

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Pengkajian

Data yang ditemukan saat pengkajian pada Ny. S umur 18 tahun dengan G1P0A0 meliputi klien mengatakan mual dan muntah terus menerus lebih dari 15x/hari sejak 2 minggu yang lalu, merasa lemah, mengeluh haus, nafsu makan menurun, membran mukosa kering, tampak pucat, turgor kulit kering, berat badan menurun, mata tampak cekung, TTV: TD 100/60 mmHg, Nadi: 88x/mnt, RR: 20x/mnt, Suhu: 37,0°C

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan pengkajian dengan menggunakan buku SDKI adalah hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif(muntah), nausea berhubungan dengan kehamilan, dan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan.

3. Rencana Keperawatan

Dalam menuliskan perencanaan pada Ny. S dengan kasus hiperemesis gravidarum, rencana yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan tersebut meliputi tindakan mandiri dan kolaboratif sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai untuk mengurangi dan mencegah masalah klien dengan memperhatikan kondisi klien

4. Implementasi

Dalam pelaksanaannya, implementasi dilakukan terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri yaitu memeriksa tanda dan gejala hipovolemia, memonitor intake dan output cairan, menghitung kebutuhan cairan selama 24 jam, memberikan asupan cairan oral air putih dan susu, menganjurkan memperbanyak minum air putih

maksimal 8 gelas/hari, mengidentifikasi karakteristik muntah(warna dan frekuensi muntah), menjauhkan bau menyengat dan membatasi jumlah pengunjung, mengatur posisi semifowler, mengajarkan penggunaan teknik non farmakologis(relaksasi), memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, menganjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak, menjauhkan suara yang berisik, menganjurkan klien untuk banyak istirahat dan tidur, memonitor pola dan mencatat jumlah jam tidur, menganjurkan dan membantu klien melakukan aktivitas secara bertahap (seperti duduk ditempat tidur, berpindah dari tempat tidur ketempat duduk, jalan ke kamar mandi), menganjurkan pasien/keluarga menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang. Tindakan kolaborasi yaitu berkolaborasi dalam pemberian cairan IVFD RL 30 TPM, pemberian antiemetic injeksi iv ranitidine 1 amp/12 jam, ondancetron 8 mg/8 jam dan sucralfat syr 1 sendok sebelum makan sertakolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

5. Evaluasi

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah melakukan asuhan keperawatan selama 3 hari pada Ny. S adalah masalah teratasi sebagian terhadap ketiga diagnosa pada kasus hiperemesis gravidarum

B. Saran

1. RSD HM Mayjend Ryacudu

Diharapkan bagi perawat khususnya pada ruang kebidanan hendaknya melakukan pemantauan cairan untuk mengatur keseimbangan cairan pada klien serta berkolaborasi dengan ahli gizi mengenai manajemen nutrisi pasien hiperemesis gravidarum.

2. Bagi Prodi Keperawatan Kotabumi

Penulis berharap hasil pengumpulan data ini dapat dijadikan referensi dan bahan pembelajaran bagi mahasiswa untuk meningkatkan

wawasan tentang asuhan keperawatan gangguan kebutuhan nutrisi dan cairan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum.