

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

1. Identifikasi

Tanggal pengkajian : 10 April 2019
Nama inisial klien : Ny.R
Umur : 20 tahun
Alamat : Prokimal
Jenis kelamin : Perempuan
Status pernikahan : Menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD RSUD Mayjend HM Ryacudu tanggal 9 April 2019 pukul 16.00 WIB tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4V5M6). Klien datang dengan usia kehamilan 10 minggu, klien mengeluh pusing, merasa lemah, mual dan muntah berkepanjangan. Keluhan ini sudah dirasakan sejak awal kehamilan dan semakin bertambah parah sejak 2 hari yang lalu, hasil pemeriksaan tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 88x/menit.

3. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Klien mengeluh mual dan muntah

4. Pengkajian Keperawatan

a. Penampilan Umum

Kesadaran klien composmentis GCS 15 (E4V5M6), klien mampu mengikuti instruksi dari perawat. Klien mengeluh mual dan muntah terus menerus, klien tidak berminat makan, klien merasa asam dimulut, saliva meningkat, klien tampak pucat dan nadi teraba lemah.

Tanda Vital

Tekanan darah : 100/60 mmHg
Nadi : 88x/menit
Pernafasan : 20x/menit
Suhu : **36,8°C**

b. Pengkajian Respirasi

Pernafasan klien 20x/menit. Klien tidak terpasang oksigen, klien mampu batuk. Tidak ada suara nafas tambahan, tidak terdapat sputum berlebih, klien tidak tampak gelisah. Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, klien tidak mengalami takikardi.

c. Pengkajian Sirkulasi

Denyut nadi klien 88x/menit, klien tidak mengalami takikardi, klien mengatakan tidak merasakan palpitasi, klien tidak mengalami perdarahan, tidak ada pembesaran vena jugularis. Klien mengatakan buang air kecil sejak pukul 18.00 WIB sampai pukul 18.00 WIB sudah 4 kali. Klien mengatakan saat buang air kecil urine yang keluar hanya sedikit sekitar ± 50 ml. Klien mengatakan bahwa klien merasa lelah setelah muntah. Klien tidak mengalami kenaikan berat badan yang tiba-tiba, CRT <3 detik, klien mengatakan tidak mengalami kesemutan (parastesia).

d. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Klien tidak mengalami penurunan berat badan, berat badan sekarang 52 kg (sebelum hamil 50 kg) , klien tidak mengalami gangguan menelan, klien tidak sedang sariawan dan diare. Klien mengatakan nafsu makan menurun sejak awal kehamilan, selain itu karena mual dan muntah yang dirasakan, saat akan makan klien hanya mampu menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi makan yang telah disediakan (sekitar 4 sendok). Dalam 24 jam klien hanya minum 2 gelas aqua (500 ml), klien terpasang infus RL 500ml/8 jam (1500 ml). Klien sudah ± 10 kali muntah sejak datang ke ruangan pukul 18.10 WIB sampai pukul 18.00 WIB volume urine ± 400 ml (24 jam). Klien mengatakan nyeri

dibagian ulu hati dan abdomen. Bising usus 20x/menit. Klien mengeluh haus. Kadar glukosa darah 79 mg/dl

e. Pengkajian Eliminasi

Kandung kemih klien tidak teraba penuh, urine keluar lancar tetapi tidak banyak, klien mengatakan tidak nyeri saat buang air kecil (disuria). Tidak ada kelainan pada cara BAB serta konsistensi pada BAB.

f. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Kekuatan otot

4444	4444
4444	4444

Kekuatan otot menurun, klien tidak mengeluh mengalami kekakuan sendi, klien mengatakan tidak nyeri saat bergerak, klien mengeluh sulit tidur, klien hanya tidur sekitar 6 jam, klien tidak menggunakan bantuan obat tidur, klien tampak lesu dan fisik lemah, aktivitas klien di bantu oleh keluarga

g. Pengkajian Neurosensori

Klien tidak mengeluh sakit kepala, klien tidak mengalami cedera medula spinalis, klien mengatakan tidak mengalami gangguan menelan, tidak batuk sebelum dan sesudah makan dan minum, klien tidak mengalami hematemesis, mengiler dan menelan berulang-ulang.

