

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya yang sekarang berdiri di Jl. KH. Mas Mansyur No. 180-182 Surabaya, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya saat ini dipegang oleh dr. Achmad Aziz. Luas lahan 1108m², luas Bangunan 2176 m², Pelayanan IGD 24 jam, sudah ada pemisahan Triage dengan dilengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standart pelayanan IGD. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli KIA Hamil, Poli KIA Anak, Poli Gigi, Poli Spesialis: Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Mata. Pelayanan Rawat Inap: Rawat Inap Bersalin, Rawat Inap Umum, Rawat Inap Anak, Rawat Inap Bedah. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya di ruangan VK pada tanggal 23 Juli – 08 Agustus 2016, di ruang VK memiliki 6 kapasitas tempat tidur terdiri dari bed 1, bed 2, bed 3, bed 4, bed 5 dan bed 6. Posisi klien yang diteliti berada di bed 4.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Klien 1 (Pengkajian pada tanggal 23 Juli 2016, jam 12.00 WIB).

Klien pertama Ny. N, nomor rekam medik 08 – 18 – 78, ruangan VK, nomer tempat tidur T4, usia 27 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SLTA, suku bangsa jawa, agama islam, alamat Karang Tembok, masuk rumah sakit pada

tanggal 23 – 07 – 2016 pada pukul 12.00 WIB, diagnosa medis yaitu G4P2A1-2 UK 8 minggu dengan Hiperemesis Gravidarum, sumber informasi diperoleh dari klien, keluarga dan tim kesehatan.

Klien 2 (Pengkajian pada tanggal 06 Agustus 2016, Jam 19.00 WIB).

Klien kedua Ny. S, nomor rekam medis 09 – 50 - 13, ruangan VK, nomer tempat tidur T4, usia 30 tahun, jenis kelamin perempuan, pekerjaan ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SLTP suku bangsa jawa, agama islam, alamat Wonokusumo, masuk rumah sakit pada tanggal 06 – 08 – 2016 pada pukul 19.00 WIB, diagnosa medis yaitu G4P2A1-2 UK 16 minggu dengan Hiperemesis Gravidarum, sumber informasi diperoleh dari klien, keluarga dan tim kesehatan.

2) Riwayat Penyakit

a. Keluhan Utama

Klien 1 dan 2 : mengatakan mual muntah

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien 1: Klien mengatakan hamil anak ke empat, usia kehamilan 8 minggu dan mengeluh mual muntah 8 – 10 kali, pusing, nyeri epigastrium, pada tanggal 23-07-2016 pukul 11.00 WIB, dan klien datang ke UGD RS PKU Muhammadiyah Surabaya datang sendiri. Klien disarankan oleh dokter untuk rawat inap di ruang VK pada pukul 12.00 WIB dengan diagnosa medis Hiperemesis Gravidarum.

Klien 2: Klien mengatakan hamil anak ke empat, usia kehamilan 16 minggu dan mengeluh mual muntah sehari 4 – 5 kali, batuk, mual muntah sejak 1 bulan yang lalu, pusing, nyeri epigastrium tetapi klien hanya

berobat ke poli kandungan dan di beri obat anti muntah, mual muntah berlangsung terus menerus hingga akhirnya klien datang sendiri ke UGD RS PKU Muhammadiyah Surabaya pukul 18.30 WIB, pada tanggal 06-08-2016, klien disarankan oleh dokter untuk rawat inap di ruang VK pada pukul 19.00 WIB dengan diagnosa medis Hiperemesis Gravidarum.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien 1: Klien tidak pernah mengalami hiperemesis gravidarum pada kehamilan anak ke satu, ke dua, dan anak ke satu mengalami abortus, tidak pernah mengalami kelahiran prematur, anak hidup dua. Baru pertama kali ini pada kehamilan anak ke empat klien mengalami Hiperemesis Gravidarum dan di rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

Klien 2: Klien pernah mengalami hiperemesis gravidarum, pada kehamilan anak ke satu mengalami abortus, tidak pernah mengalami kelahiran prematur, anak hidup dua, anak ke dua, anak ke tiga mengalami hiperemesis gravidarum dan anak ke empat ini juga mengalami hiperemesis gravidarum di rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien 1 dan 2 : mengatakan dalam keluarga tidak terdapat penyakit menular seperti HIV, TBC, Hipertensi, dan Diabetes Melitus.

e. Riwayat Pengobatan yang pernah dikonsumsi atau jenis pengobatan :

Klien 1 : Klien mengatakan jika mual muntah, pusing serta nyeri epigastrium, membeli obat di apotek untuk mengatasi mual muntah, namun mual muntah tidak berkurang, pasien langsung berobat sendiri di ruang UGD RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

Klien 2 : Klien mengatakan jika mual muntah, pusing serta nyeri epigastrium, langsung berobat ke poli kandungan dan di beri obat anti muntah tetapi mual muntah terus menerus, klien langsung berobat sendiri di ruang UGD RS PKU Muhammadiyah Surabaya.

f. Riwayat Alergi

Klien 1 dan 2 : Klien tidak mempunyai alergi obat, makanan, kosmetik dan lain – lain

g. Keadaan Umum

Klien 1 dan 2 : Kesadaran pasien compos mentis, orientasi terhadap diri sendiri, orang lain, waktu, tempat terjalin baik, kooperatif. Kondisi fisik secara umum lemah dan lemas.

Tanda – Tanda Vital :

Klien 1 : Tekanan Darah : 110/70 mmHg Frekuensi pernafasan : 20x/menit

Suhu : 36,5°C Nadi : 92x/menit

Berat badan : 52 Kg Tinggi Badan : 162 Cm

Analisis status nutrisi : Berat badan normal

Klien 2 : Tekanan Darah : 100/70 mmHg Frekuensi pernafasan : 20x/menit

Suhu : 37°C Nadi : 90x/menit

Berat badan : 53 Kg Tinggi Badan : 165 Cm

Analisis status nutrisi : Berat badan normal

h. Riwayat Obstetrik :**Klien 1 : Riwayat Menstruasi**

Menarache Umur : 11 tahun Siklus : Teratur (28 hari)
 Lamanya : 7 hari Keluhan : Tidak ada keluhan
 HPHT : 24 – 04 – 2016

