

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Definisi Hiperemesis Gravidarum

Hiperemesis gravidarum adalah mual dan muntah lebih dari 10 kali dalam 24 jam atau setiap saat pada wanita hamil (Septiani, 2018). Penelitian ini sejalan dengan penelitian (Anita *et al.*, 2020). Berdasarkan temuannya, mengalami muntah tiga hingga lima kali sehari sebelum intervensi. Meski kebanyakan wanita mengalami mual dan muntah kehamilan memiliki gejala terbatas pada trimester pertama. Sejumlah kecil wanita mengalami perjalanan panjang dengan gejala yang meluas hingga melahirkan. Wanita dengan mual dan muntah yang parah selama kehamilan mungkin mengalami *Hiperemesis gravidarum*. Suatu entitas lain dari mual dan muntah kehamilan yang jika tidak ditangani dapat menyebabkan terhadap *morbiditas* ibu dan janin yang signifikan (Saha, 2013). Definisi *Hiperemesis gravidarum* yang konsisten secara internasional adalah gejala yang dimulai pada awal kehamilan sebelum usia kehamilan 16 minggu (4 Bulan). Mual dan muntah yang parah, ketidakmampuan makan dan minum secara normal dan keterbatasan aktivitas sehari-hari (Jansen, 2021). Dalam praktik klinis, *Hiperemesis gravidarum* dianggap sebagai bentuk *NVP* yang paling parah dengan komplikasi seperti dehidrasi dan gangguan

metabolisme (penurunan berat badan, defisiensi elektrolit, malnutrisi) (Fejzo, 2019)

2.1.2 Etiologi

Menurut Rofi'ah *et al* (2019) Etiologi dari *hiperemesis gravidarum* belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebabkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomic pada otak, jantung, hati dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain. Etiologi dari *hiperemesis gravidarum* Terdapat beberapa faktor predisposisi dan faktor lain, yaitu sebagai berikut:

1. Faktor hormonal : Peningkatan hormone *HCG* biasanya terjadi pada wanita hamil dengan kondisi *primigravida*, *mola hidatidosa*, kehamilan ganda.
2. Faktor organik : Faktor alergi diduga menyebabkan *hiperemesis gravidarum*, karena diduga merupakan invasi jaringan vili ke dalam aliran darah ibu dan perubahan metabolisme akibat kehamilan
3. Faktor psikologis : Keretakan keluarga, pengangguran, kehamilan yang tidak diinginkan, ketakutan hamil, takut melahirkan, takut menjadi ibu
4. Faktor Usia : Faktor usia merupakan salah satu pemicu terjadinya *hiperemesis gravidarum*. Hal ini berkaitan dengan stres dan faktor psikologis.

2.1.3 Klasifikasi Hiperemesis Gravidarum

Menurut Wahyuni (2018) klasifikasi dari *hiperemesis gravidarum* adalah sebagai berikut:

1. Tingkatan I :

Muntah terus menerus yang memengaruhi keadaan umum. Pada tingkatan ini klien merasa lemah, nafsu makan tidak ada, berat badan menurun dan merasa nyeri pada epigastrium. Nadi meningkat sekitar 100 kali per menit, tekanan darah sistol menurun, dapat disertai peningkatan suhu tubuh, turgor kulit berkurang, lidah kering dan mata cekung.

2. Tingkatan II :

Pasien tampak lebih lemah dan apatis, turgor kulit tampak lebih menurun, lidah kering dan tampak kotor, denyut nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, suhu meningkat, mata cekung dan sedikit panas, berat badan turun, hemokonsentrasi, oligouria dan konstipasi. Aseton dapat tercium dari hawa pernapasan karena mempunyai aroma yang khas dan dapat pula ditemukan dalam urine.

3. Tingkatan III

Keadaan umum lebih parah, muntah berhenti, kesadaran menurun (samnolen hingga koma), denyut nadi kecil dan cepat, tekanan darah menurun, serta suhu meningkat. Terjadi komplikasi fatal pada susunan saraf yang dikenal sebagai wernicke ensefalopati. Gejala yang dapat timbul seperti nistagmus, diplopia. Keadaan ini adalah

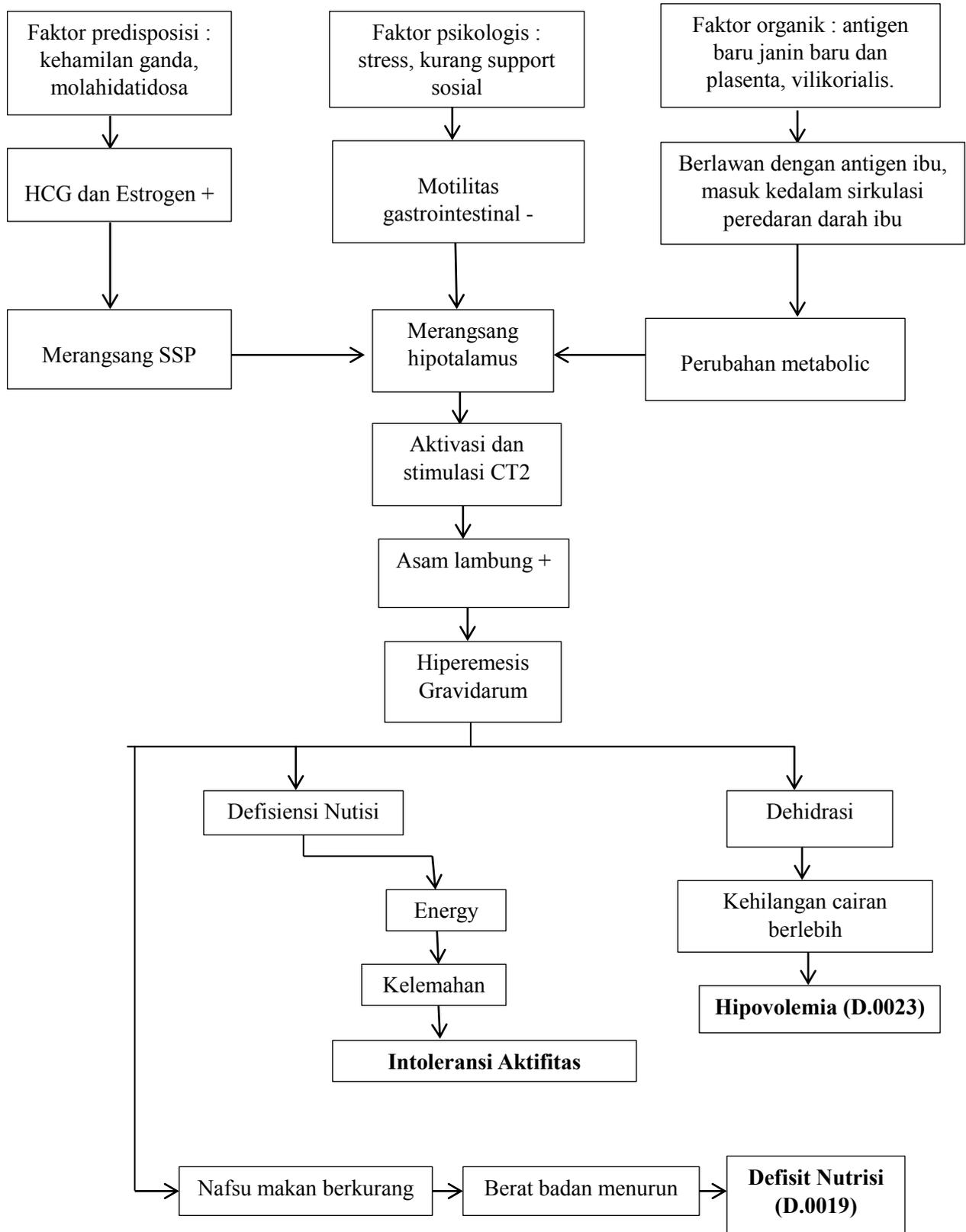
akibat sangat kekurangan zat makanan, termasuk vitamin kompleks.

Timbulnya penyakit kuning menunjukkan terjadinya gagal jantung.

2.1.4 Patofisiologi

Hiperemesis gravidarum merupakan komplikasi mual dan muntah awal kehamilan yang persisten, dapat menyebabkan dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit dengan *alkalosis hipokloremik*. *Hiperemesis gravidarum* dapat menghabiskan simpanan karbohidrat dan lemak untuk kebutuhan energi. Karena *oksidasi* lemak tidak sempurna, *ketosis* terjadi karena penumpukan asam *aseton-asetat*, asam *hidroksibutirat* dan *aseton* dalam darah. Kehilangan cairan saat minum atau melalui muntah menyebabkan dehidrasi dan penurunan cairan ekstraseluler dan plasma. Natrium dan klorida berkurang dalam urin. Selain itu, dapat juga terjadi *hemokonsentrasi* sehingga mengurangi aliran darah. Kekurangan kalium akibat muntah dan peningkatan ekskresi ginjal dapat meningkatkan frekuensi muntah, merusak hati dan membuat siklus sulit diputus. Selain dehidrasi dan ketidakseimbangan elektrolit, dapat juga terjadi laserasi pada mukosa *esofagus* dan lambung (*sindrom Mallory-Weiss*) sehingga menyebabkan perdarahan *gastrointestinal* dan mengalami defisit nutrisi (Sundari, 2020).

2.1.5 Pathway



Gambar 2.1 : Sumber : WOC Hiperemesis (2019) dari Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis yang dapat muncul meliputi mual muntah berlebih, kadang disertai diare, nyeri abdomen, penurunan berat badan signifikan, dehidrasi, membran mukosa kering, penurunan tekanan darah, peningkatan nadi, trugor kulit buruk dan hasil laboratorium menunjukkan ketidakseimbangan elektrolit (Perry *et al.*, 2014).

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Wahyuni (2018) penatalaksanaan untuk *Hiperemesis Gravidarum* dibagi menjadi terapi farmakologis dan terapi non farmakologis, penjelasannya sebagai berikut:

1) Terapi Farmakologis

(a) Pemberian Cairan Pengganti

Pada kasus *Hiperemesis Gravidarum*, jenis dehidrasi yang terjadi termasuk dalam dehidrasi karena kehilangan cairan (*pure dehydration*). Pemberian glukosa 5%-10% diharapkan dapat mengganti cairan yang hilang dan berfungsi sebagai sumber energi, sehingga terjadi perubahan metabolisme lemak dan protein dapat ditambahkan vitamin C, Vitamin B kompleks atau kalium yang diperlukan dalam melancarkan metabolisme.

(b) Medika Mentosa

Obat-obatan yang dapat diberikan diantaranya suplemen multivitamin, antihistamin, dopamine, antagonis, serotonin antagonis dan kortikosteroid. Vitamin yang dianjurkan adalah

vitamin B1 seperti pyridoxine (vitamin B6). Pemberian pyrixodine cukup efektif dalam mengatasi keluhan mual dan muntah. Anti histamine yang dianjurkan adalah doxylamine dan dipendyramine. Pemberian antihistamin bertujuan untuk menghambat secara langsung kerja histamine pada reseptor H1 dan secara tidak langsung memengaruhi system vestibular, menurunkan rangsangan dipusat muntah. Selama terjadi mual dan muntah, reseptor dopamine dilambung berperan dalam menghambat mobilitas lambung. Oleh karena itu diberikan obat dopamine antagonis. Dopamine antagonis yang dianjurkan diantaranya procholperazine, promethazine dan metocloperamide.

2) Terapi Non Farmakologis

(a) Terapi Nutrisi

Memberikan informasi dan edukasi tentang kehamilan, dengan tujuan mengurangi penyebab psikologis kecemasan, dengan cara mengkonsumsi makanan dalam jumlah sedikit, sering setiap 2 sampai 3 jam, minumlah air putih 30 menit sebelum makan dan 30 menit setelah makan, minumlah air 8 gelas setiap hari untuk menghindari dehidrasi, berdirilah pelan-pelan dan tidak berbaring seketika setelah makan. Pada saat bangun pagi, jangan segera turun dari tempat tidur tetapi disarankan untuk makan roti kering atau biscuit dengan teh hangat, menghindari bau yang menyengat, makan makanan

yang dingin karena makanan dingin memiliki bau yang lebih sedikit daripada makanan panas, kurangi makanan berminyak dan berlemak. Jika bau makanan mengganggu ketika memasak, cobalah untuk membuka jendela lebih lebar. Saat merasa nafsu makan jangan ragu untuk memakan makanan yang sangat diinginkan itu, makanan lebih banyak buah-buahan. *Morning sickness* akan bertambah buruk jika kelelahan, dianjurkan untuk meningkatkan waktu istirahat dan luangkan waktu untuk tidur beberapa saat pada siang hari.

(c) Isolasi

Penatalaksanaan terapi lainnya pada ibu hamil dengan *Hiperemesis Gravidarum* adalah dengan mengisolasi atau menyendirikan ibu dalam kamar yang tenang tetapi cerah dan dengan pertukaran udara yang baik. Tidak diberikan makanan atau minuman selama 24 - 28 jam. Terkadang dengan isolasi saja gejala-gejala akan berkurang atau hilang tanpa pengobatan.

(d) Terapi Psikologis

Perlu diyakinkan kepada ibu bahwa penyakit ketidaknyamanan tersebut dapat dihilangkan, yaitu dengan meminta ibu untuk menghilangkan rasa takut karena kehamilannya, mengurangi pekerjaan sehingga dapat menghilangkan masalah dan konflik yang mungkin saja

menjadi latar belakang penyakit ini.

(e) Penghentian Kehamilan

Pada sebagian kecil kasus, keadaan tidak menjadi baik, bahkan semakin buruk. Usahakan untuk melakukan pemeriksaan medis dan psikis bila terjadi kondisi demikian. Delirium, kebutaan, takikardi, ikterus, anuria dan perdarahan merupakan manifestasi komplikasi organik. Dalam keadaan demikian perlu dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Keputusan untuk melakukan *abortus* terapeutik sering sulit diambil, oleh karena itu disatu sisi tidak boleh dilakukan terlalu cepat, tetapi disisi lain tidak boleh menunggu sampai terjadi gejala irreversible pada organ vital.

2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Reny (2017) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada klien yang mengalami *Hiperemesis Gravidarum* adalah sebagai berikut:

1. USG (dengan menggunakan waktu yang tepat) : mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multiple, mendeteksi abnormalitas janin, melokalisasi plasenta.
2. Urinalis: kultur, mendeteksi bakteri, BUN
3. Pemeriksaan fungsi hepar: AST.ALT bertujuan untuk mengetahui inflamasi yang terjadi dalam tubuh biasanya menjadi indikasi adanya gangguan (inflamasi) pada hati dan kadar LDH bertujuan untuk mengetahui resiko penyakit hati.

2.1.9 Komplikasi

Menurut Saputri (2017) komplikasi yang sering terjadi pada klien yang mengalami *Hiperemesis gravidarum* adalah sebagai berikut:

- a. Dehidrasi berat
- b. Ikterik
- c. Takikardia
- d. Suhu meningkat
- e. Alkalosis
- f. Kelaparan
- g. Gangguan emosional yang berhubungan dengan kehamilan
- h. Menarik diri dan depresi

Dampak yang ditimbulkan dapat terjadi pada ibu dan janin, seperti ibu akan kekurangan nutrisi dan cairan sehingga keadaan fisik ibu menjadi lemah dan lelah selain itu mengakibatkan gangguan asam basa, pneumoni aspirasi, robekan mukosa yang menyebabkan rupture esophagus, kerusakan hepar dan kerusakan ginjal, ini akan memberikan pengaruh pada pertumbuhan dan perkembangan janin karena nutrisi yang tidak terpenuhi atau tidak sesuai dengan kehamilan, yang mengakibatkan peredaran darah janin berkurang (Wahid, 2017). Pada bayi, jika *Hiperemesis* ini terjadi hanya diawal kehamilan maka tidak akan berdampak terlalu serius, tapi jika disepanjang kehamilan Ibu mengalami *Hiperemesis gravidarum* maka kemungkinan bayinya mengalami Bayi Berat 20 Lahir Rendah (BBLR), *prematum* hingga terjadi *abortus*. Sebagaimana yang diketahui bahwa *Hiperemesis*

gravidarum menyebabkan darah menjadi kental (*hemokonsentrasi*) yang kemudian memperlambat peredaran darah sehingga konsumsi O₂ dan makanan menjadi berkurang, akibatnya pertumbuhan janin akan terhambat sehingga mendorong terjadinya terminasi kehamilan lebih dini (Safari, 2017).

