BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Hiperemesis Gravidarum

1. Pengertian

   Hyperemesis gravidrum dalah mual muntah berlebihan selama masa kehamilan. Mual yang membahayakan ini dibedakan dari morning sickness normal yang umum dialami wanita hamil karena intesitasnya melebihi muntah normal dan berlangsung selama trimester pertama kehamilan (varney, 2017).

   Hyperemesis gravidarum adalah adalah mual muntah yang hebat dalam masa kehamilan yang dapat menyebabkan kekurangan cairan, penurunan berat badan atau gangguan elektrolit sehingga menggangu aktivitas sehari-hari dan membahayakan janin dalam kandungan. Pada umumnya terjadi pada minggu ke 6-12 masa kehamilan, yang dapat berlanjut hingga minggu ke 16-20 masa kehamilan (Kemenkes, 2017).

   Apa bila mengalami mual muntah yang berlebihan, sehingga dapat membahayakan kesehatan ibu maupun janin disebut hyperemesis gravidarum, hyperemesis gravidarum merupakan kehamilan patologis (Mochtar, 2011:35).

2. Etiologi

   Penyebab hyperemesis gravidarum belum diketahui secara pasti. Tidak ada bukti bahwa penyakit ini disebutkan oleh faktor toksik, juga tidak ditemukan kelainan biokimia. Perubahan-perubahan anatomi pada otak, jantung, hati dan susunan saraf, disebabkan oleh kekurangan vitamin serta zat-zat lain akibat inanisi. Menurut (khayati, 2013) terdapat beberapa faktor predisposisi dan faktor lainnya, yaitu :

   a. Faktor predisposisi : primigravida, overdistensi Rahim (hidramnion, kehamilan ganda, estrogen dan HCG tinggi, mola

hidatidosa), tingginya hormone progesterone, estrogen dan human choronic gonadotropin (hCG) dapat menjadi pencetus faktor terjadinya mual dan muntah. Peningkatan hormone progesterone menyebabkan otot polos pada system gastrointestinal mengalami relaksasi, hali itu mengakibatkan penurunan motilitas lambung sehingga pengosongan lambung melambat. Refluk esophagus, penurunan motilitas lambung dan penurunan sekresi dari asam hidroklorid juga berkontribusi terhadap terjadinya mual dan muntah. Selain itu hCG juga menstimulasi kelenjar tiroid yang dapat mengakibatkan mual dan muntah).

b. Faktor organic : masuknya vili khorialis dalam sirkulasi maternal, perubahan metabolic akibat kehamilan, resistensi yang menurun dari pihak ibu dan alergi.
c. Faktor psikologis : rumah tangga yang retak, hamil yang tidak diinginkan, takut terhadap kehamilan dan persalinan, takut terhadap tanggung jawab sebagai ibu dan kehilangan pekerjaaan, selain itu menurut (Jusuf CE, 2016) riwayat gestasi juga dapat mempengaruhi penyebab hyperemesis gravidarum, dimana ibu hamil yang mengalami mual dan muntah sekitar 60-80% pada (primigravida), 40-60% pada (multigravida).

