

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian *Hiperemesis Gravidarum*

Hiperemesis gravidarum (HG) merupakan komplikasi kehamilan yang ditandai dengan mual dan muntah secara terus menerus yang dapat menyebabkan penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan sebelum hamil, dehidrasi, asidosis metabolik akibat kelaparan, alkalosis akibat kehilangan asam klorida, dan hipokalemia. Sedikitnya 80% wanita hamil mengalami mual dan muntah selama kehamilan (Damayanti, 2021)

Menurut Rustam Mochtar dalam (Lisa Suarni, 2017) *Hiperemesis Gravidarum* adalah mual dan muntah berlebihan pada wanita hamil sampai mengganggu pekerjaan sehari-hari karena keadaan umumnya menjadi buruk, karena terjadi dehidrasi. Mual biasanya terjadi pada pagi hari, tetapi dapat timbul setiap saat dan bahkan malam hari. Gejala-gejala ini kurang lebih terjadi 6 minggu setelah hari pertama haid dan berlangsung selama kurang lebih 10 minggu. *Hiperemesis gravidarum* (HG) adalah muntah yang cukup parah yang menyebabkan penurunan berat badan, dehidrasi, dan alkalosis akibat keluarnya asam hidroklorida, dan hipokalemia (Anshory et al., 2022)

2. Etiologi

Penyebab *hiperemesis gravidarum* tidak diketahui dengan pasti, namun kemungkinan terdapat faktor berikut ini:

a. Faktor Hormonal

Human Chorionic Gonadotropin atau biasa disebut HCG diyakini sebagai penyebab hiperemesis gravidarum yang paling mungkin terjadi baik secara langsung maupun aktivitasnya terhadap reseptor hormon tiroid (TSH). Jalur dimana tingkat HCG yang lebih tinggi dapat menyebabkan *hiperemesis gravidarum* masih belum jelas, namun mekanisme yang diketahui meliputi pengaktifan proses sekresi pada

saluran gastrointestinal (GI) bagian atas dan dengan menstimulasi peningkatan produksi hormon tiroid.

b. Faktor Riwayat Asupan

1) Asupan Karbohidrat

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa konsumsi karbohidrat dalam jumlah banyak berhubungan dengan kejadian mual dan muntah pada ibu hamil. Telah diamati bahwa wanita yang mengalami mual dan muntah cenderung memiliki *Gestational Weight Gain (GWG)* atau pertambahan berat badan hamil yang lebih sedikit walaupun mengonsumsi energi dalam jumlah tinggi dan yang terbanyak bersumber dari karbohidrat dan gula. Hal ini terjadi karena disritmia lambung yang menyebabkan mual.

2) Asupan Protein

Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa konsumsi protein dalam jumlah rendah berhubungan dengan kejadian mual dan muntah pada ibu hamil. Kekurangan protein dapat menyebabkan disritmia lambung dan menimbulkan perasaan mual

3) Asupan Lemak

Asupan tinggi lemak merupakan salah satu faktor terjadinya *hiperemesis gravidarum*. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa konsumsi lemak dalam jumlah banyak berhubungan dengan kejadian mual dan muntah pada ibu hamil. Peningkatan lemak tubuh dapat menyebabkan peningkatan produksi estrogen melalui konversi steroid menjadi estradiol melalui enzim aromatase. Proses ini terjadi pada sel lemak dan peningkatan lemak tubuh sehingga meningkatkan produksi estrogen. Hal ini dispekulasikan bahwa asupan lemak jenuh yang tinggi dapat meningkatkan konsentrasi estrogen yang bersirkulasi. Meningkatnya kadar estrogen berkaitan dengan terjadinya *hiperemesis gravidarum*. Selain itu, makanan yang berlemak akan menunda pengosongan lambung yang dapat mengakibatkan terjadinya mual

c. Usia Ibu

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa usia ibu merupakan salah satu faktor yang berpengaruh dalam terjadinya HG. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa *hiperemesis gravidarum* lebih banyak dialami oleh wanita hamil yang berusia <20 dan >35 tahun. Namun, ada juga penelitian yang menunjukkan hiperemesis dapat terjadi pada usia 20-35 tahun. Ibu yang memiliki cukup usia untuk hamil cenderung tidak mengalami *hiperemesis gravidarum* karena ibu dinilai sudah mampu menyesuaikan diri dengan kadar estrogen yang meningkat. Usia ibu juga berkaitan dengan kematangan emosi ibu. Ibu hamil yang sudah masuk perkembangan yang lebih dewasa, akan mempunyai emosi yang lebih stabil dan lebih siap dalam menghadapi kehamilan. Kesiapan ibu dalam menghadapi kehamilan juga berdampak pada tingkat stress ibu menghadapi kehamilan (Damayanti, 2021).

- d. Factor stress merupakan salah satu penyebab yang mempengaruhi *hiperemesis gravidarum* dari sisi psikologis, meskipun hubungannya belum diketahui dengan jelas. Kondisi stres akan mempengaruhi hipotalamus dan memberikan rangsangan pada bagian tengah otak, sehingga terjadi kontraksi pada otot perut dan otot dada yang disertai dengan penurunan diafragma. Hal ini akan menyebabkan terjadinya tekanan tinggi pada perut, tekanan tinggi pada perut memaksa ibu untuk mengambil nafas dalam membuat sfingter esofagus bagian atas terbuka dan sfingter relaksasi bagian bawah inilah yang memicu mual dan muntah (Efrizal, 2021).

3. Patofisiologi

Patofisiologi *hiperemesis gravidarum* masih belum jelas. Namun peningkatan kadar progesterone, estrogen, dan *human chorionic gonadotropin* (HCG) dapat menjadi factor pencetus mual dan muntah. Peningkatan hormone progesterone menyebabkan otot polos pada sistem gastrointestinal mengalami relaksasi sehingga motilitas lambung menurun dan pengosongan lambung melambat. Refluks esofagus, penurunan motilitas lambung, dan penurunan sekresi asam hidroklorid juga

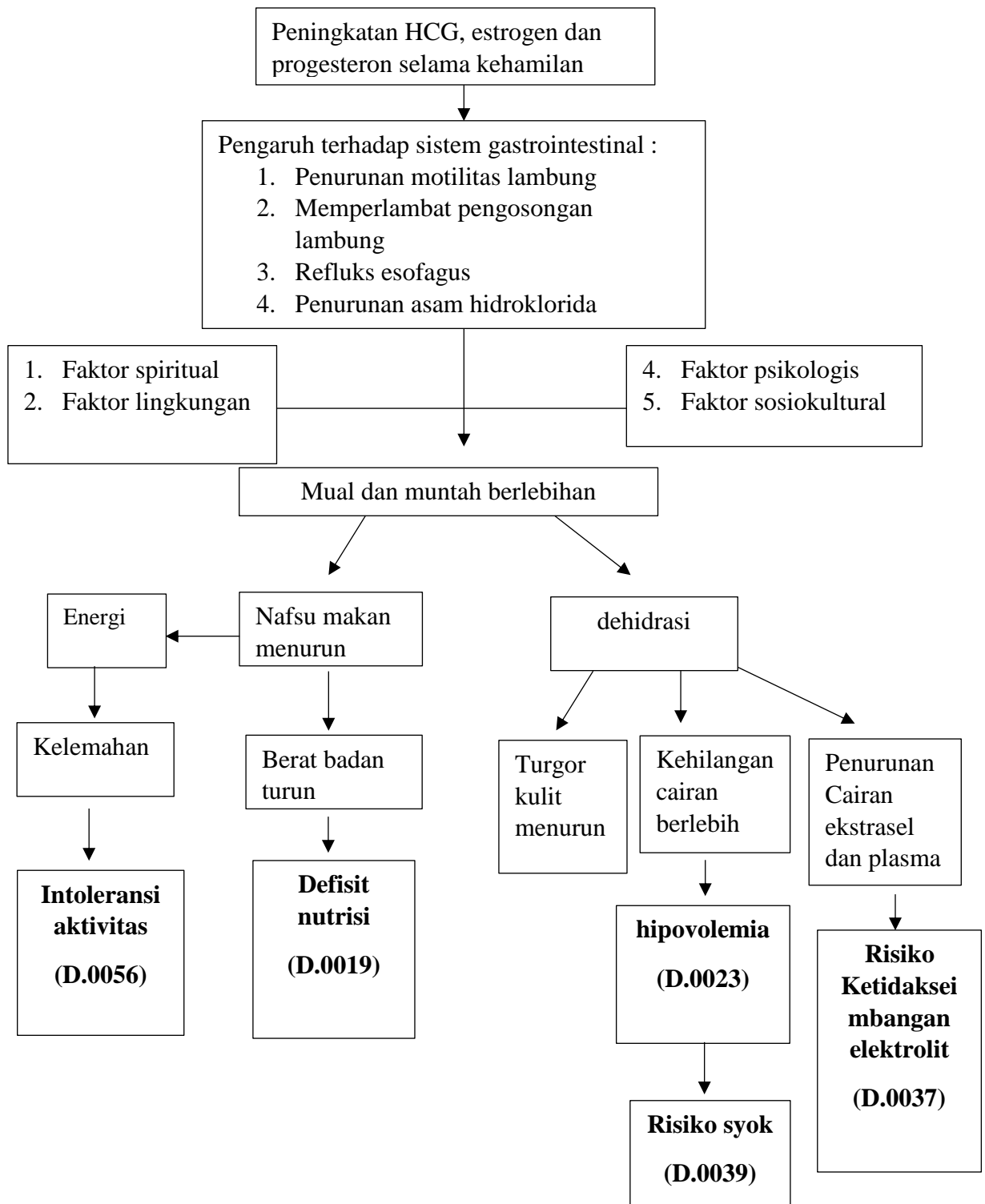
berkontribusi terhadap terjadinya mual dan muntah. Hal ini diperberat dengan adanya penyebab lain berkaitan dengan faktor psikologis, spiritual, lingkungan, dan sosiokultural.

Hiperemesis gravidarum yang merupakan komplikasi pada hamil muda bila terjadi terus menerus dapat menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit disertai alkaliosis hipokloremik, serta dapat mengakibatkan kehilangan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energi.