h. Pengkajian Ibu Hamil dan Melahirkan

Klien mengatakan HPHT nya 28-01-2019, $G_1P_0A_0$ tafsiran lahir 05-

10-2019. Klien mengatakan kehamilan nya memang direncanakan, sejak awal kehamilan klien mengalami mual dan muntah. Klien mengatakan terkadang masih bingung dengan apa yang dialaminya selama klien hamil

i. Pengkajian Nyeri dan Keamanan

Klien mengatakan nyeri di ulu hati dan di abdomen, skala nyeri yang dirasakan klien 3 (1-10). Klien tidak gelisah, dan juga tidak mengeluh

gatal. Klien tidak tampak meringis, tidak berkeringat dingin dan juga tidak menarik diri dari lingkungan sekitar.

j. Pengkajian Psikologi

Klien tampak tegang dan gelisah. Klien merasa bingung dengan apa yang dialaminya sekarang. Klien dapat berkonsentrasi dan mengikuti instruksi perawat dengan baik, suara klien tidak bergetar, kontak mata baik. Klien tidak menangis, tidak marah. Klien tampak tidak panik.

k. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien tidak mampu melakukan kebersihan diri sendiri, aktivitas klien dibantu oleh keluarga. Klien juga tidak menolak saat dilakukan tindakan perawatan diri.

l. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Tidak terdapat kerusakan jaringan di tubuh klien, turgor kulit menurun, klien tidak kejang. Kulit tidak kemerahan dan menggigil, kulit klien hangat, tidak terdapat luka operasi terbuka atau luka lainnya. Hb klien 11,5 g/dl. Klien dapat menggerakkan anggota tubuhnya tanpa terganggu. Klien mengatakan tidak ada riwayat jatuh selama kehamilan.

5. Pengobatan

Tabel 3.1

Jadwal pengobatan obat ny. R di ruang Kebidanan RSD Mayjen HM Ryacudu

No	Tanggal	Terapi Obat
1.	10 April 2019	Terapi Ringer Laktat (RL) 20 tpm (500 ml) Terapi Oral - Sucralfat (syr): 3x1 sdm Sebelum Makan Terapi Injeksi - Ranitidine 2x1 amp Ondansentron 3x1 amp

6. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
 Hasil Pemeriksaan Penunjang tanggal 10 April 2019

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Hemoglobin	11,5 gr/dl	Lk: 13-18 gr/dl Pr: 11-15 gr/dl
2	Leukosit	9.910	4.000-10.000
3	Trombosit	258.000	150.000-450.000
4	Hematokrit	39%	Lk: 42-52 % Pr: 38-47 %
5	Eritrosit	430.000	350.000-500.000
6	Golongan Darah	O	
7	Rhesus	(+)	

7. Data Fokus

Tabel 3.3
Data Fokus Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Hiperemesis Gravidarum Terhadap Ny.R di Ruang Kebidanan RSD Mayjen HM Ryacudu 10 April 2019

Data Subjektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh mual b. Klien mengeluh haus c. Klien merasa haus d. Klien merasa asam dimulut e. Klien tidak nafsu makan f. Klien sering menanyakan tentang kehamilannya g. Klien merasa bingung dengan apa yang dialaminya sekarang h. Klien mengeluh sulit tidur i. Nyeri dibagian ulu hati dan abdomen 	<ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak ingin muntah b. Nadi teraba lemah c. Tekanan darah menurun d. Turgor kulit menurun e. Membran mukosa kering f. Volume urin menurun g. Saliva meningkat h. Klien menunjukkan persepsi keliru tentang kehamilan i. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi makannya j. Klien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri k. Klien tampak tegang dan gelisah

8. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Hiperemesis Gravidarum Terhadap Ny.R di Ruang Kebidanan RSD Mayjen HM Ryacudu 10 April 2019

No	Data Masalah	Masalah
1	2	3
1.	DS: a. Klien mengeluh mual b. Klien tidak berniat makan c. Klien merasa selalu ingin muntah d. Klien merasa asam dimulut DO: a. Klien tampak pucat b. Klien tampak sering membuang ludah	Nausea berhubungan dengan kehamilan
2.	DS: a. Klien mengeluh haus b. Klien merasa lemah DO: a. Nadi teraba lemah b. Tekanan darah menurun c. Turgor kulit menurun d. Membran mukosa kering e. Volume urin menurun	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan secara aktif (Muntah)
3.	DS: a. Klien menayakan masalah yang dihadapi DO: a. Klien menunjukkan persepsi keliru terhadap masalah	Defisit Pengetahuan tentang (Kehamilan) berhubungan dengan Kurang Terpapar Informasi
4	DS: - DO: -	Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan keengganan Untuk Makan
5	DS: a. Klien mengeluh nyeri dibagian ulu hati dan abdomen	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis

1	2	3
	DO: a. Klien tampak gelisah b. Nafsu makan menurun c. Sulit tidur	

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang muncul adalah:

1. Nausea berhubungan dengan kehamilan ditandai dengan mengeluh mual dan muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, klien tampak pucat, dan produksi saliva meningkat.
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah) dibuktikan dengan nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa lemah dan mengeluh haus.
3. Defisit Pengetahuan (tentang kehamilan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
4. Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan klien mengeluh nyeri dibagian ulu hati dan abdomen, klien tampak gelisah, nafsu makan menurun dan klien sulit tidur
5. Risiko Defisit Nutrisi dibuktikan dengan keengganan Untuk Makan

Adapun prioritas diagnosa utama yang muncul pada Ny.R adalah:

1. Nausea berhubungan dengan kehamilan ditandai dengan mengeluh mual dan muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, klien tampak pucat, dan produksi saliva meningkat.
2. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah) dibuktikan dengan nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa lemah dan mengeluh haus.
3. Defisit Pengetahuan (tentang kehamilan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Hiperemesis Gravidarum Terhadap Ny.R di Ruang Kebidanan RSD Mayjen HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)
1	2	3	4
1.	Nausea berhubungan dengan kehamilan	<p>Kontrol Mual dan Muntah (1618) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien dapat mengenali pencetus stimulus (muntah) Klien dapat mendeskripsikan faktor-faktor penyebab Klien dan keluarga dapat melaporkan mual, muntah-muntah, dan muntah yang terkontrol <p>Nafsu Makan (1014) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien memiliki keinginan untuk makan Intake makanan klien tercukupi Intake cairan klien tercukupi 	<p>Manajemen Mual (1450) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Motivasi pasien untuk belajar mengatasi mual sendiri Evaluasi dampak dari pengalaman mual pada kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas, tanggung jawab peran, dan tidur) Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin membangkitkan mual (bau yang tidak menyenangkan) Identifikasi strategi yang telah berhasil (dilakukan) dalam (upaya) mengurangi mual Ajari penggunaan teknik nonfarmakologi (relaksasi) untuk mengatasi mual

1	2	3	4
		<p>Keperahan Mual dan Muntah (2107) Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x8 jam diharapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Frekuensi Mual yang dirasakan klien berkurang atau hilang b. Frekuensi Muntah yang dirasakan klien berkurang atau hilang c. Intensitas muntah yang dialami klien berkurang atau tidak ada d. Sekresi air ludah klien tidak berlebih e. Intoleransi terhadap bau yang dirasakan klien berkurang f. Nyeri dilambung yang dirasakan klien berkurang. 	<ul style="list-style-type: none"> f. Dorong pola makan dengan porsi sedikit, makanan yang menarik bagi klien dan makan selagi hangat. g. Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi <p>Manajemen Muntah (1570) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ukur atau perkirakan volume emesis b. Sarankan membawa kantong plastik untuk menampung muntah c. Kendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin membangkitkan keinginan untuk muntah d. Anjurkan keluarga untuk memberikan dukungan fisik selama muntah (membantu untuk membungkuk atau menopang kepala) e. Anjurkan melakukan pembersihan mulut dan hidung setelah muntah. f. Kolaborasikan dengan dokter dalam pemberian terapi

1	2	3	4
2.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah)	<p>Keseimbangan Cairan (0601) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tekanan darah klien dalam batas normal Denyut nadi klien dalam batas normal Seimbang intake dan output klien dalam 24 jam Turgor kulit klien kembali baik Membran mukosa klien kembali lembab Klien tidak mengalami kehausan terus-menerus 	<p>Manajemen Hipovolemia (4180) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit buruk, capillary refill time terlambat, nadi lemah, merasa haus, membran mukosa kering, dan penurunan urin) Monitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan Monitor asupan dan pengeluaran Dukung asupan cairan oral Instruksikan pada pasien dan/atau keluarga tindakan-tindakan yang dilakukan untuk mengatasi hipovolemia. <p>Manajemen Cairan (4120) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda vital Berikan terapi IV seperti yang ditentukan <p>Monitor Cairan (4130):</p> <ol style="list-style-type: none"> Tentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi Tentukan apakah klien mengalami kehausan atau gejala perubahan cairan (pusing, mual, berkedut)

