekasi, peningkatan frekuensi berkemih Urinalis ;peningkatan konsistensi urine.

1. Makanan/cairan;
2. Mual dan muntah yang berlebihan (4-8 minggu)
3. Nyeri epigastrium, pengurangan berat badan (5-10 kg), membrane mukosa mulut iritasi dan merah
4. Hb dan Ht rendah,
5. Pernafasan

Frekuensi pernapasan meningkat.

1. Keamanan

Suhu kadang naik, badan lemah, ikterus, dan dapat jatuh dalam koma

1. Seksualitas

Penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik.

1. Interaksi social

Perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospotalisasi dan sakit, system pendukung yang kurang.

* + 1. Diagnosa Keperawatan

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan muntah
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan mual muntah
3. Nyeri akut epigastrium berhubungan dengan muntah berulang
   * 1. Intervensi Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan/ Masalah Kolaborasi** | **Rencana keperawatan** | |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| **Kekurangan Volume Cairan**  Berhubungan dengan muntah  - | **NOC:**   1. *Fluid balance* 2. *Hydration* 3. *Nutritional Status : Food and Fluid Intake*   **Kriteria Hasil:**   1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB, BJ urine normal 2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal 3. Tidak ada tanda tanda dehidrasi 4. Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan   ϖ | **NIC :**   1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan 3. Kolaborasi pemberian cairan IV 4. Monitor status nutrisi 5. Berikan cairan oral 6. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan 7. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 8. Monitor intake dan urin output setiap 8 jam |
| **Ketidakseimbangan nutrisi kurang** dari kebutuhan tubuh  Berhubungan dengan muntah | **NOC:**   1. *Nutritional status: Adequacy of nutrient* 2. *Nutritional Status : food and Fluid Intake* 3. *Weight Control*   ϖ  **Kriteria Hasil :**   1. Adanya peningkatan berat badan 2. Mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 3. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi 4. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti | **NIC:**   1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah 6. Monitor lingkungan selama makan 7. Jadwalkan pengobatan  dan tindakan tidak selama jam makan 8. Monitor turgor kulit 9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht 10. Monitor mual dan muntah 11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 12. Monitor intake nuntrisi 13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi 14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/ TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan. 15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan 16. Anjurkan banyak minum 17. Pertahankan terapi IV line 18. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oval |
| **Nyeri akut** berhubungan dengan muntah berulang | **NOC :**   1. *Pain level* 2. *Pain control* 3. *Comfort level*   **Kriteria Hasil:**   1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 6. Tidak mengalami gangguan tidur | **NIC :**   1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali |

* + 1. Implementasi Keperawatan

Setelah intervensi keperawatan, selanjutnya rencana tindakan tersebut diterapkan dalam situasi yang nyata untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Tindakan keperawatan harus mendetail. Agar semua tenaga keperwatan dapat menjalankan tugasnya dengan baik dalam jangka waktu yang telah ditetapkan. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, perawat dapat langsung memberikan pelayanan kepada ibu dan atau dapat juga didelegasikan kepada orang lain yang dipercayai dibawah pengawasan yang masih seprofesi dengan perawat.

* + 1. Evaluasi Keperawatan

Merupakan hasil perkembangan ibu dengan berpedoman kepada hasil dan tujuan yang hendak dicapai. Evaluasi dari proses keperawatan adalah menilai hasil yang diharapkan terhadap perubahan perilaku ibu dan untuk megetahui sejauh mana masalah ibu dapat teratasi. Disamping itu, perawat juga melakukan umpan balik. Atau pengkajian ulang jika yang ditetapkan belum tercapai dan proses keperawatan segera dimodifikasi.

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

3.1. Pengkajian

1. Identitas klien

Nama : Ny.A

Umur : 23 tahun

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Ibu rumah tangga

Alamat : jl. Wahidin No.24 Binjai Timur

1. Keluhan utama

Klien mengatakan mual dan selalu muntah pada pagi hari. Mual dan muntah semakin berat bila membau makanan yang merangsang, klien juga mengatakan nyeri pada ulu hati akibat muntah yang selalu berulang.

1. Riwayat penyakit sekarang

Klien datang ke poli kandungan dengan keluhan terlambat haid 3 minggu, terakhir mendapat haid tanggal 30 Mei 2019, mual dan selalu muntah pada pagi hari lebih dari 5 x sehari. Klien juga mengeluh badannya terasa lemas dan mau pingsan karena sudah beberapa hari sulit makan serta merasakan nyeri pada epigastrium akibat mual dan muntah yang berulang.