Kekurangan intake dan kehilangan cairan karna muntah menyebabkan dehidrasi sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Selain itu, dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi sehingga menyebabkan aliran dari darah ke jaringan berkurang.

Keadaan dehidrasi dan intake yang kurang mengakibatkan penurunan berat badan yang terjadi bervariasi tergantung durasi dan beratnya penyakit. Pencernaan serta absorpsi karbohidrat dan nutrisi lain yang tidak adekuat mengakibatkan tubuh membakar lemak untuk mempertahankan panas dan energi tubuh (Runiari, 2010).

Gambar 2.1 Pathway Hiperemesis Gravidarum



Sumber: Runiari, (2010) dan tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

4. Manifestasi klinik

Tanda-tanda yang dapat dilihat antara lain ibu terlihat lebih kurus, turgor kulit berkurang dan mata terlihat cekung. Pada *hiperemesis gravidarum*, ibu hamil dapat mengalami penurunan berat badan lebih dari 5% dari berat badan sebelum hamil yang disebabkan oleh terjadinya perubahan pola makan, karena nafsu makan yang menurun akibat rasa mual yang diderita.(Efrizal, 2021)

Penurunan berat badan juga dipengaruhi oleh factor aktivitas ibu yang berlebihan, faktor hormonal, dan faktor infeksi.Ibu juga akan mengalami gangguan kehamilan seperti dehidrasi, dapat mengalami syok, menghambat tumbuh kembang janin, gangguan eletrolit, cadangan karbohidrat dalam tubuh ibu akan habis, robekan pada selaput jaringan esophagus dan lambung yang terjadi karena muntah yang terlalu sering dan memiliki risiko lebih tinggi untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah, premature dan nilai apgar kurang dari tujuh.(Indrayani et al., 2018).

Tingkatan Hiperemesis Gravidarum:

1. Tingkat I: Muntah terus menerus yang mempengaruhi keadaan umum penderita, ibu merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 permenit, tekanan darah sistolik menurun, turgor kulit menurun, lidah mengering dan mata cekung.
2. Tingkat II: Penderita tampak lebih lemas dan apatis, turgor kulit lebih menurun, lidah mengering dan nampak kotor, nadi kecil dan cepat, suhu kadang-kadang naik dan mata sedikit ikterus. Berat badan turun dan mata menjadi cekung, tensi turun, hemokonsentrasi, oliguria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dalam bau pernapasan, karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam urin.
3. Tingkat III: Keadaan umum lebih buruk, muntah berhenti, kesadaran menurun dari samnolen sampai koma, nadi menurun dan cepat, suhu meningkat dan tensi menurun. Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai *Encephalopathy Wernicke* dengan gejala nistagmus, diplopia, dan perubahan mental. Keadaan ini terjadi akibat defisiensi zat makanan, termasuk vitamin B kompleks (Marlin, 2018).

5. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan adalah darah lengkap, urinalisis, gula darah, elektrolit, USG (pemeriksaan penunjang dasar), analisis gas darah, tes fungsi hati dan ginjal. Pada keadaan tertentu, jika pasien dicurigai menderita hipertiroid dapat dilakukan pemeriksaan fungsi tiroid dengan parameter TSH dan T4. Pada kasus hiperemesis gravidarum dengan hipertiroid 50- 60% terjadi penurunan kadar TSH. Jika dicurigai terjadi infeksi gastrointestinal dapat dilakukan pemeriksaan antibodi *Helicobacter pylori*.

Pemeriksaan laboratorium umumnya menunjukkan tanda-tanda dehidrasi dan pemeriksaan USG penting dilakukan untuk mendeteksi adanya kehamilan ganda ataupun mola hidatidosa (Huda & Hermawan, 2021).

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan utama *hiperemesis gravidarum* adalah rehidrasi dan penghentian makanan peroral. Pemberian antiemetik dan vitamin secara intravena dapat dipertimbangkan sebagai terapi tambahan. Penatalaksanaan farmakologi emesis gravidarum dapat juga diterapkan pada kasus *hiperemesis gravidarum*. Pada langkah ini dilakukan informed consent kepada ibu dan keluarga untuk rawat inap, dilakukan pemasangan infus dan terapi intravena, (Rahma & Safura, 2016).

Penatalaksanaan lain yang dapat dilakukan pada ibu dengan hiperemesis gravidarum yaitu dengan:

- a) Informasi, berikan informasi pada ibu hamil bahwa mual dan muntah dapat menjadi gejala kehamilan yang fisiologis dan dapat hilang sendiri setelah kehamilan berlangsung beberapa bulan. Namun tidak ketinggalan diberikan informasi, bahwa apabila mual dan muntah yang terjadi sudah mengganggu dan menyebabkan dehidrasi, maka ibu tersebut harus segera melaporkannya ke fasilitas kesehatan terdekat.
- b) Obat-obatan yang dapat diberikan kepada ibu hamil yang mengalami hiperemesis gravidarum akibat stress psikologis adalah obat sedatif seperti phenobarbital. Dapat juga diberikan vitamin seperti vitamin B yang berfungsi mempertahankan kesehatan syaraf jantung dan otot serta meningkatkan perbaikan dan pertumbuhan sel. Lalu diberikan pula

antihistamin atau antimimetik seperti disiklomin hidrokloride pada keadaan yang lebih berat untuk kondisi mualnya. Lalu untuk mual dan muntahnya dapat diberikan vitamin B6.