Klien 2 : Riwayat Menstruasi

Menarache Umur : 12 tahun Siklus : Teratur (28 hari)
 Lamanya : 7 hari Keluhan : Tidak ada keluhan
 HPHT : 25 – 05 – 2016

i. Riwayat Keluarga Berencana

Klien 1 : Tidak pakai KB

Klien 2 : Pakai KB Suntik sekitar tahun 20014 setelah kelahiran anak pertama

j. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu :**Klien 1 : G4P2A1-2**

Anak ke		Kehamilan	Persalinan		Anak		
NO	Tahun	Umur kehamilan	Jenis	Penolong	Jenis kelamin	BB	Usia
1	2009	20 minggu	Abortus	Dokter	L		
2	2011	39 minggu	Normal	Bidan	P	2500 gram	5 tahun
3	2013	38 minggu	Normal	Bidan	L	2500 gram	3 tahun
4	2016	8 minggu	Hamil ini				

Klien 2 : G4P2A1-2

Anak ke	Kehamilan	Persalinan	Anak

NO	Tahun	Umur kehamilan	Jenis	Penolong	Jenis kelamin	BB	Usia
1	2002	5 minggu	Abortus	Dokter			
2	2003	38 minggu	Normal	Bidan	P	2800 gram	13 tahun
3	2011	39 minggu	Normal	Bidan	L	2500 gram	5 tahun
4	2016	16 minggu	Hamil ini				

1. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL KESEHATAN (Menurut Gordon)

Klien 1 :

a) Pola manajemen kesehatan – persepsi kesehatan :

Sebelum Hamil : Klien mengatakan mengerti makan – makanan yang bergizi dan menjaga kesehatan diri dan lingkungannya.

Saat Hamil : Klien melakukan ANC (*Antenatal Care*) di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang selama kehamilan trimester 1 dalam 1 kali/bulan untuk pemeriksaan kandungan, dan mendapatkan tablet zat besi 90 tablet (tablet 60 mg zat besi), serta mengonsumsi asam folat, dan vitamin b, vitamin c dan vitamin d

b) Pola nutrisi – metabolik :

Sebelum hamil : Klien mengatakan makan teratur 3x sehari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, klien juga terkadang makan buah dan minum air putih 7-9 gelas/hari tanpa ada hambatan

Saat hamil : Klien mengatakan jika sebelum makan, melihat makanan yang berbau amis dan berlemak tidak nafsu makan, makan hanya dengan roti kering, sayur – sayuran, nasi, lauk pauk yang tidak berbau amis dan tidak berlemak, sehari makan 1-2x/hari, minum air putih 4-5 gelas/hari, saat pengkajian hari pertama, makan hanya 2-3 sendok saja dengan menu diet TKTP, minum 5-6 gelas/hari

c) Pola eliminasi :

Sebelum hamil : Klien mengatakan BAB lancar 2x/hari, dengan konsisten padat, berwarna kuning kecoklatan, dengan bau khas feses, BAK lancar 5-6x/hari, warna kuning jernih, bau khas urin

Saat hamil : Klien BAB 1x/hari selama masuk rumah sakit, dengan konsisten padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses, BAK tidak lancar 1-2x/hari

d) Pola aktivitas – latihan :

Sebelum hamil : Klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, peran sebagai ibu rumah tangga berjalan dengan baik, merawat anak-anaknya secara mandiri, tidak ada hambatan dalam melakukan aktivitas

Saat hamil : Klien hanya bisa melakukan aktivitas terbatas seperti mandi secara mandiri, menyiapkan makanan untuk anak-anaknya secara mandiri, namun seperti berolahraga tidak dilakukan karena kondisi badan lemah dan lemas, mual muntah, pusing, pasien bedrest karena rawat inap

e) Pola istirahat – tidur :

Sebelum hamil : Klien tidur teratur, siang 5 jam mulai pukul 11.00-15.00 WIB, tidur malam 7-9 jam mulai pukul 22.00-05.00 WIB, nyenyak, tidak terganggu

Saat hamil : Klien tidur siang 2 jam mulai pukul 11.00-12.00 WIB, tidur malam 2-3 jam mulai pukul 20.00-22.00 WIB sering terbangun, karena mual muntah, pusing selama kehamilan dan tidur lagi selama 5-6 jam mulai pukul 23.00-03.00 WIB, mata cekung

f) Pola persepsi – kognitif :

Klien mengatakan sudah mengerti jika kondisi tubuhnya dalam keadaan sehat, dan mengerti tata cara upaya untuk mengatasi pengobatan saat pertama kali sakit pada dirinya ataupun dalam anggota keluarganya, karena klien sudah mempunyai pengalaman pada kehamilan sebelumnya dalam hal pengobatan

g) Pola konsep diri – persepsi diri :

Klien mengatakan bahwa dirinya mengerti jika pada kehamilan memiliki perubahan pada postur tubuh, terutama dari berat badan, perubahan payudara, serta perubahan perut yang semakin membesar sesuai usia kehamilan, tetapi klien tidak malu atas postur tubuhnya saat ini karena sudah memiliki pengalaman pada kehamilan sebelumnya

h) Pola hubungan – peran :

Klien mengatakan sebelum hamil maupun saat hamil hubungan dengan suami dan keluarganya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu di dampingi suami dan keluarganya), klien dan keluarganya kooperatif dengan semua tindakan keperawatan. Klien juga mengatakan sudah siap sebagai seorang ibu.

i) Pola reproduksi – seksual :

Pasien berjenis kelamin perempuan, sudah menikah dan mempunyai dua orang anak

j) Pola toleransi terhadap stress – koping :

Klien mengatakan sebelum hamil jika sakit atau mengalami masalah, berdoa demi kesembuhan penyakitnya dan mengikuti kegiatan sosial, saat hamil klien mengalami pusing, mual muntah, nyeri epigastrium, pasien berdoa demi kesembuhannya dan berobat ke rumah sakit

k) Pola keyakinan – nilai :

Klien mengatakan di rumah solat 5 waktu dan biasanya pasien mengaji setelah solat. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien solat 5 waktu di atas tempat tidur walaupun solatnya terkadang telat.

Klien 2 :**a) Pola manajemen kesehatan – persepsi kesehatan :**

Sebelum hamil : Klien mengatakan mengerti makan – makanan yang bergizi dan menjaga kesehatan diri dan lingkungannya

Saat hamil : Klien melakukan ANC (*Antenatal Care*), di poli kandungan Puskesmas Tambak Rejo Surabaya mulai dari kehamilan trimester 1 selama 2 kali/bulan untuk kontrol kandungan, dan mengonsumsi zat besi 80 tablet (tablet 60 mg zat besi), serta vitamin B kompleks (B1 dan B2) untuk menghentikan mual muntah yang didapatkan dari dokter poli kandungan Puskesmas Tambak Rejo Surabaya.

b) Pola nutrisi – metabolik :

Sebelum hamil : Klien mengatakan makan teratur 2-3x/hari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, minum air putih 6-7 gelas/hari, tanpa ada hambatan.

Saat hamil : Klien tidak nafsu makan, makan hanya dengan roti kering dan biskuit, minum air es, jika minum air putih terasa mual muntah, pada saat pengkajian hari pertama, klien makan hanya 2-3 sendok dengan menu diet TKTP, minum air putih 7-8 gelas/hari

c) Pola eliminasi :

Sebelum hamil : Klien BAB lancar 2x/hari dengan konsisten padat, berwarna kuning kecoklatan, dengan bau khas feses, BAK lancar 5-6x/hari, warna kuning jernih, bau khas urin

Saat hamil : Klien BAB tidak teratur, 1x/hari, dengan konsisten padat, berwarna kuning kecoklatan, dengan bau khas feses, terkadang konstipasi, BAK lancar 5-6x/hari, pada saat pengkajian hari pertama klien belum BAB, BAK lancar 3-4x/hari, warna kuning jernih, bau khas urin

d) Pola aktivitas – latihan :

Sebelum hamil : Klien mengatakan mampu melakukan aktivitas secara mandiri, peran sebagai ibu rumah tangga berjalan dengan baik, merawat anak-anaknya secara mandiri, tidak ada hambatan dalam melakukan aktivitas

Saat hamil : Klien tidak mampu melakukan aktivitas sebagai ibu rumah tangga seperti menyiapkan makan, memasak, mengantar anak sekolah, dan lain-lain di kerjakan oleh suami, karena setiap aktivitas klien mual muntah, pusing, mual muntah sudah 1 bulan, di kehamilan anak ke empat ini klien merasa lemah dan lemas tidak berdaya untuk melakukan aktivitas, klien bedrest di rawat inap, ke kamar mandi di bantu oleh keluarga

e) Pola istirahat – tidur :

Sebelum hamil : Klien mengatakan tidur teratur, siang 5 jam mulai pukul 12.00-16.00 WIB, tidur malam 7-9 jam mulai pukul 22.00-06.00 WIB, nyenyak, tidak terganggu

Saat hamil : Klien tidur siang 2 jam mulai pukul 12.00-13.00 WIB, tidur malam 1-2 jam mulai pukul 22.00-00.00 WIB sering terbangun, karena mual muntah, dan tidur lagi selama 3-4 jam mulai pukul 01.00-04.00 WIB, mata cekung

f) Pola persepsi – kognitif :

Klien mengatakan sudah mengerti jika kondisi tubuhnya dalam keadaan sehat, dan mengerti tata cara upaya untuk mengatasi pengobatan saat pertama kali sakit pada dirinya ataupun dalam anggota keluarganya, karena klien sudah mempunyai pengalaman pada kehamilan sebelumnya dalam hal pengobatan

g) Pola konsep diri – persepsi diri :

Klien mengatakan bahwa dirinya mengerti jika pada kehamilan memiliki perubahan pada postur tubuh, terutama dari berat badan, perubahan payudara, serta perubahan perut yang semakin membesar sesuai usia kehamilan, tetapi klien

tidak malu atas postur tubuhnya saat ini karena sudah memiliki pengalaman pada kehamilan sebelumnya

h) Pola hubungan – peran :

Klien mengatakan sebelum hamil maupun saat hamil hubungan dengan suami dan keluarganya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu di dampingi suami dan keluarganya), klien dan keluarganya kooperatif dengan semua tindakan keperawatan. Klien juga mengatakan sudah siap sebagai seorang ibu.

i) Pola reproduksi – seksual :

Pasien berjenis kelamin perempuan, sudah menikah dan mempunyai dua orang anak.

j) Pola toleransi terhadap stress – coping :

Klien mengatakan sebelum hamil jika sakit atau mengalami masalah, berdoa demi kesembuhan penyakitnya dan mengikuti kegiatan sosial, saat hamil klien mengalami pusing, mual muntah, nyeri epigastrium, pasien berdoa demi kesembuhannya dan berobat ke rumah sakit

k) Pola keyakinan – nilai :

Klien mengatakan di rumah solat 5 waktu. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien solat 5 waktu di atas tempat tidur walaupun solatnya terkadang telat, klien selalu berdoa demi kesembuhan penyakitnya dan keselamatan janinnya serta sabar dalam menghadapi segala proses tindakan yang diberikan oleh perawat serta tim kesehatan

2. Pemeriksaan Fisik

Klien 1 :

a) Kepala : Bentuk simetris kiri dan kanan, keadaan rambut dan kepala bersih, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan karena nyeri epigastrium dengan skala 4, tidak teraba benjolan, rambut tidak mudah rontok

b) Mata : Mata simetris, bentuk normal, bulu mata menyebar, tidak terdapat edema pada palpebra, sklera putih, mata cekung, konjungtiva tidak anemis, tidak memakai alat bantu penglihatan, tidak teraba benjolan

c) Hidung : Sekret tidak ada, terdapat bulu hidung, kebersihan hidung bersih, tidak terpasang O₂, nyeri tekan tidak ada, fraktur hidung tulang nasal tidak ada

d) Mulut dan Tenggorokan :

Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, Gigi lengkap, tidak ada karies gigi, tidak terpasang behel, tidak ada benjolan dan nyeri tekan

e) Dada dan Axilla :

Normal chest, otot bantu nafas tidak ada, tanda-tanda vital (tensi: 110/70 mmHg, nadi: 92x/menit, suhu: 36,5 °c, RR: 20x/menit, frekuensi: Reguler), puting menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, hypervaskularisasi, tidak teraba denyut apek di ICS 4, di bawah papilla mammae pada intra kostalis, jantung : tidak teraba pembesaran jantung, paru – paru : sonor di lapang paru, bunyi jantung I dan II

murni pekak, tambahan tidak ada, Paru – paru : wheezing tidak ada, ronchi tidak ada.

f) Abdomen (Pemeriksaan fisik reproduksi) :

Perut membesar sesuai usia kehamilan 8 minggu, rata kanan dan kiri, tinggi fundus uteri belum teraba, nyeri tekan epigastrium, adanya bunyi tymphani, bising usus lebih dari 35x/ menit

g) Genitourinary :Kebersihan genetalia bersih, tidak ada pembengkakan kelenjar bartolin, tidak terdapat condiloma

h) Integumen :Turgor kulit menurun, lebih dari 2 detik, warna kulit sawo matang, tidak oedema, akral dingin

i) Muskuluskeletal :Tidak didapatkan atrofi ataupun hipertrofi otot, pergerakan ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, terpasang infus RD5 500 cc pada tangan kanan 28 tpm.

Data Penunjang : **Tanggal 23 – 07 - 2016**

Terapi : Injeksi gastridin 2 x 1 amp/ IV

Injeksi invomit 2 x 8 mg

Drip neurosanbe 3 x 1 amp/ IV

Infus RD5, D5, RL

Inpepsa 3 x 2

Granisentron ekstra

Lansoprazole 1 x 1 mg

DJJ : 136x/ menit

Laboratorium :

Tanggal : 23-07-2016

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	13,5	L : 13,0-16,0 P : 12,0-14,0 g%
2	Lekosit	11.400	4000-11000 sel/cmm
3	Trombosit	460.000	150000-450000 sel/cmm
4	Hematocrit	36,8	L : 40-54% P : 35-47%
5	Eritrosit	4,63	L : 4,5-6,5 juta/cmm P : 3,0-6,0 juta/cmm
6	Hbs Ag	Negatif	Negatif
7	Anti HIV (RPHA)	Non Reaktif	Non Reaktif
8	Natrium serum	133	135-145 mmol/L
9	Kalium serum	3,4	3.5-5.0 mmol/L
10	Clorida serum	90	98-107 m mol/ l
11	Gula Darah Acak	119	100-150 mg/dl

Klien 2 :

- a) Kepala** : Bentuk simetris kiri dan kanan, keadaan rambut dan kepala bersih, warna rambut hitam, penyebaran rambut merata, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan karena nyeri epigastrium dengan skala 5, tidak teraba benjolan, rambut tidak mudah rontok
- b) Mata** : Mata simetris, bentuk normal, bulu mata menyebar, tidak terdapat edema pada palpebra, sklera putih, mata cekung,

konjungtiva anemis, tidak memakai alat bantu penglihatan, tidak teraba benjolan

c) Hidung : Sekret tidak ada, terdapat bulu hidung, kebersihan hidung bersih, tidak terpasang O₂, nyeri tekan tidak ada, fraktur hidung tulang nasal tidak ada

d) Mulut dan Tenggorokan :

Mukosa bibir kering, lidah tampak kotor, Gigi lengkap, tidak ada karies gigi, tidak terpasang behel, tidak ada benjolan dan nyeri tekan

e) Dada dan Axilla :

Normal chest, otot bantu nafas tidak ada, tanda-tanda vital (tensi: 100/70 mmHg, nadi: 90x/menit, suhu: 37 °c, RR: 20x/menit, frekuensi: Reguler), puting menonjol, terdapat hiperpigmentasi pada areola mammae, hypervaskularisasi, tidak teraba denyut apek di ICS 4, di bawah papilla mammae pada intra kostalis, jantung : tidak teraba pembesaran jantung, paru – paru : sonor di lapang paru, bunyi jantung I dan II murni pekak, tambahan tidak ada, Paru – paru : wheezing tidak ada, ronchi tidak ada

f) Abdomen (Pemeriksaan fisik reproduksi) :

Perut membesar sesuai usia kehamilan 16 minggu, rata kanan dan kiri, tinggi fundus uteri ½ antara simpisis dan pusat, teraba, adanya nyeri tekan epigastrium, adanya bunyi tymphani, bising usus lebih dari 36x/ menit

g) Genitourinary :

Kebersihan genetalia cukup, tidak ada pembengkakan kelenjar bartolin, tidak terdapat condiloma.

h) Integumen : Turgor kulit menurun, lebih dari 2 detik, warna kulit sawo matang, tidak oedema, akral dingin

i) Muskuluskeletal :

Tidak didapatkan atrofi ataupun hipertrofi otot, pergerakan ekstremitas atas dan bawah bisa di gerakkan, terpasang infus RD5 500 cc pada tangan kanan 35 tpm.

Data Penunjang : Tanggal 06 – 08 -2016

Terapi : Injeksi gastridin 2 x 1 amp/ IV

Injeksi invomit 3 x 4 mg

Drip neurosanbe 3 x 1 amp

Infus RD5, RL

Inpepsa syr 3 x 2

DJJ : 164x/ menit

Laboratorium :

Tanggal : 06 – 08 – 2016

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	10,6	L : 13,0-16,0 P : 12,0-14,0 g%
2	Lekosit	10.100	4000-11000 sel/cmm
3	Trombosit	257.000	150000-450000 sel/cmm

4	Hematocrit	29,0	L : 40-54% P : 35-47%
5	Eritrosit	4,01	L : 4,5-6,5 juta/cmm P : 3,0-6,0 juta/cmm
6	Hbs Ag	Negatif	Negatif
7	Perdarahan	3 Menit	1-5 menit
8	Pembekuan	10 Menit	6-15 menit
9	Anti HIV (RPHA)	Non Reaktif	Non Reaktif
10	Natrium serum	131	135-145 mmol/L
11	Kalium serum	3,5	3.5-5.0 mmol/L
12	Clorida serum	104	98-107 m mol/ l
13	Gula Darah Acak	88	100-150 mg/dl

4.1.3 Analisis Data

Klien 1

a) Data Subyektif : Klien pertama didapatkan data, klien mengatakan mual muntah 8-10 kali, pusing, nyeri ulu hati.

Data Obyektif : Badan klien tampak lemas, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 4, nadi meningkat 92x/menit, tekanan darah menurun 110/70 mmHg, elastisitas turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang infus RD5 28 tpm

Etiologi : Kadar estrogen meningkat, dehidrasi (kehilangan cairan aktif)

Masalah : Kekurangan volume cairan

a) Data Subyektif : Klien mengatakan mual muntah 8-10 kali, pusing, nyeri ulu hati

Data Obyektif : Badan klien tampak lemas, nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok, nadi meningkat 92x/menit, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, mukosa bibir kering, lidah kotor, berat badan menurun BB sebelum hamil 54 kg, saat hamil 52 kg

Etiologi : Peningkatan HCG dan estrogen, kehamilan 8 minggu, nafsu makan menurun, ketidakseimbangan nutrisi

Masalah : Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh.

Klien 2

a) Data Subyektif : Klien mengatakan mual muntah 4-5 kali, batuk, pusing, nyeri ulu hati

Data Obyektif : Badan klien tampak lemah dan lemas, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5, nadi meningkat 90x/menit, tekanan darah menurun 100/70 mmHg, turgor kulit menurun, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang infus RD5 35 tpm

Etiologi : Kadar estrogen meningkat, dehidrasi (kehilangan cairan aktif)

Masalah : Kekurangan volume cairan

a) Data Subyektif : Klien mengatakan mual muntah 4-5 kali, batuk, pusing

Data Obyektif : Badan klien tampak lemas, nafsu makan menurun menghabiskan 2-3 sendok, nadi meningkat 90x/menit, turgor kulit menurun, berat badan menurun 53 kg

Etiologi : Peningkatan HCG dan estrogen, nafsu makan menurun, ketidakseimbangan nutrisi

Masalah : Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

a) **Data Subyektif** : Klien mengatakan badan terasa lemah dan lemas

Data Obyektif : Tidak mampu melakukan aktivitas, seperti CK, makan, ganti pakaian, di bantu oleh keluarga karena klien lemah dan lemas, mual muntah sudah 1 bulan, pusing, nyeri epigastrium skala 5.

Etiologi : Mual muntah terus menerus, kelemahan

Masalah : Intoleransi aktivitas

4.1.3 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 :

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient

Klien 2 :

- 1) Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 2) Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient

3) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

4.1.4 Perencanaan

1. Klien Pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

Kriteria Hasil :

- 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB (Usia 20-40 tahun, persentase 50%, usia lanjut 45-50%, dengan rata – rata haluaran cairan perhari : 15 cc/kg BB/hari)
- 2) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
(Rentang normal tekaanan darah dewasa muda : 110-125/60-70 mmHg, dewasa tua : 130-150/80-90 mmHg, nadi : 70 – 80x/menit, suhu tubuh : $36,6^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$)
- 3) Tidak ada tanda – tanda dehidrasi (Perasaan haus, kehilangan nafsu makan, kulit kering, air seni yang berwarna lebih gelap dari biasanya, perasaan lelah atau merasa lemas, nyeri kepala ringan atau perasaan tidak nyaman, meningkatnya suhu tubuh, mual muntah, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun)
- 4) Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik

Rasional : Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.

2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat

Rasional : Untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)

Rasional : Untuk mengurangi dehidrasi berlanjut

4. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian

Rasional : Mempertahankan status nutrisi

5. Kolaborasikan pemberian cairan IV

Rasional : Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

6. Pantau tetes cairan infus

Rasional : Mempertahankan agar tidak terjadi resiko syok

7. Setelah 24 jam anjurkan untuk minum sedikit tapi sering tiap jam

Rasional : Memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh

8. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dan diet

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan dalam tubuh

2. Klien 2

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan klien mampu mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

Kriteria Hasil :

- 1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB (Usia 20-40 tahun, persentase 50%, usia lanjut 45-50%, dengan rata – rata haluaran cairan perhari : 15 cc/kg BB/hari)
- 2) Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
(Rentang normal tekaanan darah dewasa muda : 110-125/60-70 mmHg, dewasa tua : 130-150/80-90 mmHg, nadi : 70 – 80x/menit, suhu tubuh : $36,6^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$)
- 3) Tidak ada tanda – tanda dehidrasi (Perasaan haus, kehilangan nafsu makan, kulit kering, air seni yang berwarna lebih gelap dari biasanya, perasaan lelah atau merasa lemas, nyeri kepala ringan atau perasaan tidak nyaman, meningkatnya suhu tubuh, mual muntah, denyut nadi meningkat, tekanan darah menurun)
- 4) Elastisitas turgor kulit kembali normal dalam dua detik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik
Rasional : Untuk memudahkan perawat melakukan tindakan.
2. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat
Rasional : Untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
3. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik)
Rasional : Untuk mengurangi dehidrasi berlanjut
4. Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian
Rasional : Mempertahankan status nutrisi

5. Kolaborasikan pemberian cairan IV

Rasional : Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit

6. Pantau tetes cairan infus

Rasional : Mempertahankan agar tidak terjadi resiko syok

7. Setelah 24 jam anjurkan untuk minum sedikit tapi sering tiap jam

Rasional : Memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh

8. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dan diet

Rasional : Memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan dalam tubuh

4.1.6 Pelaksanaan

1. Klien Pertama

Diagnosa I : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tanggal : 23 – 07 -2016

- 1) Jam 13.10 WIB : Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik.

Respon : Klien kooperatif dalam tanya jawab dan mendengarkan dengan baik.

- 2) Jam 14.10 WIB : Mengganti cairan infus klien D5 21 tpm

Respon : Klien kooperatif

- 3) Jam 14.30 WIB : Melakukan observasi TTV

TD : 110/70 mmHg

N : 92x/menit

S : 36,5°C

RR : 20x/menit

Keadaan umum : tampak lemah dan lemas, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 4, nyeri terletak di ulu hati

Respon : Klien kooperatif dan aktif bertanya hasil pemeriksaannya

- 4) Jam 15.00 WIB : Memberikan *health education* pada klien tentang pentingnya minum sedikit tapi sering untuk keseimbangan cairan dan elektrolit

Respon : Klien memahami yang sudah dijelaskan oleh perawat, serta mulai untuk minum sedikit tapi sering

- 5) Jam 16.00 WIB : Memberikan obat oral lansoprazol 30 mg pada klien

Respon : Klien bersedia minum obat

- 6) Jam 16.30 WIB : Memberikan minum air putih dengan mengavriasi dicampur dengan perasan jeruk sedikit agar tidak mual muntah

Respon : Klien minum dan tidak merasakan mual muntah jika minum air putih

- 7) Jam 17.00 WIB : Melakukan injeksi pada klien :

Injeksi gastridin 25 mg (1 ampul/IV), (dioplos jadi 5 cc), injeksi invomit 8 mg, drip neurosanbe 100 mg

Respon : Klien kooperatif dan aktif bertanya manfaat obat injeksi tersebut yang diberikan

Tanggal 24 – 07 -2016

- 1) Jam 08.00 WIB : Memberikan lingkungan yang nyaman pada klien (merapikan tempat tidur klien)

Respon : Klien merasa nyaman setelah dirapikan tempat tidurnya

2) Jam 08.45 WIB : Melakukan observasi TTV :