1. Riwayat penyakit dahulu

Klien mengatakan mempunyai riwayat penyakit gastritis.

1. Pola kebiasaan sehari-hari
2. Pola nutrisi

Sebelum hamil : Makan 3 x (nasi,sayur,lauk)

: Minum 7 gelas/hari

Selama hamil : makan 1 x , minum berkurang

1. Pola eliminasi

Sebelum hamil : BAB 1 x tiap pagi, BAK 5 x/hari

Sesudah hamil : BAB 1 x tiap pagi, BAK 3 x/hari

25

1. Pola istirahat tidur

Sebelum hamil : Siang 2 jam/hari, malam 8 jam /hari

17

Sesudah hamil : Siang 3 jam/hari, malam 5 jam/hari

25

1. Pola aktivitas

Sebelum hamil : Membantu pekerjaan rumah

Sesudah hamil : Membantu pekerjaan rumah

1. Perilaku kesehatan sehari-hari

Penggunaan obat/jamu/rokok

Sebelum hamil : Tidak pernah

Sesudah hamil : Obat dan vitamin dari bidan

1. Lain – lain (personal hygiene)

Mandi : 2 x/hari

Ganti baju : 2 x/hari

Keramas : 3 x/minggu

Gosok gigi : 2 x/hari

1. Riwayat Haid

Menarche : -

Siklus haid : 28 hari (teratur)

Lama haid : 6-7 hari

Banyaknya : 3-4 softek/hari

Dismenorea : -

HPHT : 16 Maret 2019

UK : -

1. Riwayat Perkawinan

Nikah : 1 x

Lama menikah : 1 tahun

Umur pertama kali nikah : 22 tahun

1. Riwayat KB

Ibu mengatakan setelah menikah ibu tidak menggunakan KB apapun.

1. Pemeriksaan Fisik
2. Pemeriksaan umum

K/U : Lemah, wajah pucat

Kesadaran : Composmentis

BB sebelum hamil : 60kg  
BB saat ini : 55kg

TB : 157cm

TD : 90/60 mmHg

Nadi : 100 x/menit (teratur)

RR : 20 x / menit (teratur)

Suhu : 36,5 C (axilla)

1. Inspeksi

ditemukan keadaan umum lemah, turgor kulit sedikit menurun, lidah kering, dan mata cekung.

1. Palpasi

Tidak terdapat benjolan abnormal pada abdomen

1. Auskultasi

Belum terdengar detak jantung janin dan belum ada gerakan anak.

1. Pemeriksaan tanda – tanda vital

TD : 90/60 mmHg

Nadi : 100 x/menit (teratur)

RR : 20 x / menit (teratur)

Suhu : 36,5 C (axilla)

1. Pengukuran berat badan

BB sebelum hamil :60kg  
BB saat ini :55kg

Analisa Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kelompok Data | Penyebab | Masalah |
| Ds :  Px mengatakan mual dan selalu muntah pada pagi hari  Do :  - k/u lemah  - wajah pucat  -turgor kulit menurun  -TTV,  TD = 90/60 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5 C  R= 20x/m | kehilangan cairan akibat vomitus dan asupan cairan yang tidak adekuat | Defisit volume cairan |
| Ds :  Px mengatakan tidak nafsu makan akibat mual dan muntah yang berlebihan  Do :  -k/u lemah  - makanan tidak habis hanya setengah porsi  - muntah lebih dari 5 x sehari  - sebelum hamil makan 3 x sehari dan sesudah hamil hanya sekali  BB sebelum hamil 60 kg  BB setelah hamil 55 Kg  -TTV,  TD=90/60 mm/Hg  N = 100x/menit  S = 36,5 C  R= 20x/m | Mual muntah (nausea) | Gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |
| DS:  Px mengatakan nyeri pada epigastrium akibat mual dan muntah yang berukang  DO:  Px tampak kesakitan dan memegangi area perut  Nyeri skala 4  TTV, TTV  TD=90/60 mm/Hg  N = 100x/menit  S = 36,5 C  R= 20x/m | muntah berulang | Nyeri akut |

3.2. Diagnosa Keperawatan

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan akibat vomitus dan asupan cairan yang tidak adekuat ditandai dengan k/u lemah, wajah pucat, turgor kulit menurun, TD = 90/60 mm/Hg, N=100x/menit, S= 36,5 C, R= 20x/m
2. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nausea dan volume yang menetap ditandai dengan k/u lemah, makanan tidak habis hanya setengah porsi, muntah lebih dari 5 x sehari, sebelum hamil makan 3 x sehari dan sesudah hamil hanya sekali, BB sebelum hamil 60 kg, BB setelah hamil 55 Kg
3. Nyeri akut berhubungan dengan muntah berulang ditandai dengan Px tampak kesakitan dan memegangi area perut, Nyeri skala 4, TD=90/60 mm/Hg, N = 100x/menit, S = 36,5 C, R= 20x/m.