2.2 Konsep Masalah Keperawatan

2.2.1 Pengertian Defisit Nutrisi

Defisit nutrisi adalah Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Etiologi Defisit Nutrisi

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) faktor penyebab terjadinya defisit nutrisi antara lain ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (mis: finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (mis: stress, keengganan untuk makan)

2.2.3 Manifestasi klinis

Tanda dan gejala menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2017) untuk masalah keperawatan dengan Defisit Nutrisi yaitu :

a) Gejala dan Tanda Mayor

1. Subjektif

(tidak tersedia)

2. Objektif

- a) Berat badan menurun minimal 10%

dibawah rentang ideal

Tanda dan gejala minor

1. Subjektif

- a) Cepat kenyang setelah makan
- b) Kram/nyeri abdomen
- c) Nafsu makan menurun

2. Objektif

- a) Bising usus hiperaktif
- b) Otot pengunyah lemah
- c) Otot menelan lemah
- d) Membran mukosa pucat
- e) Sariawan
- f) Serum albumin turun
- g) Rambut rontok berlebihan
- h) Diare

2.2.4 Penatalaksanaan Defisit Nutrisi

Dalam penatalaksanaan *Hiperemesis gravidarum* terdapat terapi farmakologi yaitu : suplemen, bantihistamin, dopamine antagonis, serotonin antagonis, Kortikosteroid, vitamin B1 dan B6, sedangkan therapy nonfarmakologi yaitu makan dalam jumlah sedikit tapi sering, makan makanan yang tinggi karbohidrat dan protein, sewaktu bangun tidur, hindari makanan yang berlemak, berminyak, minum yang cukup, pengobatan tradisional yaitu air tebu kombinasi dengan air jahe dan

istirahat (Wardani, 2020). Cairan dapat diberikan dalam keadaan darurat sehingga keadaan dehidrasi dapat diatasi. Cairan pengganti yang diberikan glukosa 5% sampai 10% dengan keuntungan dapat mengganti cairan 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 (Rini, 2021).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien

Meliputi nama, jenis kelamin, usia/tanggal lahir, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat, tanggal, jam masuk rumah sakit, nomor register dan diagnosa medis.

2. Riwayat Kesehatan

Keluhan utama Keluhan yang dirasakan klien biasanya datang kerumah sakit dengan keluhan mual dan muntah berapa kali dalam sehari, keluhan berlangsung hilang-timbul atau secara terus menerus, sejak kapan timbul keluhan mual dan muntah dan berapa lama berlangsung keluhan

3. Riwayat penyakit sekarang

Keluhan mual dan muntah berapa kali dalam sehari, keluhan berlangsung hilang-timbul atau secara terus menerus, sejak kapan

timbul keluhan mual dan muntah dan berapa lama berlangsung keluhan

- a) Riwayat penyakit dahulu meliputi riwayat penyakit yang diderita seperti maag yang dapat memicu mual dan muntah, riwayat kecelakaan, riwayat pernah dirawat dan operasi, riwayat alergi terhadap obat dan makanan, riwayat imunisasi.
- b) Riwayat penyakit keluarga meliputi genogram, riwayat kesehatan keluarga dulu dan saat ini
- c) Riwayat Obstetric dan Genekologi
- d) Riwayat pola Kebutuhan fungsi kesehatan
- e) Pola nutrisi dan metabolik (pola makan dan minum, perubahan pola makan dan minum setelah sakit, makanan pantangan, yang disukai, alergi dan dibatasi, kebiasaan mengkonsumsi vitamin atau obat penambah nafsu makan, keluhan makan dan minum, penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir, keluhan mual dan muntah dalam sehari, keluhan demam dan cairan yang masuk dalam sehari bila pasien terpasang infus)
- f) Pola eliminasi (pola BAB dan BAK meliputi jumlah, waktu, frekuensi, warna, keluar darah atau tidak, terpasang ileostomy/kolostomy dan adakah perubahan BAB dan BAK setelah sakit)
- g) Pola aktifitas dan latihan (kegiatan dalam pekerjaan, olahraga yang dilakukan (frekuensi dan jenis), keluhan dan kesulitan dalam aktifitas (pergerakan tubuh, perawatan diri, berhajat

(BAB/BAK), keluhan sesak napas saat beraktivitas dan keluhan mudah kelelahan, kebiasaan tidur (waktu, lama tidur dalam sehari) dan kesulitan tidur (mudah terbangun, insomnia, sulit memulai tidur)

h) Pola kognitif dan perseptual sensori (keluhan dengan kemampuan sensasi pada penglihatan dan pendengaran), kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, berbicara, mengambil keputusan dan memahami pesan yang diterima), keluhan sering pusing dan menurunnya menurun sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin), persepsi terhadap nyeri menggunakan pendekatan Paliatif, Quality, Regional, Skala, Time.