1	2	3	4
3.	Defisit Pengetahuan (tentang kehamilan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Pengetahuan: kehamilan (1810) Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan selama 3x8 jam diharapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien memahami pentingnya perawatan sebelum melahirkan sesering mungkin Klien memahami tanda-tanda peringatan komplikasi kehamilan Klien memahami perubahan psikologis yang berhubungan dengan kehamilan Klien memahami manfaat olahraga teratur Klien memahami pilihan-pilihan alternatif untuk melahirkan Klien memahami tanda dan gejala melahirkan 	<p>Perawatan Prenatal (6960) :</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan klien untuk menghadiri kelas prenatal Anjurkan klien untuk memonitor kenaikan berat badan Anjurkan klien untuk memonitor hipertensi (tekanan darah, edema pergelangan kaki, tangan, wajah, dan proteinuria) Instruksikan klien mengenai tanda bahaya yang harus segera dilaporkan langsung Diskusikan tingkat aktivitas bersama klien (olahraga yang tepat, kegiatan yang harus di hindari, dan juga istirahat) Bantu pasien untuk mempersiapkan persalinan (tanda dan gejala persalinan) <p>Persiapan Melahirkan (6760):</p> <ol style="list-style-type: none"> Eksplorasi bersama klien mengenai rencana persalinan Ajarkan klien mengenai tanda-tanda persalinan Jelaskan prosedur monitor secara rutin yang mungkin akan dilakukan

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Pada Kasus Hiperemesis Gravidarum Terhadap Ny.R di Ruang Kebidanan RSD Mayjen HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara

Catatan Perkembangan Hari Pertama

No	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	Nausea berhubungan dengan kehamilan dibuktikan dengan mengeluh mual dan muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, takikardi.	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengajarkan klien penggunaan teknik nonfarmakologi (relaksasi nafas dalam) untuk mengatasi mual Menganjurkan pola makan dengan porsi sedikit tapi sering, makan selagi makanan hangat Menganjurkan keluarga untuk mendalikan faktor-faktor lingkungan yang mungkin membangkitkan mual (bau yang tidak menyenangkan) Menganjurkan keluarga untuk memberikan dukungan fisik selama muntah (membantu untuk membungkuk) 	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan masih sering mengalami mual dan muntah Klien mengatakan tidak nafsu makan Klien mengatakan sudah minum obat Sucralfat 1 sdm sebelum makan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak melakukan teknik relaksasi nafas dalam dengan baik Klien tampak makan dengan porsi yang sedikit (¼ dari porsi makan)

1	2	3	4
		<p>e. Menganjurkan melakukan pembersihan mulut dan hidung setelah muntah</p> <p>f. Menyarankan membawa kantong plastik untuk menampung muntah</p> <p>g. Mengkolaborasikan obat sesuai terapi Sucralfat Syr 1 sdm sebelum makan (Oral) Ondansentron 1 amp (inj) Ranitidine 1 amp (inj) (Intra Selang)</p>	<p>c. Keluarga klien tampak memasang pengharum ruangan</p> <p>d. Saat klien muntah keluarga tampak membantu klien dengan membantu klien membungkuk</p> <p>e. Klien tampak melakukan pembersihan mulut dan hidung setelah muntah</p> <p>f. Klien sudah diberi obat injeksi Ranitidine pada pukul 06.00 WIB dan Ondansentron pada pukul 06.00 WIB dan pada pukul 15.00 WIB</p> <p>A: Masalah keperawatan Nausea belum teratasi</p> <p>P: a. Evaluasi dampak dari pengalaman mual pada kualitas hidup b. Dorong pola makan dengan porsi sedikit makanan yang menarik bagi klien. c. Ukur atau perkirakan volume emesis</p>