TD : 110/60 mmHg

N : 88x/menit

S : 36,8°C

RR : 20x/menit

Keadaan umum : Turgor kulit tidak lebih dari dua detik, ekspresi wajah meringis kesakitan dengan skala nyeri 3, nyeri terletak di ulu hati, mata cekung, mual muntah 6-7 kali

Respon : Klien kooperatif untuk menyampaikan keluhannya

3) Jam 09.00 WIB : Memantau tingkat kesadaran klien

Respon : Klien sadar, badan masih terasa lemah dan lemas

4) Jam 10.00 WIB : Memantau intake dan output cairan

Respon : Klien kooperatif

5) Jam 11.00 WIB : Mengganti cairan infus RL 21 tpm/menit

Respon : Klien kooperatif

6) Jam 11.30 WIB : Memberikan makanan bubur halus yang divariasikan dengan diberi sedikit kecap manis, agar saat makan pasien tidak merasakan mual muntah

Respon : Klien mulai nafsu makan, menghabiskan setengah porsi

7) Jam 12.00 WIB : Melakukan injeksi pada klien

Injeksi gastridin 25 mg (1 ampul/IV), (dioplos jadi 5 cc), injeksi invomit 8 mg

Respon : Klien sedikit terasa nyaman, badan sedikit terasa lebih segar

Tanggal 25 – 07 – 2015

1) Jam 08.00 WIB : Membantu klien untuk makan sedikit tapi sering dengan menu diet TKTP (Bubur halus, tahu, tempe, sayur) diberi sedikit kecap manis

Respon : Klien sudah nafsu makan, menghabiskan satu porsi

2) Jam 09.00 WIB : Memberikan minum tiap jam sedikit tapi sering, dengan mengvariasi air putih diberi perasan jeruk sedikit agar tidak mual muntah

Respon : Klien minum 7 – 8 gelas/ hari

3) Jam 09.30 WIB : Melakukan observasi TTV :

TD : 120/80 mmHg

S : 36,5°C

N : 84x/menit

RR : 20x/menit

Keadaan umum : Turgor kulit kembali normal dalam 2 detik, ekspresi wajah tampak rileks, mata tidak cekung

Respon : Klien tampak rileks dan kooperatif

4) Jam 10.00 WIB : Memonitor status cairan dan mencatat perubahan klien dalam merespon stimulus.

Respon : Klien mengatakan kondisi badannya sudah kembali normal, tidak lemah dan tidak lemas, tidak mual muntah, tidak pusing, tidak nyeri epigastrium

5) Jam 11.00 WIB : Melepas infus dan memberikan *health education* pentingnya kebutuhan cairan dalam tubuh

Respon : Klien mengerti dan kooperatif

2.Klien II

Diagnosa : Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tanggal 06 – 08 – 2016

1) Jam 19.15 WIB : Membina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik.

Respon : Klien kooperatif dalam tanya jawab dan mendengarkan dengan baik.

2) Jam 19.30 WIB : Melakukan observasi TTV :

TD : 100/70 mmHg

N : 90x/menit

S : 37°C

RR : 20x/menit

Keadaan umum : Turgor kulit menurun, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5, nyeri terletak di ulu hati, mata cekung

Respon : Klien kooperatif dan terlihat lemah

3) Jam 20.30 WIB : Memberikan *health education* pada pasien tentang pentingnya minum sedikit tapi sering

Respon : Klien mengerti yang sudah dijelaskan oleh perawat

4) Jam 21.00 WIB : Memberikan obat oral Inpepsa syr 500 mg pada klien

Respon : Klien bersedia untuk minum obat

Tanggal 07 – 08 -2016

- 1) Jam 07.00 WIB : Memberikan lingkungan nyaman pada klien
(membersihkan tempat tidur)

Respon : Klien merasa nyaman

- 2) Jam 08.00 WIB : Melakukan observasi TTV :

TD : 100/80 mmHg

N : 88x/menit

S : 36⁰C

RR : 19x/menit

Keadaan umum : Turgor kulit tidak lebih dari dua detik, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 4, nyeri tertelak di ulu hati, mata tampak cekung

Respon ; Klien kooperatif

- 3) Jam 09.00 WIB : Memantau tetes cairan infus

Respon : Klien kooperatif

- 4) Jam 11.00 WIB : Mengganti cairan infus RL 35 tpm + drip NSB

Respon : Klien kooperatif dan bertanya manfaat cairan infus tersebut

- 5) Jam 11.30 WIB : Memberikan maka bubur halus dicampur sedikit

kecap manis, serta tahu tempe dan sayur

Respon : Klien sudah mulai nafsu makan, makan 3-4 sendok

- 6) Jam 12.00 WIB : Melakukan injeksi pada klien

Injeksi gastridin 25 mg (1 ampul/IV), (dioplos jadi 5 cc), injeksi

invomit 8 mg

Respon : Klien kooperatif untuk diberi obat

7) Jam 13.00 WIB : Memberikan obat oral Inpepsa 500 mg pada klien

Respon : Klien bersedia untuk minum obat

8) Jam 14.00 WIB : Memberikan minum air putih dicampur perasan jeruk sedikit

Respon : Klien minum 6-7 gelas/hari

9) Jam 16.00 WIB : Melakukan injeksi gastridin 2 x1 amp/ IV pada klien

Respon : Klien kooperatif

Tanggal 08 – 08 – 2016

1) Jam 07.00 WIB : Mengganti sprengi klien

Respon : Klien merasa nyaman dan terlihat bersih tempat tidurnya

2) Jam 08.00 WIB : Melakukan injeksi gastridin 2 x 1 amp/IV

Respon : Klien bersedia untuk di injeksi

3) Jam 09.00 WIB : Melakukan observasi TTV

TD : 110/80 mmHg

S : 36,5^oC

N : 82x/menit

RR : 20x/menit

Kedadaan umum : Turgor kulit kembali normal dalam 2 detik, ekspresi wajah tampak rileks, skala nyeri 2, mata tidak cekung

4) Jam 10.30 WIB : Mengganti cairan infus RL 14 tpm

Respon : Klien mengatakan sudah tidak lemah dan lemas, tidak mual muntah, tidak pusing

5) Jam 11.00 WIB : Memberikan *health education* pentingnya kebutuhan minum dan asupan nutrisi bagi tubuhnya

Respon : Klien mengerti yang sudah dijelaskan

6) Jam 12.00 WIB : Melepas infus dan memberikan *health education* pentingnya cairan dan nutrisi dalam tubuh sebelum klien pulang

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Klien Pertama

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tanggal 23 – 07 -2016

S : Klien mengatakan mual muntah 8-10 kali, pusing, nyeri ulu hati

O : K/U : Cukup, Klien nampak lemah dan lemas, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, TD : 110/70 mmHg, S : 36,5⁰C, N : 92x/menit, RR : 20x/menit, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 2000 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 1200 cc

Input = 3300 cc

Output : Muntah : 2500 cc

Urin : 600 cc

Feses : 500 cc

Output = 3600 cc

Total : Input – Output = 3300 cc – 3600 cc = - 300 cc

A : Masalah Belum Teratasi.