- c) Isolasi, Isolasi dilakukan di ruangan yang tenang, cerah dan ventilasi udara yang baik. Lalu Isolasi dilakukan di ruangan yang tenang, cerah dan ventilasi udara yang baik. Lalu dicatat pula cairan yang masuk dan keluar dan yang tidak diberikan. makan dan minum selama 24 jam, karena kadang-kadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.
- d) Terapi psikologi Pada terapi psikologik, perlu diyakinkan pada pasien bahwa penyakit dapat disembuhkan, hilangkan rasa takut oleh kehamilan, dan mengurangi masalah yang dipikirkan.
- e) pemberian cairan, cairan pengganti dapat diberikan dalam keadaan darurat sehingga keadaan dehidrasi dapat diatasi. Cairan pengganti yang diberikan adalah glukosa 5% sampai 10% dengan hasil dapat mengganti cairan 10 yang hilang dan berfungsi sebagai sumber energi sehingga terjadi perubahan metabolisme dari lemak menjadi protein menuju kearah pemecahan glukosa. Cairan tersebut dapat ditambah vitamin C, B kompleks, atau kalium yang diperlukan untuk kelancaran metabolisme. Selama pemberian cairan harus memerhatikan keseimbangan cairan yang masuk dan keluar melalui kateter, nadi, tekanan darah, suhu, dan pernapasan. Lancarnya pengeluaran urine member petunjuk bahwa keadaan ibu hamil berangsur-angsur membaik. Pemeriksaan yang perlu dilakukan adalah pemeriksaan darah, urine, dan bila memungkinkan pemeriksaan fungsi hati dan ginjal. Bila muntah berkurang dan kesadaran membaik (Damayanti, 2021).

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan Fisiologis Nutrisi dan Cairan pada Ibu Hamil



Gambar 2.2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia menurut Abraham Maslow

Sumber (Zainur, 2020)

Abraham Maslow seorang psikolog Amerika mengembangkan teori tentang kebutuhan dasar manusia yang dikenal dengan istilah Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Maslow. Konsep hierarki Maslow menjelaskan bahwa manusia senantiasa berubah dan kebutuhannya pun terus berkembang.

Hierarki tersebut meliputi lima kategori kebutuhan dasar, yakni:

1. Kebutuhan Fisiologis (*Physiological Needs*)

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow. Menurut hierarki Maslow, manusia memiliki delapan macam kebutuhan, yaitu kebutuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan makanan (nutrisi), kebutuhan cairan dan elektrolit, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan istirahat dan tidur, kebutuhan aktivitas, kebutuhan kesehatan temperatur tubuh dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan Keselamatan dan Rasa Aman (*Safety and Security Needs*) adalah kebutuhan yang aman dari berbagai aspek baik fisiologis maupun psikologis. Kebutuhan ini meliputi kebutuhan perlindungan diri dari udara dingin, panas, kecelakaan dan infeksi, bebas dari rasa takut dan kecemasan, bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.

3. Kebutuhan Rasa Cinta, Memiliki dan Dimiliki (*Love and Belonging Needs*)

Kebutuhan ini meliputi memberi dan menerima kasih sayang, perasaan dimiliki dan hubungan yang berarti dengan orang lain, kehangatan, persahabatan dan mendapat tempat atau diakui dalam keluarga, kelompok, serta lingkungan sosial.

4. Kebutuhan Harga Diri (*Self-Esteem Needs*)

Kebutuhan ini meliputi perasaan tidak bergantung pada orang lain, kompeten, penghargaan terhadap diri sendiri dan orang lain.

5. Kebutuhan Aktualisasi Diri (*Need for Self Actualization*)

Kebutuhan aktualisasi diri meliputi dapat mengenal diri sendiri dengan baik (mengetahui dan memahami potensi diri), belajar memenuhi kebutuhan diri sendiri, tidak emosional, mempunyai dedikasi yang tinggi, kreatif dan mempunyai kepercayaan diri yang tinggi.

Berdasarkan teori hierarki kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, cairan dan nutrisi termasuk ke dalam kebutuhan fisiologis. Jadi, kebutuhan dasar manusia yang terganggu pada penyakit *hiperemesis gravidarum* adalah Kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan makanan serta cairan dan elektrolit terganggu karena mual dan muntah yang dialami menyebabkan penurunan nafsu makan dan dehidrasi (Mubarak, 2016).

Mual dan muntah pada *hiperemesis gravidarum* memang suatu gejala yang fisiologis, akan tetapi jika hal ini dibiarkan atau tidak segera diatasi maka dapat berubah menjadi patologis sehingga mempengaruhi kesehatan ibu dan janin terutama saat ibu hamil mengalami kekurangan volume cairan. Akibat dari kekurangan cairan jika tidak segera ditangani dan terus berlanjut, maka pasien dapat mengalami syok dan dapat menghambat tumbuh kembang janin, (Melinda et al., 2022).

Cairan adalah komponen tubuh yang berperan dalam memelihara fungsi tubuh dan proses homeostasis. Tubuh kita terdiri atas sekitar 60% air yang tersebar di dalam maupun di luar sel. Sedangkan Nutrisi adalah zat-zat gizi atau zat lain yang berhubungan dengan kesehatan dan penyakit, termasuk keseluruhan proses dalam tubuh manusia untuk menerima makanan atau bahan-bahan dari lingkungan

hidupnya dan menggunakan bahan-bahan tersebut untuk aktivitas penting dalam tubuh, serta mengeluarkan sisanya (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Kebutuhan cairan dan nutrisi selama kehamilan mengalami peningkatan untuk memenuhi kebutuhan ibu dan janinnya seperti peningkatan volume darah, sirkulasi janin, serta produksi cairan amnion (Santoso et al.,2012). Maka pemenuhan asupan cairan dan nutrisi saat hamil menjadi hal yang perlu diperhatikan, karena bertujuan terkait masalah asupan cairan dan nutrisi selama hamil.

a) Cara menghitung kebutuhan cairan

Sesuai dengan rumus Holliday dan Segard

10 Kg pertama: 100 ml/KgBB (perhari) atau 4 ml/KgBB (perjam)

10 g kedua: 50 ml/KgBB (perhari) atau 2 ml/KgBB (perjam)

>>10 Kg: 20 ml x sisa BB (perhari) atau 1 ml/KgBB (perjam)

1) Input cairan:

Air (makan+Minum) = ...ml

Cairan Infus = ...ml

Therapi injeksi = ...ml

Air Metabolisme = ...ml

(Hitung AM= 5 ml/kgBB/hari) +

.... ml/hari

2) Output cairan:

Urine = ...ml

Feses = ...ml

(kondisi normal 1x BAB feses = 100 ml)

Muntah = ...ml

Insensible Water Loss (IWL) = ...ml

(hitung IWL= 15 ml/kgBB/hari) +

....ml/hari

Faktor-faktor yang mempengaruhi keperluan gizi dan cairan pada ibu hamil, diantaranya: kebiasaan dan pandangan wanita terhadap makanan, status ekonomi, status kesehatan, aktifitas, suhu lingkungan, berat badan, umur.

Peran perawat pada ibu hamil yang mengalami *hiperemesis gravidarium* yaitu menganjurkan Pasien memperbanyak cairan oral yaitu dengan sering minum air putih, berkolaborasi pemberian cairan iv ringer laktat, menerapkan pola makan dengan mengkonsumsi makanan dengan porsi kecil tetapi sering, menganjurkan mengkonsumsi makanan dalam keadaan hangat, serta agar mual dan muntah berkurang dapat menganjurkan aromaterapi yang dapat mengalihkan mual yang dialami Pasien, menganjurkan Pasien untuk menghindari aroma-aroma yang menimbulkan mual pada ibu hamil, serta menganjurkan Pasien untuk istirahat yang cukup.

C. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan Pasien (Suarni, L&Apriyani, H, 2017).

Pengkajian keperawatan adalah suatu proses untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan (PPNI, 2017), Hal-hal yang perlu dikaji pada ibu hamil dengan HEG, meliputi:

- a. Data biografi meliputi nama ibu, status perkawinan, pekerjaan, pendapatan, data suami, pekerjaan dan alamat tempat tinggal.
- b. Riwayat kesehatan
 - 1) Keluhan Utama

Pada pasien HEG akan ditemukan keluhan seperti mual, muntah berlebih hingga >5 kali sehari, lemah tidak bertenaga, merasa asam di mulut, pucat, takikardia, dan saliva meningkat.

- 2) Riwayat Obstetri
 - Riwayat menstruasi: HPHT (haid pertama haid terakhir), lama menstruasi, siklus menstruasi, keteraturan, nyeri menstruasi.
- c. Riwayat persalinan dikaji untuk mengetahui penyulit yang menyertai persalinan dan nifas yang lalu, jumlah anak yang mati/keguguran, usia kehamilan saat lahir, berat badan janin saat lahir, penolong persalinan, serta komplikasi sebelum dan setelah persalinan.
- d. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Keadaan umum: tampilan umum pasien HEG lemah, lesu, dan pucat.
 - 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah menurun, nadi meningkat, respirasi normal dan dapat meningkat pada kondisi dehidrasi berat, serta dapat ditemukan peningkatan suhu tubuh pada kondisi dehidrasi
- e. Pola Fungsional Kesehatan
 - 1) Pola persepsi kesehatan Bagaimana ibu menerima kondisi kehamilannya, kemampuan mengartikan mual muntah yang dirasakan dan upaya yang dilakukan untuk mengatasinya.
 - 2) Pola Nutrisi Status nutrisi saat kehamilan:
 - a) Riwayat makan selama hamil: nafsu makan, frekuensi, jumlah asupan, makanan yang disukai dan dihindari, serta alergi makanan.
 - b) Kemampuan makan: kemampuan mengunyah dan menelan
 - c) Konsumsi obat-obatan selama kehamilan, antara lain: Tablet Tambah Darah (TTD), kalsium. Frekuensi konsumsi perhari, rutin/tidak, jumlah yang telah dikonsumsi selama hamil, efek setelah konsumsi. Pemberian Makanan Tambahan (PMT), frekuensi dan rutin atau tidak dikonsumsi
 - d) Antropometri: Berat badan sebelum dan saat hamil, Indeks Massa Tubuh (IMT) sebelum hamil, kenaikan BB, LILA, dan lingkaran perut.