1	2	3	4
			<p>d. Anjurkan klien untuk melakukan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa mual</p>  <p>Selvi Gusti Ayu</p>
2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah) dibuktikan dengan nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa lemah dan mengeluh haus.</p>	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi pada klien (turgor kulit, CRT, membran mukosa) b. Memonitor adanya sumber-sumber kehilangan cairan yang terjadi pada klien c. Memonitor asupan cairan dan pengeluaran cairan (minuman, makanan, infus, urine dan muntah) d. Memonitor tanda-tanda vital klien (TD, nadi, pernafasan dan suhu) 	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengeluh haus dan merasa lemah b. Klien mengatakan sejak masuk ke ruang rawat kemarin pukul 18.00 sampai sekarang pukul 18.00 klien sudah muntah ± 10 kali. Banyaknya cairan yang keluar setiap klien muntah kira-kira $\pm \frac{1}{4}$- $\frac{1}{2}$ gelas aqua (100-150 ml). Klien makan buah pisang dan makan $\frac{1}{4}$ porsi

1	2	3	4
		<p>e. menentukan jumlah jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi</p> <p>f. Memberikan terapi IUFD seperti yang ditentukan (RL 20 tpm)</p>	<p>makan yang sudah disediakan (± 100ml)</p> <p>c. Klien mengatakan sudah BAK sudah 4x. Urin yang keluar sekitar $\frac{1}{4}$ gelas aqua (50 ml)</p> <p>d. Klien mengatakan sudah minum 2 gelas aqua (500 ml)</p> <p>O:</p> <p>a. TD: 100/60 mmHg</p> <p>b. Suhu : 36,8°C</p> <p>c. Pernafasan : 20x/menit</p> <p>d. Nadi : 88x/menit</p> <p>e. Turgor kulit klien menurun</p> <p>f. Frekuensi nadi klien meningkat</p> <p>g. Nadi teraba lemah</p> <p>h. CRT klien >3 detik</p> <p>i. Membran mukosa kering</p> <p>j. Klien terpasang infus RL (500 ml) dengan tetesan 20 tetes/menit</p> <p>k. Intake cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Cairan infus 3 kolf (1500 ml) + 2 gelas aqua (500ml) + makanan dan buah yang dikonsumsi klien (100 ml) = 2100 ml</p>

1	2	3	4
			<p>1. Output cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Menghitung IWL = $(15 \times BB) : 24 \text{ jam}$ $(15 \times 52) = 780 \text{ ml}$ Muntah 10 kali (1500 ml) + BAK 4 kali (200 ml) + IWL (780 ml) = 2480 ml</p> <p>m. Jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam BB klien 52 kg (10 kg pertama) = 1000 ml + (10 kg kedua) = 500 ml (sisa BBx 20 ml) $32 \times 20 \text{ ml} = 640 \text{ ml}$ Jadi jumlah kebutuhan cairan klien selama 24 jam adalah sebesar 2140 ml atau 2100 ml</p> <p>A: Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi</p> <p>P: a. Monitor asupan dan pengeluaran b. Dukung asupan cairan oral c. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi d. Monitor tanda vital</p>

1	2	3	4
			<p>e. Tentukan jumlah dan jenis intake/asupan cairan serta kebiasaan eliminasi</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Selvi Gusti Ayu</p>
3.	<p>Defisit Pengetahuan (tentang kehamilan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p>	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mendiskusikan tingkat aktivitas bersama klien b. Menganjurkan klien untuk menghadiri kelas prenatal di posyandu atau puskesmas c. Menganjurkan klien untuk memonitor kenaikan berat badan minimal satu bulan sekali d. Menganjurkan klien untuk memonitor hipertensi 	<p>Tanggal : 10 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan selama kehamilan klien tidak pernah melakukan olahraga b. Istirahat klien terganggu karna mual dan muntah yang dirasakan c. Klien mengatakan bahwa klien jarang datang ke posyandu atau puskesmas untuk mengontrol kehamilannya <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien tampak sangat memperhatikan anjuran-anjuran yang dianjurkan oleh perawat

1	2	3	4
			<p>b. Klien tampak antusias mendengarkan dan aktif bertanya</p> <p>A: Masalah keperawatan Defisit Pengetahuan teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Instruksikan klien mengenai tanda bahaya yang harus segera dilaporkan langsungb. Bantu pasien untuk mempersiapkan persalinan (tanda dan gejala persalinan)c. Eksplorasi bersama klien mengenai rencana persalinand. Ajarkan klien mengenai tanda-tanda persalinane. Jelaskan prosedur monitor secara rutin yang mungkin akan dilakukan selama proses persalinan  <p>Selvi Gusti Ayu</p>