3.3. Intervensi Keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa Keperawatan** | **Rencana keperawatan** | |
| **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** |
| Defisit volume cairan yang berhubungan dengan kehilangan cairan akibat vomitus dan asupan cairan yang tidak adekuat | Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada ibu selama 1x 24 jam, mual dan muntah px berkurang :  Kriteria hasil :  -Px mengatakan tidak mual dan muntah  -Turgor kulit normal  TTV :  TD =100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R= 20x/mnit | 1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Monitor TTV, status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan 3. Kolaborasi pemberian cairan IV 4. Monitor status nutrisi 5. Berikan cairan oral 6. Dorong keluarga untuk membantu pasien makan 7. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 8. Monitor intake dan urin output setiap 8 jam |
| Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh  Berhubungan dengan muntah | setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam,kebutuhan nutrisi ibu terpenuhi dengan kriteria hasil :  Px mengatakan nafsu makan meningkat  -makanan habis 1 porsi  -muntah berkurang  -TTV :  TD=100/70 mm/Hg  N = 100x/menit  S = 36,5 C  R= 20 x/mnit | 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 5. Monitor adanya penurunan BB dan gula darah 6. Monitor lingkungan selama makan 7. Jadwalkan pengobatan  dan tindakan tidak selama jam makan 8. Monitor turgor kulit 9. Monitor kekeringan, rambut kusam, total protein, Hb dan kadar Ht 10. Monitor mual dan muntah 11. Monitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 12. Monitor intake nuntrisi 13. Informasikan pada klien dan keluarga tentang manfaat nutrisi 14. Kolaborasi dengan dokter tentang kebutuhan suplemen makanan seperti NGT/ TPN sehingga intake cairan yang adekuat dapat dipertahankan. 15. Atur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan 16. Anjurkan banyak minum 17. Pertahankan terapi IV line 18. Catat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oval |
| Nyeri akut berhubungan dengan muntah berulang | setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam, Nyeri akut teratasi dengan :  Kriteria Hasil:   1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri 3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang 5. Tanda vital dalam rentang normal 6. Tidak mengalami gangguan tidur | 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Kurangi faktor presipitasi nyeri 6. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 7. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 8. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri 9. Tingkatkan istirahat 10. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 11. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali |

3.4. Implementasi/Evaluasi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO DX | Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
| I | 31 Mei 2019 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat   -pasien dianjurkan minum 6-8 gelas perhari   1. Memonitor TTV status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan   TTV:   * TD : 110/80 mmHg * Nadi : 100x/m * Suhu : 38.5 C * RR : 21 x/m  1. Memonitor status nutrisi  * Pasien tidak menghabiskan makanannya  1. Memberikan cairan oral, menganjurkan minum 6-8 gelas perhari 2. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan  * Anjurkan Pasien makan sedikit tapi sering  1. Berkolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 2. Memonitor intake dan urin output setiap 8 jam | S :  Px mengatakan masih mual dan muntah  O:  k/u lemah  - wajah pucat  -turgor kulit belum meningkat  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 38,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi dilanjutkan |
| II | 31 Mei 2019 | 1. Mengkaji adanya alergi makanan 2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 5. Memonitor adanya penurunan BB dan gula darah   BB= 55 kg   1. Memonitor lingkungan selama makan 2. Menjadwalkan pengobatan  dan tindakan tidak selama jam makan 3. Memonitor turgor kulit 4. Memonitor mual dan muntah 5. Memonitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 6. Memonitor intake nuntrisi 7. Mengatur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan 8. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oval | S :  Px mengatakan belum selera untuk makan karena selalu mual  O:  -Makanan habis setengah porsi dan muntah berkurang  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 37,7C  R = 20x/mnit  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi dilanjutkan |
| III | 31 Mei 2019 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 4. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 5. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 6. Meningkatkan istirahat 7. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 8. Monitor vital sign   - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit | S :  Px mengatakan mual dan muntah berkurang dan nyeri berkurang  O:  = Pasien tampak tenang  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi sebagian  P :  Intervensi dilanjutkan |
| I | 1 Juni 2019 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Memonitor TTV status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan   TTV:   * TD : 110/80 mmHg * Nadi : 100x/m * Suhu : 38.5 C * RR : 21 x/m  1. Memonitor status nutrisi 2. Memberikan cairan oral, menganjurkan minum 6-8 gelas perhari 3. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan 4. Berkolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 5. Memonitor intake dan urin output setiap 8 jam | S :  Px mengatakan masih mual dan muntah tetapi sudah berkurang  O:  k/u lemah  - wajah pucat  - turgor kulit meningkat  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah belum teratasi  P :  Intervensi dilanjutkan |
| II | 1 Juni 2019 | 1. Mengkaji adanya alergi makanan 2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 5. Memonitor adanya penurunan BB dan gula darah   BB= 55 kg   1. Memonitor lingkungan selama makan 2. Menjadwalkan pengobatan  dan tindakan tidak selama jam makan 3. Memonitor turgor kulit 4. Memonitor mual dan muntah 5. Memonitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 6. Memonitor intake nuntrisi 7. Mengatur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan 8. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oval | S :  Px mengatakan nafsu makan meningkat  O:  Makanan habis 1 porsi dan muntah berkurang  - TTV :  TD =100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi sebagian  P :  Intervensi dilanjutkan |
| III | 1 Juni 2019 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 4. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 5. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 6. Meningkatkan istirahat 7. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 8. Monitor vital sign   TTV  TD =100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit | S :  Px mengatakan mual dan muntah berkurang dan nyeri berkurang  O:  Pasien tampak tenang  - TTV :  TD =100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi sebagian  P :  Intervensi dilanjutkan |
| I | 2 Juni 2019 | 1. Mempertahankan catatan intake dan output yang akurat 2. Memonitor TTV status hidrasi ( kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan 3. TTV: 4. TD : 110/80 mmHg 5. Nadi : 100x/m 6. Suhu : 38.5 C 7. RR : 21 x/m 8. Memonitor status nutrisi 9. Memberikan cairan oral, menganjurkan minum 6-8 gelas perhari 10. Mendorong keluarga untuk membantu pasien makan 11. Berkolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk 12. Memonitor intake dan urin output setiap 8 jam | S :  Px mengatakan masih mual dan muntah tidak ada  O:  k/u baik  - wajah tidak pucat  - turgor kulit meningkat  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi  P :  Intervensi dihentikan |
| II | 2 Juni 2019 | 1. Mengkaji adanya alergi makanan 2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi 4. Mengajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 5. Memonitor adanya penurunan BB dan gula darah   BB= 56 kg   1. Memonitor lingkungan selama makan 2. Menjadwalkan pengobatan  dan tindakan tidak selama jam makan 3. Memonitor turgor kulit 4. Memonitor mual dan muntah 5. Memonitor pucat, kemerahan, dan kekeringan jaringan konjungtiva 6. Memonitor intake nuntrisi 7. Mengatur posisi semi fowler atau fowler tinggi selama makan 8. Mencatat adanya edema, hiperemik, hipertonik papila lidah dan cavitas oval | S :  Px mengatakan nafsu makan meningkat  O:  Makanan habis 1 porsi dan muntah tidak ada  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi  P :  Intervensi dihentikan |
| III | 2 Juni 2019 | 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi 2. Mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Mengurangi faktor presipitasi nyeri 4. Mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi 5. Mengajarkan tentang teknik non farmakologi: napas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat/ dingin 6. Meningkatkan istirahat 7. Memberikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur 8. Monitor vital sign   - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit | S :  Px mengatakan mual dan muntah tidak ada dan nyeri tidak ada  O:  Pasien tampak tenang  - TTV :  TD = 100/70 mm/Hg  N=100x/menit  S= 36,5C  R = 20x/mnit  A :  Masalah teratasi  P :  Intervensi dihentikan |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

* 1. **Pengkajian**

Pada tahapan ini, penulis akan menguraikan tentang pembahasan asuhan keperawatan ibu hamil pada Ny.A dengan *Hyperemesis Gravidarum* di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai. Pada pengkajian ini ditemukan masalah yaitu mual dan selalu muntah pada pagi hari. Klien juga mengeluh badannya terasa lemas dan mau pingsan karena sudah beberapa hari sulit makan, Berat badan Ny.A sebelum hamil dan sesudah hamil berbeda Ny.A mengalami penurunan BB hingga 5 Kg dari 60 kg menjadi 55 kg setelah hamil.

* 1. **Diagnosa**

1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan akibat vomitus dan asupan cairan yang tidak adekuat.