- e) Keluhan terkait nutrisi selama hamil: nyeri ulu hati, mual muntah, dan lainnya. Pengkajian mual muntah terkait seberapa lama mual dirasakan, berapa kali muntah, dan apa yang keluar saat muntah.
- f. Pola eliminasi Kaji pola fungsi sekresi yaitu kebiasaan buang air besar meliputi frekuensi, jumlah, konsistensi dan bau serta kebiasaan buang air kecil meliputi frekuensi, warna, jumlah. Pada kasus HEG frekuensi urin berkurang diakibatkan karena adanya dehidrasi (Manuaba, 2010).
- g. Pola aktivitas dan latihan Aktivitas adalah gambaran pola aktivitas ibu sehari-hari. Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum aktivitas menjadi terganggu seperti membersihkan rumah, memasak, dan melakukan personal hygiene.
- h. Pola tidur dan istirahat Untuk menggambar pola istirahat dan tidur pasien, berapa jam tidur, kebiasaan sebelum tidur, Pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum kebutuhan istirahat akan berkurang dikarenakan adanya gangguan rasa nyaman mual muntah.

Menurut (Fitria, 2017) pada ibu dengan hiperemesis akan ditemukan data-data seperti:

Data subjektif:

- a. Muntah terus menerus
- b. Merasa lemah
- c. Nafsu makan tidak ada
- d. Nyeri pada epigastrium

Data objektif:

- a. Turgor kulit berkurang
- b. Lidah mengering
- c. Mata cekung.
- d. Berat badan menurun
- e. Nadi meningkat
- f. Tekanan darah sistolik menurun

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan, tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan untuk menuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada ibu hamil yang mengalami *Hiperemesis gravidarum* menurut pathway dan data yang mayor yang mendukungnya dapat dilihat pada tabel 2.1 dibawah ini

Tabel 2.1
Diagnosa Keperawatan pada pasien Hiperemesis Gravidarum

NO	Diagnosa	Penyebab	Gejala dan Tanda
1	2	3	4
1.	Nausea	Kehamilan	Gejala dan tanda mayor Subjektif: mual, muntah, mersa ingin muntah, tidak berminat makan. Objektif: - Gejala dan tanda minor Subjektif: merasa asam dimulut, sensasi panas/ dingin, sering menelan. Objektif: saliva meningkat, pucat, diaforesis, takikardi, pupil dilatasi.
2.	Hipovolemi	Kehilangan cairan aktif	Gejala dan tanda mayor Subjektif: - Objektif: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering,

NO	Diagnosa	Penyebab	Gejala dan Tanda
1	2	3	4
			<p>volume urine menurun, hematokrit meningkat.</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: merasa lemah, merasa haus.</p> <p>Objektif: pengisian vena menurun, status mental berubah, suhu tubuh meningkat, konsentrasi urine meningkat, berat badan turun tiba-tiba.</p>
3.	Defisit Nutrisi	Faktor psikologis (keenganan untuk makan)	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: -</p> <p>Objektif: berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: cepat kenyang setelah makan, kram/nyeri abdomen, nafsu makan menurun.</p> <p>Objektif: bising usus hiperaktif, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat, sariawan, serum albumin turun, rambut rontok berlebihan, diare.</p>
4.	Resiko ketidakseimbangan elektrolit	Muntah	<p>Kondisi klinis terkait</p> <p>Gastroenteritis, pankreatitis, anoreksia nervosa.</p>
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Kelemahan	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: mengeluh lelah.</p>

NO	Diagnosa	Penyebab	Gejala dan Tanda
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
			<p>Objektif: frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat.</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.</p> <p>Objektif: tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia saat/setelah istirahat, gambaran EKG menunjukkan iskemia, sianosis.</p>
6.	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur	<p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subjektif: mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.</p> <p>Objektif: -</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subjektif: mengeluh kemampuan beraktivitas menurun.</p> <p>Objektif: -</p>

3. Perencanaan Keperawatan

Tahapan perencanaan keperawatan adalah perawat merumuskan rencana keperawatan, perawat menggunakan pengetahuan dan alasan untuk mengembangkan hasil yang diharapkan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan (Suarni & Apriyani, 2017). Perencanaan yang disusun yaitu perencanaan tujuan (outcome) dan perencanaan tindakan (interventions), buku acuan standar perencanaan dalam keperawatan yaitu Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan pada Hiperemesis Gravidarum menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SIKI) terdapat pada tabel 2.2 berikut

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan pada pasien *Hiperemesis Gravidarum*