Catatan Perkembangan Hari Kedua

No	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	Nausea berhubungan dengan kehamilan dibuktikan dengan mengeluh mual dan muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, takikardi.	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengevaluasi dampak dari pengalaman mual pada kualitas hidup (nafsu makan, aktivitas, tanggung jawab peran, dan tidur) Mendorong pola makan dengan porsi sedikit, makanan yang menarik bagi klien. Mengukur atau perkirakan volume emesis Mengkolaborasikan obat sesuai terapi Sucralfat Syr 1 sdm sebelum makan (oral) Ondansentron 1 amp dan Ranitidin 1 amp (intra selang) 	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan nafsu makanya berkurang sejak mengalami mual muntah berkepanjangan, klien mengatakan sejak mengalami mual dan muntah yang berkepanjangan klien sulit untuk melakukan aktivitas seperti biasa karna klien merasa lemah setelah muntah Klien mengatakan perannya sebagai istri juga terganggu karna klien tidak bisa mencium aroma masakan yang dimasaknya sendiri Klien mengatakan pola tidurnya juga berubah, klien lebih sukit untuk istirahat dan tidur pada

1	2	3	4
			<p>d. malam hari karna mual dan muntahnya.</p> <p>e. Klien mengatakan sudah minum obat Sucralfat syr 1 sdm sebelum makan</p> <p>O :</p> <p>a. Klien tampak sudah mulai makan dengan porsi yang sedikit namun lebih sering</p> <p>b. Klien muntah sudah 7 kali volume yang dimuntahkan setiap kali muntah ± 150 ml</p> <p>c. Klien sudah di beri obat injeksi Ranitidine pada pukul 06.00 WIB dan Ondansentron pada pukul 06.00 WIB dan pada pukul 15.00 WIB</p> <p>A:</p> <p>Masalah keperawatan Nausea teratasi sebagian</p>

1	2	3	4
			<p>P:</p> <p>a. Identifikasi strategi yang telah berhasil (dilakukan) dalam (upaya) mengurangi mual</p>  <p>Selvi Gusti Ayu</p>
2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah) dibuktikan dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa lemah dan mengeluh haus.</p>	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <p>a. Memonitor asupan dan pengeluaran cairan (makanan, minuman, infus, urin dan muntah) b. Mendukung asupan cairan oral c. Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit, CRT, dan membran mukosa) d. Memonitor tanda vital (TD, nadi, pernafasan, suhu)</p>	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>a. Klien mengeluh masih sering mengeluh haus b. Klien mengatakan sejak kemarin pukul 18.00-18.00 sudah minum 2 gelas aqua (500 ml), klien makan buah pisang dan makan ¼ makanan yang sudah di sediakan (±100 ml) c. Klien mengatakan muntah sudah berkurang sejak kemarin 18.00-18.00 klien muntah sebanyak 7 kali d. Klien mengatakan sudah BAK sebanyak 5 kali namun urin yang</p>

1	2	3	4
			<p>keluar kadang banyak dan kadang masih sedikit sekitar ± 50 ml - 150 ml setiap BAK</p> <p>e. Klien mengatakan sudah berusaha menambah asupan minuman dan makanannya</p> <p>O:</p> <p>a. TD: 100/70 mmHg</p> <p>b. Suhu : 36,6°C</p> <p>c. Pernafasan : 20x/menit</p> <p>d. Nadi : 86x/menit</p> <p>e. Turgor kulit klien menurun</p> <p>f. Frekuensi nadi klien meningkat</p> <p>g. Nadi teraba lemah</p> <p>h. CRT klien <3 detik</p> <p>i. Membran mukosa kering</p> <p>j. Intake cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Cairan infus 3 kolf (1500 ml) + 2 gelas aqua (500ml) + makanan dan buah yang dikonsumsi klien (100 ml) = 2100 ml</p> <p>k. Output cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Muntah</p>

1	2	3	4
			<p>7 kali (1050 ml) + BAK 5 kali (350 ml) + IWL (780 ml) =2180ml</p> <p>A: Masalah keperawatan Hipovolemia belum teratasi</p> <p>P: a. Monitor asupan dan pengeluaran b. Dukung asupan cairan oral c. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi d. Monitor tanda vital</p>  <p>Selvi Gusti Ayu</p>
3.	Defisit Pengetahuan (tentang kehamilan) berhubungan dengan kurang terpapar informasi d.d menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <p>a. Menginstruksikan klien mengenai tanda bahaya yang harus segera dilaporkan langsung (muntah yang tidak terkendali) b. Membantu pasien untuk mempersiapkan persalinan (tanda dan gejala persalinan)</p>	<p>Tanggal : 11 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S: a. Klien mengatakan sudah memahami tentang apa saja yang sudah di arahkan dan dijelaskan oleh perawat</p>

1	2	3	4
		<p>c. Mengeksplorasi bersama klien mengenai rencana persalinan (tempat persalinan dan transportasi menuju tempat persalinan)</p> <p>d. Mengajarkan klien mengenai tanda-tanda persalinan</p> <p>e. Menjelaskan prosedur monitor secara rutin yang mungkin akan dilakukan selama proses persalinan</p>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak serius mendengarkan arahan dan penjelasan yang diberikan oleh perawat b. Klien merespon dengan baik setiap pertanyaan yang diajukan oleh perawat tentang hal-hal yang sudah dijelaskan <p>A: Masalah keperawatan Defisit Pengetahuan teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi Keperawatan</p> <div style="text-align: right;">  Selvi Gusti Ayu </div>

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No	DX. KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	2	3	4
1.	Nausea berhubungan dengan kehamilan dibuktikan dengan mengeluh mual dan muntah, tidak berminat makan, merasa asam dimulut, takikardi.	<p>Tanggal : 12 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi strategi yang telah berhasil (dilakukan) dalam (upaya) mengurangi mual Mengkolaborasikan obat sesuai dengan terapi Sucralfat Syr 1 sdm sebelum makan (oral) Ondansentron 1 amp dan Ranitidin 1 amp (intra selang) 	<p>Tanggal : 12 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan mual sudah berkurang dan sudah bisa diatasi dengan menggunakan teknik relaksasi nafas dalam yang sudah diajarkan oleh perawat Klien mengatakan sudah minum obat Sucralfat syr 1 sdm sebelum makan <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak sudah tidak menahan mual nya lagi Klien tampak melakukan relaksasi nafas dalam saat terasa mual Klien sudah di beri obat injeksi Ranitidin pada pukul 06.00 WIB dan Ondansentron pada pukul 06.00

1	2	3	4
			<p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Hentikan Intervensi Pasien Pulang</p>  <p>Selvi Gusti Ayu</p>
2.	<p>Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah) dibuktikan dengan frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, merasa lemah dan mengeluh haus.</p>	<p>Tanggal : 12 April 2019 Jam : 15.00-16.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor asupan dan pengeluaran (makanan, minuman, infus, urin dan muntah) Mendukung asupan cairan oral Memonitor adanya tanda-tanda dehidrasi (turgor kulit, CRT, membran mukosa) Memonitor tanda vital (TD, nadi, pernafasan, suhu) 	<p>Tanggal : 12 April 2019 Jam : 18.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sudah tidak merasa kehausan lagi Klien mengatakan sejak kemarin pukul 18.00-18.00 sudah minum 3 gelas aqua (750 ml), klien makan buah semangka dan makan ½ makanan yang sudah di sediakan (±200 ml) Klien mengatakan muntah sudah

1	2	3	4
			<p>d. berkurang sejak kemarin pukul 18.00-18.00 hanya 4 kali muntah</p> <p>e. Klien mengatakan sudah BAK sebanyak 5 kali dan volume urin yang keluar juga sudah banyak ±150-200 ml</p> <p>O:</p> <p>a. TD: 110/70 mmHg</p> <p>b. Suhu : 36,7°C</p> <p>c. Pernafasan : 20x/menit</p> <p>d. Nadi : 88x/menit</p> <p>e. Turgor kulit klien membaik</p> <p>f. CRT klien <3 detik</p> <p>g. Membran mukosa klien sudah lembab</p> <p>h. Intake cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Cairan infus 3 kolf (1500 ml) + 3 gelas aqua (750ml) + makanan dan buah yang dikonsumsi klien (200 ml) = 2450 ml</p> <p>i. Output cairan klien selama pukul 18.00-18.00 (24 jam) Muntah 4 kali (600 ml) + BAK 5 kali (750 ml) + IWL (780 ml) =2130 ml</p>

1	2	3	4
			<p>A: Masalah keperawatan Hipovolemia teratasi</p> <p>P: Hentikan Intervensi Pasien Pulang</p>  <p>Selvi Gusti Ayu</p>