P : Intervensi 2,3,5,6 di lanjutkan

Tanggal 24 – 07 – 2016

S : Klien mengatakan mual muntah 6-7 kali, pusing, nyeri ulu hati

O : K/U :Baik, Klien nampak lemah dan lemas, turgor kulit lebih baik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang infus RL 21 tpm, TD : 110/60 mmHg, S : 36,8 °C, N : 88x/menit, RR : 20x/menit, pada hari ke dua masuk rumah sakit, nafsu makan mulai ada, makan setengah porsi dengan menu diet TKTP, minum air putih 6-7 gelas/hari, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 2500 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 2000 cc

Input = 4600 cc

Output : Muntah : 1500 cc

Urin : 1500 cc

Feses : 1000 cc

Output = 4000 cc

Total = Input – Output = 4600 cc – 4000 cc = + 600 cc

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 2,4,5,6 di lanjutkan

Tanggal 25 – 07 – 2016

S : Klien mengatakan mual muntah 1 kali, tidak pusing, tidak nyeri ulu hati

O : K/U : Cukup, Klien nampak sedikit rileks, turgor kulit kembali normal dalam 2 detik, mata tidak cekung, akral hangat, mukosa bibir lembab, terpasang infus RL 21 tpm, TD : 120/80 mmHg, S : 36,5^oC, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, nafsu makan sangat baik, satu porsi dengan menu diet TKTP, minum air putih 7-8 gelas/hari, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 3500 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 4000 cc

Input = 7600 cc

Output : Muntah : 500 cc

Urin : 5000 cc

Feses : 1300 cc

Output = 6800 cc

Total = Input – Output = 7600 cc – 6800 cc = + 800 cc

A : Masalah teratasi

P : Berikan discharge planning tentang kebutuhan cairan dalam tubuh

Klien kedua

Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tanggal 06 – 08 – 2016

S : Klien mengatakan mual muntah 4 – 5 kali sehari, batuk, pusing, nyeri ulu hati

O : K/U : Cukup, Klien nampak lemah dan lemas, ekspresi wajah tampak lemah, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, lidah kotor, terpasang infus RD5 35 tpm, TD : 100/70 mmHg, N : 90x/menit, RR : 20x/menit, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 2000 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 1000 cc = 3100 cc

Output : Muntah : 2500 cc

Urin : 600 cc

Feses 500 cc = 3600 cc

Total : Input – Output = 3100 cc – 3600 cc = - 500 cc

A : Masalah Belum Teratasi.

P : Intervensi 2,3,4 di lanjutkan

Tanggal 07 – 08 – 2016

S : Klien mengatakan mual muntah 3 kali sehari, batuk, tidak pusing, tidak nyeri ulu hati

O : K/U : Cukup, Klien nampak sedikit lemah dan lemas, ekspresi wajah tampak sedikit lemah, turgor kulit tidak lebih dari dua detik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, lidah kotor, terpasang infus RL 35 tpm, TD : 100/80 mmHg, N : 88x/menit, RR : 19x/menit, nafsu makan mulai ada, makan 3-4 sendok dengan menu diet TKTP, minum air putih 6-7 gelas/hari, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 2500 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 1000 cc

Input = 3600 cc

Output : Muntah : 1500 cc

Urin : 800 cc

Feses : 500 cc

Output = 2800 cc

Total : Input – Output = 3600 cc – 2800 cc = + 800 cc

A : Masalah teratasi sebagian

P : Intervensi 2,3,4,5,6,7 di lanjutkan

Tanggal 08 – 08 – 2016

S : Klien mengatakan tidak mual muntah, tidak pusing, batuk, tidak nyeri ulu hati

O :K/U :Baik, Klien rileks, ekspresi wajah tampak rileks,turgor kulit kembali normal dalam dua detik, akral hangat, mukosa bibir lembab, TD : 110/80 mmHg, N : 84x/menit, RR : 20x/menit, terpasang infus RL 14 tpm, nafsu makan ada, menghabiskan setengah porsi dengan menu diet TKTP, minum 7-8 gelas/hari, perhitungan balance cairan :

Input : Infus 3500 cc/ 24 jam

Obat Injeksi : Injeksi gastridin, injeksi invomit (100 cc)

Minum : 4000 cc

Input = 7600 cc

Output : Muntah : tidak muntah

Urin : 5000 cc

Feses : 1700 cc

Output = 6700 cc

Total : Input – Output = 7600 cc – 6700 cc = + 900 CC

A : Masalah teratasi

P : Berikan discharge planning tentang pentingnya cairan dalam tubuh

4.2 PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan klien pada Ibu Hamil dengan masalah keperawatan kekurangan volume cairan di Ruang VK Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena klien dan pihak keluarga klien sangat menerima penulis dengan baik, penulis juga memperkenalkan diri sebelumnya serta menjelaskan maksud dan tujuan penulis yaitu memberikan asuhan keperawatan pada klien sehingga dengan terjalinnya hubungan yang kooperatif antara penulis dengan klien maupun pihak keluarga yang mengantar klien sampai ke Ruang VK Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

Hasil peneliti dari tindakan observasi didapatkan data subjektif dari klien pertama pengkajian pada tanggal 23 Juli 2016 pukul 12.30 WIB yang bernama klien Ny. N dengan UK 8 minggu, mengatakan mual muntah 8 – 10 kali mulai tanggal 23 – 07 -2016 pukul 11.00 WIB, sedangkan klien kedua pengkajian pada tanggal 06 – 08 - 2016 pukul 19.15 WIB yang bernama Ny. S dengan UK 16 minggu mengatakan mual muntah 4 – 5 kali mulai tanggal 06 – 08 – 2016 pukul 18.30 WIB, tetapi mual muntah sudah sejak 1 bulan yang lalu. Menurut literatur (Winkjosastro, 2007) hiperemesis gravidarum sering terjadi pada kehamilan trimester pertama, sedangkan pada pasien kasus I terjadi pada kehamilan trimester pertama, kasus II terjadi pada kehamilan trimester kedua yang disebabkan oleh peningkatan kadar estrogen dan HCG (Winkjosastro, 2007). Pada Keluhan utama tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu mual muntah pada klien dengan masalah kekurangan volume cairan, Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka. Berdasarkan hasil pengkajian pada klien pertama, data obyektif badan klien tampak lemas, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 4, nadi meningkat 92x/menit, tekanan darah menurun 110/70 mmHg, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang infus RD5 28 tpm, sedangkan klien kedua klien badan klien tampak lemah dan lemas, ekspresi wajah tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 5, nadi meningkat 90x/menit, tekanan darah menurun 100/70 mmHg, turgor kulit

menurun, mata cekung, akral dingin, mukosa bibir kering, terpasang infus RD5 35 tpm