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1.	Nausea berhubungan dengan kehamilan	<p>Tingkat nausea (L.08065) Setelah dilakukan intervensi maka tingkat nausea membaik dan nafsu makan membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Perasaan asam dimulut menurun 3. Sensasi panas menurun 4. Sensasi dingin menurun 5. Diaforesis menurun 6. Takikardia menurun 7. Pucat membaik 8. Dilatasi pupil membaik 9. Nafsu makan membaik 10. Jumlah saliva membaik 11. Frekuensi menelan membaik 	<p>Manajemen Mual (I.03117) Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif) 3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur) 5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan) 6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan) 7. Monitor asupan nutrisi dan kalori <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan) 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		<p>Fungsi Gastrointestinal (L.03019)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mual menurun 2. Muntah menurun 3. Toleransi terhadap makanan meningkat 4. Dispepsia menurun 5. Nyeri abdomen menurun 6. Regurgitasi menurun 7. Jumlah residu cairan lambung saat aspirasi menurun 8. Darah pada feses menurun 9. Hematemesis menurun 10. Frekuensi BAB membaik 11. Konsistensi feses membaik 12. Peristaltik usus membaik 13. Nafsu makan membaik 14. Jumlah feses membaik 15. Warna feses membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak 4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu <p>Manajemen Muntah (I.03118)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi karakteristik muntah (mis. Warna, konsistensi, adanya darah, waktu, frekuensi dan durasi) 2. Periksa volume muntah 3. Identifikasi riwayat diet (mis. Makanan yang disukai, tidak disukai, budaya) 4. Identifikasi kerusakan esofagus dan faring posterior jika muntah terlalu lama 5. Identifikasi faktor penyebab muntah (mis: pengobatan dan prosedur) 6. Identifikasi antiemetik untuk mencegah muntah (kecuali muntah pada kehamilan) 7. Monitor muntah (mis: frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan)

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol lingkungan penyebab muntah (mis: bau tidak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan) 2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab muntah (mis: kecemasan, ketakutan) 3. Atur posisi untuk mencegah aspirasi 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Bersihkan mulut dan hidung 6. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis: membantu membungkuk atau menundukkan kepala) 7. Berikan kenyamanan selama muntah (mis: kompres dingin di dahi, atau sediakan pakaian kering dan bersih) 8. Berikan cairan yang tidak mengandung karbonasi minimal 30 menit setelah muntah <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan membawa kantong plastik untuk menampung muntah 2. Anjurkan memperbanyak istirahat 3. Ajarkan penggunaan Teknik non farmakologis untuk mengelola muntah (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
2.	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah)	<p>Status Cairan (L.03028) Setelah dilakukan intervensi maka status cairan membaik dan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Output urine meningkat 3. Membran mukosa lembab meningkat 4. Pengisian vena meningkat 5. Ortopnea menurun 6. Dispnea menurun 7. Paroxysmal nocturnal dyspnea (PND) menurun 8. Edema anasarkan menurun 9. Edema perifer menurun 10. Distensi vena jugularis menurun 11. Suara napas tambahan menurun 12. Kongesti paru menurun 13. Perasaan lemah menurun 14. Rasa haus menurun 15. Konsentrasi urine menurun 16. Frekuensi nadi membaik 17. Tekanan darah membaik 	<p>Manajemen Hipovolemia (I.03116)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) 2. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hitung kebutuhan cairan 2. Berikan posisi <i>modified Trendelenburg</i> 3. Berikan asupan cairan oral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL) 2. Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (mis: glukosa 2,5%, NaCl 0,4%) 3. Kolaborasi pemberian cairan koloid (albumin, plasmanate) 4. Kolaborasi pemberian produk darah <p>Pemantauan Cairan (I.03121)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		18. Tekanan nadi membaik 19. Turgor kulit membaik 20. Jugular venous pressure (JVP) membaik 21. Hemoglobin membaik 22. Hematokrit membaik 23. Central venous pressure membaik 24. Refluks hepatojugular membaik 25. Berat badan membaik 26. Hepatomegali membaik 27. Oliguria membaik 28. Intake cairan membaik 29. Status mental membaik 30. Suhu tubuh membaik Keseimbangan cairan (L.03020) 1. Asupan cairan meningkat 2. Output urine meningkat 3. Membran mukosa lembab 4. Asupan makanan meningkat 5. Edema menurun 6. Dehidrasi menurun 7. Asites menurun	2. Monitor frekuensi napas 3. Monitor tekanan darah 4. Monitor berat badan 5. Monitor waktu pengisian kapiler 6. Monitor elastisitas atau turgor kulit 7. Monitor jumlah, warna, dan berat jenis urin 8. Monitor kadar albumin dan protein total 9. Monitor hasil pemeriksaan serum (mis: osmolaritas serum, hematokrit, natrium, kalium, dan BUN) 10. Monitor intake dan output cairan 11. Identifikasi tanda-tanda hypovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, hasil, lemah, konsentrasi urin meningkat, berat badan menurun dalam waktu singkat) 12. Identifikasi tanda-tanda hypervolemia (mis: dispnea, edema perifer, edema anasarca, JVP meningkat, CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, berat badan menurun dalam waktu singkat) 13. Identifikasi faktor risiko ketidakseimbangan cairan (mis: prosedur pembedahan mayor, trauma/perdarahan, luka bakar, apheresis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal) Terapeutik 1. Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		8. Konfusi menurun 9. Tekanan darah membaik 10. Frekuensi nadi membaik 11. Kekuatan nadi membaik 12. Tekanan arteri rata-rata membaik 13. Mata cekung membaik 14. Turgor kulit membaik 15. Berat badan membaik	Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Dokumentasikan hasil pemantauan
3.	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Psikologis (keengganan untuk makan)	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan intervensi maka status nutrisi dan nafsu makan membaik dengan kriteria hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Kekuatan otot pengunyah meningkat 3. Kekuatan otot menelan meningkat 4. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi 5. Pengetahuan tentang pilihan makanan sehat meningkat 6. Pengetahuan tentang pilihan minuman sehat meningkat	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		7. Pengetahuan tentang standar nutrisi yang tepat meningkat 8. Penyiapan atau penyimpanan makanan yang aman 9. Penyiapan atau penyimpanan makanan yang aman 10. Sikap terhadap atau makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 11. Perasaan cepat kenyang menurun 12. Nyeri abdomen menurun 13. Sariawan menurun 14. Rambut rontok menurun 15. Diare menurun 16. Berat badan membaik 17. Indeks masa tubuh (IMT) membaik 18. Frekuensi makan membaik 19. Nafsu makan membaik 20. Bising usus membaik 21. Tebal kelipatan kulit trisep membaik	5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 6. Berikan suplemen makanan, jika perlu 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu Promosi berat badan (I.03136) Observasi 1. Identifikasi kemungkinan penyebab BB kurang 2. Monitor adanya mual dan muntah 3. Monitor jumlah kalori yang dikonsumsi sehari-hari 4. Monitor berat badan 5. Monitor albumin, limfosit, dan elektrolit serum Terapeutik 1. Berikan perawatan mulut sebelum pemberian makan, jika perlu 2. Sediakan makanan yang tepat sesuai kondisi pasien (mis: makanan dengan tekstur halus, makanan yang diblender, makanan cair yang