i) Pola seksual dan reproduksi (riwayat gangguan hubungan seksual, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, riwayat pemeriksaan fisik reproduksi seperti pap smear, usg eksternal dan internal)

4. Pemeriksaan Fisik(head to toe) :

a. Kesadaran (pada pasien *Hiperemesis Gravidarum* tingkat I kesadaran composmentis, tingkat II dengan kesadaran apatis, dan pada tingkat III dengan kesadaran somnolen hingga koma)

b. Penampilan (pasien tampak lemah dan lesu)

c. Vital sign meliputi tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, dan saturasi oksigen

d. Terjadi penurunan BB 6 bulan terakhir.Kepala (bentuk kepala,

- rambut, kulit kepala)
- e. Mata (kemampuan penglihatan, sklera ikterik/tidak ikterik, konjungtiva anemis/tidak anemis, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, penggunaan bantuan penglihatan)
 - f. Hidung (inspeksi bentuk, sekret, terdapat epistaksis/ tidak, cuping hidung, terdapat polip atau tidak, menggunakan alat bantu pernapasan dan palpasi nyeri tekan dan edema)
 - g. Telinga (bentuk, kemampuan pendengaran, serumen, terdapat infeksi atau tidak, terdapat lesi, pendarahan atau tidak, palpasi nyeri tekan dan edema)
 - h. Mulut dan tenggorokan (kesulitan bicara dan gangguan bicara, mukosa bibir, lesi, keadaan dalam mulut, palpasi terdapat nyeri tekan dan edema, terdapat caries gigi atau tidak, keadaan gigi, penggunaan gigi palsu, bau, keadaan lidah, stomatitis, kesulitan mengunyah, nyeri telan, posisi trakhea, terdapat edema dan pembesaran tonsil atau tidak)
 - i. Dada Jantung (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi jantung), paru-paru (inspeksi, palpasi, perkusi bunyi paru, auskultasi bunyi dan suara tambahan seperti wheezing atau ronkhi)
 - j. Abdomen (inspeksi kulit, warna kulit, bentuk, kesimetrisan pergerakan saat bernapas, linea alba, palpasi tinggi fundus uteri dan keadaan abdomen tegang saat mual dan muntah, perkusi, auskultasi bunyi peristaltik usus)
 - k. Genetalia (keadaan genetalia, terdapat luka dan infeksi atau

tidak, hemoroid dan terpasang kateter atau tidak)

- l. Ektremitas atas dan bawah (inspeksi kuku dan kulit, capillary refill normalnya kurang dari 2-3 detik, palpasi edema, kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan), kekuatan otot ektremitas bawah menurun, koordinasi gerak dan keseimbangan kurang, perlu dibantu orang lain ketika berjalan dan berdiri, kaji infus)
- m. Kulit (warna, hiperpigmentasi atau tidak, kondisi kulit, turgor kulit, lesi, edema dan nyeri tekan atau tidak).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) diagnosa yang sering muncul pada klien yang mengalami Hiperemesis Gravidarum, yaitu :

- a) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan (D0019)
- b) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (D0023)
- c) Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan (D.0056)

2.3.3 Intervensi Keperawatan

(SDKI) Diagnosa keperawatan	(SLKI) Kriteria hasil	(SIKI) Intervensi keperawatan
<p>Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan(D.0019). Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan Defenisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme Penyebab : 1) Ketidakmampuan menelan makanan</p>	<p>Status Nutrisi (L.03030) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 4 jam diharapkan defisit nutrisi teratasi dengan kriteria hasil: 1) Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2) Berat badan membaik 3) Indeks massa tubuh (IMT) membaik</p>	<p>Manajemen Nutrisi (1.03119) Defenisi : Mengidentifikasi dan mengelola asupan nutrisi yang seimbang Tindakan: Observasi 1) Identifikasi status nutrisi 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3) Identifikasi makanan yang disukai</p>