Pada data obyektif tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu, badan klien tampak lemah dan lemas, ekspresi wajah meringis kesakitan terletak di nyeri epigastrium, turgor kulit menurun lebih dari 2 detik, akral dingin, mukosa bibir kering, mata cekung, tekanan darah menurun, nadi meningkat. Menurut tinjauan pustaka pada klien dengan masalah kekurangan volume cairan menurut teori ialah mual muntah terus menerus, badan tampak lemah dan lemas, nadi meningkat, tekanan darah menurun, nyeri epigastrium, mata cekung (NANDA, 2015). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian hiperemesis gravidarum, pengkajian tentang kondisi ibu pada klien pertama maupun klien kedua mengalami masalah yang sama yaitu didapatkan mual muntah, pusing, nyeri epigastrium dalam tinjauan teori juga ditemukan adanya masalah ibu dengan mual muntah, pusing, nyeri epigastrium(Ide Bagus G.M, et al, 2007). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka

Dalam pengkajian perbedaan pada kasus I dan kasus II yaitu pada kasus I pasien mengatakan mual muntah 8 -10 kali mulai tanggal 23 – 07 - 2016 pukul 11.00 WIB, dan baru pertama kali ini pada kehamilan anak ke empat pasien mengalami hiperemesis gravidarum, sedangkan pada kasus II

pasien mengatakan mual muntah 4 -5 kali mulai tanggal 06-08-2016 pukul 18.30 WIB, mual muntah sejak 1 bulan yang lalu, dan setiap kehamilan pasien mengalami hiperemesis gravidarum. Mual muntah terus menerus pada kehamilan, pengaruh oleh faktor predisposisi pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua ditemukan data ibu masih mual muntah serta pusing dan nyeri epigastrium, pada kehamilan pertama dan kehamilan selanjutnya, serta serta pengaruh dalam penggunaan kontrasepsi dalam tinjauan teori juga ditemukan adanya masalah ibu mual muntah terus menerus pengaruh dari faktor predisposes (Ratna, 2009). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam tinjauan pustaka diagnosa keperawatan yang muncul pada ibu hamil dengan kasus hiperemesis gravidarum berdasarkan (NANDA, 2015) adalah sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan
4. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Nanda, 2015)

Namun, tidak semua diagnosa muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama Klien pertama Ny.N / 27 tahun pada ibu hamil dengan kasus hiperemesis gravidarum ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient

Rehidrasi yaitu penambahan cairan dan elektrolit yang hilang melalui dehidrasi dengan cara rehidrasi infus : memberikan cairan infus RD5, D5, RL/24 Jam. Rehidrasi pertama diberikan cairan 20-40 ml/Kg BB dalam waktu 1-2 jam, kemudian setengah sisa defisit diberikan dalam waktu 6 jam, dan setengah sisa defisit diberikan dalam waktu 16-17 jam pada tahap berikutnya.

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua Klien kedua Ny.S / 30 tahun pada ibu hamil hiperemesis gravidarum ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
2. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan

Berdasarkan kedua kasus tidak sesuai dengan tinjauan pustaka, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi masalah kekurangan volume cairan pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan menurut (Nanda, 2015) bertujuan untuk keseimbangan cairan dan elektrolit, selama 3 kali 24 jam

setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil untuk tinjauan kasus pertama yaitu menggambarkan adanya keseimbangan cairan dan elektrolit, tidak ada tanda – tanda dehidrasi. Sedangkan pada tinjauan kasus yang kedua selama 3 kali 24 jam setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan kriteria hasil keseimbangan cairan dan elektrolit, tidak ada tanda – tanda dehidrasi selama 3 hari pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit terpenuhi serta seimbang. Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus pada perencanaan diagnosa Kekurangan volume cairan yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan pustaka maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan untuk tinjauan kasus pertama dengan masalah keperawatan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu melakukan Bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik, mengobservasi tanda tanda vital, mempertahankan intake dan output cairan, memberikan head education tentang pentingnya kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh seperti minum sedikit tapi sering, memantau keadaan umum klien, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dan diet. Sedangkan pada tinjauan kasus kedua Perencanaan untuk tinjauan kasus kedua dengan masalah keperawatan Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif yaitu melakukan bina hubungan saling percaya melalui komunikasi terapeutik, observasi tanda – tanda vital, memberikan terapi obat serta health education dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, memantau keadaan umum klien, memantau tetes cairan infus. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari tindakan keperawatan dengan masalah Kekurangan volume cairan adalah

kebutuhan cairan dan elektrolit seimbang sesuai dengan literatur (Nanda, 2015).

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart operasional prosedur(SOP) Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada Kekurangan volume cairan mengikuti standart oprasional prosedur(SOP) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan farmakologi yaitu dengan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi dan diet. Tindakan ini bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit klien (Reeder, et al. 2011).

Pada pelaksanaan tindakan perawatan selanjutnya pada tinjauan kasus pertama memberikan health education pada klien dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh, memberikan terapi injeksi, mengobservasi tanda – tanda vital Sedangkan pada tindakan perawatan pada tinjauan kasus kedua pelaksanaan berupa memberikan head education pada klien dalam pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit dalam tubuh, memberikan terapi injeksi, mengobservasi tanda – tanda vital

4.2.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada klien dan keluarga klien yang di dokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena klien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan dan dituliskan berdasarkan respon klien terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan dan dilanjutkan dalam catatan perkembangan.

Pada Kekurangan volume cairan disusun intervensi guna mengatasi diagnosa yang muncul, terutama pengaruh pemerian terapi farmakologi yaitu mengatasi mual muntah tidak berkelanjutan, kebutuhan cairan terpenuhi, mengurangi resiko syok (Reeder, et al. 2011)