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		Nafsu Makan (L.03024) 1. Keinginan makan membaik 2. Asupan makanan membaik 3. Asupan cairan membaik 4. Energi untuk makan membaik 5. Kemampuan merasakan makanan membaik 6. Kemampuan menikmati makanan membaik 7. Asupan nutrisi membaik 8. Stimulus untuk makan membaik 9. Rasa lapar membaik	diberikan melalui NGT atau gastrostomy, total parenteral nutrition sesuai indikasi) 3. Hidangkan makanan secara menarik 4. Berikan suplemen, jika perlu 5. Berikan pujian pada pasien/keluarga untuk peningkatan yang dicapai Edukasi 1. Jelaskan jenis makanan yang bergizi tinggi, namun tetap terjangkau 2. Jelaskan peningkatan asupan kalori yang dibutuhkan
4.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	Toleransi aktivitas (L.05047) Setelah dilakukan intervensi maka, toleransi aktivitas membaik dengan kriteria hasil: 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kecepatan berjalan meningkat 3. Jarak berjalan meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat	Manajemen Energi (L.05178) Observasi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 5. Terapeutik 6. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 7. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 8. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		5. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 6. Toleransi menaiki tangga meningkat 7. Keluhan lelah menurun 8. Dispnea saat aktivitas menurun 9. Dispnea setelah aktivitas menurun 10. Aritmia saat aktivitas menurun 11. Aritmia setelah aktivitas menurun 12. Sianosis menurun 13. Perasaan lemah menurun 14. Frekuensi nadi membaik 15. Warna kulit membaik 16. Tekanan darah membaik 17. Saturasi oksigen membaik 18. Frekuensi napas membaik 19. EKG iskemis membaik	9. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi 10. Anjurkan tirah baring 1. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 2. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 3. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
5.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur	Pola tidur (L.05045) Setelah dilakukan intervensi maka, pola tidur membaik dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan beraktivitas meningkat	Dukungan tidur (I.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Keluhan sering terjaga menurun 4. Keluhan tidak puas tidur menurun 5. Keluhan pola tidur berubah menurun 6. Keluhan istirahat tidak cukup menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 2. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 4. Tetapkan jadwal tidur rutin 5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) 6. Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau Tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 1. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 2. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM 4. Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis: psikologis, gaya hidup, sering berubah shift bekerja) 5. Ajarkan relaksasi otot autogenic atau cara nonfarmakologi lainnya

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu Pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Tahapan implementasi merupakan pelaksanaan sesuai rencana yang sudah disusun pada tahap sebelumnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Tujuan dari pelaksanaan adalah untuk membantu Pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi keperawatan dapat berbentuk perawatan, pengajaran/penkes, konseling, konsultasi atau diskusi, tindakan pemecahan masalah, membantu pasien dalam melakukan aktivitas sendiri, dan melakukan monitoring.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan Pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan Pasien dan tenaga kesehatan lainnya (Suarni & Apriyani, 2017).

Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasilnya. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tujuan tidak dicapai maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi. Pada tahap ini untuk memudahkan dalam pengevaluasian pasien, digunakan komponen SOAP (*Subjektif, Objektif, Assesment, Planning*).