*Hyperemesis Gravidarum* kebutuhan cairan akan meningkat karena kehilangan cairan tubuh sebesar 1% sudah dapat disebut dehidrasi yang ditandai kulit kering, mukosa kering, mata cekung dan lelah. Kekurangan cairan pada ibu hamil dapat berdampak pada janin seperti abortus, BBLR, kelahiran prematur, dan malformasi pada bayi baru lahir. (Romania, 2015)

Diagnosa keperawatan ini ditegakkan dengan data-data yaitu keadaan umum lemah,wajah Ny.A pucat, turgor kulit menurun, TD = 90/60 mm/Hg, N=100x/menit, S= 36,5 C, R= 20x/m.

1. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan nausea dan volume yang menetap

Penurunan status gizi ibu hamil dapat menyebabkan pertumbuhan janin terlambat dengan berat badan lahir rendah. Nutrisi adalah salah satu dari banyak faktor yang ikut mempengaruhi dari hasil kehamilan, status nutrisi juga di pengaruhi oleh banyak faktor seperti berat badan lahir rendah. Makanan yang di butuhkan saat hamil adalah makanan yang mengandung zat tenaga, protein, air vitamin dan mineral, zat besi, kalsium dengan pemberian nutrisi secara bertahap (Alvenia, 2016)

42

Diagnosa keperawatan ini ditegakkan dengan data-data yaitu keadaan umum lemah, makanan tidak habis, muntah, BB sebelum hamil 60 kg, BB setelah hamil 55 Kg, TD=90/60 mm/Hg, N = 100x/menit, S = 36,5 C, R= 20x/m.

1. Nyeri akut berhubungan dengan muntah berulang

Nyeri diakibatkan penekanan pada daerah epigastrium akibat muntah yang berlebihan. Diagnosa keperawatan ini ditegakkan dengan data-data yaitu Px tampak kesakitan dan memegangi area perut, Nyeri skala 4, TD=90/60 mm/Hg, N = 100x/menit, S = 36,5 C, R= 20x/m.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan keluarga dibuat berdasarkan pengkajian, diagnosis keperawatan, pernyataan keluarga, dan perencanaan keluarga, dengan merumuskan tujuan, mengidentifikasi strategi intervensi alternative dan sumber, serta menentukan prioritas, intervensi tidak bersifat rutin, acak, atau standar, tetapi dirancang bagi keluarga tertentu dengan siapa perawat keluarga sedang bekerja (Friedman, 2010)

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber didalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehtan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memampukan keluarga untuk : mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat ( Sudiharto, 2012).

* 1. **Evaluasi**

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi berguna untuk mengetahui apakah tindakan yang telah dilakukan oleh perawat tercapai atau tidak. Keberhasilan lebih ditentukan oleh hasil pada sistem keluarga dan anggota keluarga serta bagaimana respon keluarga terhadap intervensi yang telah diimplementasikan (Friedman, 2010). Berikut evaluasi yang keperawatan yang dilakukan penulis bahwa dari 3 diganosa keperawatan semua masalah dapat teratasi.

**BAB V**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

* 1. **KESIMPULAN**

Setelah melakukan asuhan keperawatan ibu hamil pada Ny.A dengan *Hyperemesis Gravidarum* di Puskesmas Tanah Tinggi Binjai. Maka penulis dapat menyimpulkan :

1. Tahap pengkajian ditemukan mual dan selalu muntah pada pagi hari. Klien juga mengeluh badannya terasa lemas dan mau pingsan karena sudah beberapa hari sulit makan, Berat badan Ny.A sebelum hamil dan sesudah hamil berbeda Ny.A mengalami penurunan BB hingga 5 Kg dari 60 kg menjadi 55 kg setelah hamil.Penulis tidak menemukan kesulitan dalam hal ini karena pasien mau bekerja sama dengan penulis.
2. Didapatkan tiga diagnosa keperawatan yang terdiri dari tiga diagnosa actual.
3. Pada Implementasi keperawatan dilakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah dirumuskan.
4. Untuk tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan telah dilakukan evaluasi dimana tiga diagnosa semua masalahnya teratasi .
   1. **SARAN**
5. Diharapkan pada keluarga (suami) untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatan pasien dan menghindari faktor resiko terjadinya dehidrasi
6. Diharapkan kepada keluarga ( suami) lebih memperhatikan kondisi kesehatan Ny.A guna meningkatkan status gizi untuk seorang ibu hamil.
7. Diharapkan untuk pasien lebih memperhatikan lagi akibat dari ketidak normalan pada kehamilan sebaiknya segera langsung pada fasilitas kesehatan untuk selalu memeriksa kehamilan.

45

28