<p>2) Ketidakmampuan mencerna makanan</p> <p>3) Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient</p> <p>4) Peningkatan kebutuhan metabolisme</p> <p>5) Faktor ekonomi (mis. finansial, tidak mencukupi)</p> <p>6) Faktor psikologis (mis. stres, keengganan untuk makan)</p> <p>Gejala dan Tanda Mayor: Subjektif : Tidak tersedia Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal <p>Gejala dan Tanda Minor: Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cepat kenyang setelah makan 2) Kram / Nyeri abdomen 3) Nafsu makan menurun <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bising usus hiperaktif 2) Otot pengunyah lemah 3) Otot menelan lemah 4) Membran mukosa pucat 5) Sariawan 6) Serum albumin turun 7) Rambut rontok berlebihan 8) Diare 		<ol style="list-style-type: none"> 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6) Monitor asupan makanan 7) Monitor berat badan 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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 <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2) Ajarkan diet yang diprogramkan <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
<p>Hipovolemia berhubungan dengan Kehilangan Cairan Aktif (D0023) Kategori : Fisiologis Subkategori : Nutrisi dan Cairan Defenisi : Penurunan volume cairan intravascular, interstisial, dan atau/intraselular</p>	<p>Status Cairan (L.03028) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 4 jam diharapkan Hipovolemia teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kekuatan nadi meningkat 2) Turgor kulit meningkat 3) Output urine meningkat 4) Ortopena menurun 	<p>Manajemen Hipovolemia (1.03116) Defenisi : Mengidentifikasi dan mengelola penurunan volume cairan intravaskuler Tindakan : Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis:

<p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kehilangan cairan aktif 2) Kegagalan mekanisme regulasi 3) Peningkatan permeabilitas kapiler 4) kekurangan intake cairan 5) .Evaporasi <p>Gejala dan Tanda Mayor:</p> <p>Subjektif: Tidak tersedia</p> <p>Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Nadi teraba lemah 3) Tekanan darah menurun 4) Tekanan nadi menyempit 5) Turgor kulit menurun 6) Membran mukosa kering 7) Volume urin menurun 8) Hematokrit meningkat <p>Gejala ndan Tanda Minor:</p> <p>Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Merasa lemah 2) Mengeluh haus <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengisian vena menurun 2) Status mental berubah 3) Suhu tubuh meni ngkat 4) ngkat 5) Konsentrasi urin meningkat 6) Berat badan turun tiba tiba 	<ol style="list-style-type: none"> 5) Dispnea menurun 6) Paroxysmalnocturnal dyspnea (PND) menurun 7) Edema anasarka menurun 8) Edema perifer menurun 9) Frekuensi nadi membaik 10) Tekanan darah membaik 11) Tekanan nadi membaik 12) Membran mukosa membaik 13) Jugular venous pressure (JVP)membaik 14) Kadar Hb membaik 15) Kadar Ht membaik 	<p>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)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Hitung kebutuhan cairan 2) Berikan posisi modified Trendelenburg 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>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Aktivitas/Istiraha</p> <p>Defenisi : Ketidacukupan energi untuk melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>Penyebab :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen 2) Tirah baring 3) Kelemahan 4) Imobilitas 5) Gaya hidup monoton <p>Gejala dan Tanda Mayor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengeluh lelah <p>Objektif :</p>	<p>Toleransi Aktivitas (L.05047) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Intoleransi Aktivitas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Frekuensi nadi meningkat 2) Keluhan lelah menurun 3) Dispnea saat aktivitas menurun 4) Dispnea setelah aktivitas menurun 	<p>Manajemen Energi (1.05178)</p> <p>Defenisi : Mengidentifikasi dan mengelola penggunaan enegi untuk mengatasi atau mencegah kelelahan dan mengoptimalkan proses pemulihan</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

<p>1) Frekuensi Jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat</p> <p>Gejala dan Tanda Minor :</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea saat/setelah aktivitas 2) Merasa tidak nyaman setelah beraktivitas 3) Merasa lemah <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat 2) Gambaran EKG Menunjukkan aritmia saat/setelah aktivitas 3) Gambaran EKG menunjukkan iskemia 4) Sianosis 		<p>aktivitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan) 2) Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3) Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4) Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Anjurkan tirah baring 2) Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3) Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4) Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
--	--	---

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Suwignjo *et al.*, 2022). Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi : melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, berkerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri (Nursalam, 2016).

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Suwignjo et al., 2022). Dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi (Tokan & Sekunda, 2020).