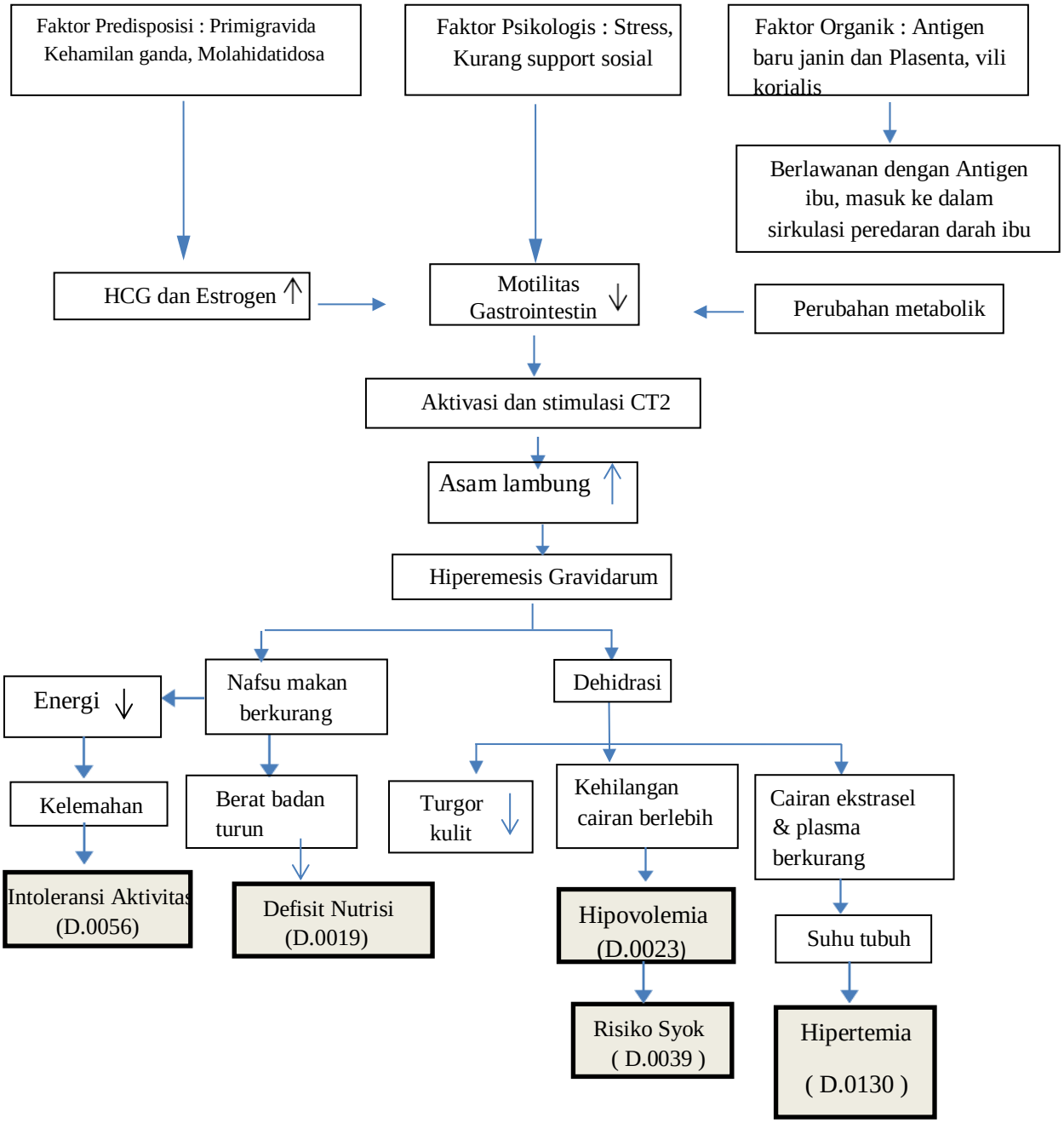
3. Patosiologi

Perasaan mual adalah akibat dari meningkatnya kadar estrogen yang biasa terjadi pada trimester 1. Bila muntah terjadi terus menerus maka akan mengakibatkan cadangan karbohidrat dan lemak habis terpakai untuk keperluan energy. Karna oksidasi lemak yang tidak sempurna, terjadilah proses ketosis dengan timbulnya asam aseto-asetik, asam hidroksida butirik dan aseton darah. Muntah menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraseluler dan plasma berkurang. Natrium dan klorida darah turun. Selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi, sehingga aliran darah kejaringan berkurang. Hal ini menyebabkan jumlah zat makanan dan oksigen kejaringan berkurang serta tertimbunya zat metabolik yang toksik. Selain dehidrasi dan

gangguan keseimbangan elektrolit. Dapat terjadi robekan pada selaput lender esophagus dan lambung, dengan akibat perdarahan gastrointestinal.

Proses terjadinya penyakit dan gejala yang timbul serta keluhan yang dirasakan dapat digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut

Bagan 2.1
Pathway Hiperemesis Gravidarum
Sumber : Dzikirullah Rizki (2013), WOC Hiperemesis (2019) dan tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017)



4. Tanda dan Gejala

   Tanda gejala hyperemesis gravidarum menurut (Khayati, 2013)

   Gejala utama hyperemesis gravidarum adalah mual dan muntah saat hamil, yang biasa terjadi hingga lebih dari 3-4 kali sehari. Kondisi ini bisa sampai mengakibatkan hilangnya nafsu makan dan penurunan berat badan. Muntah yang berlebihan juga dapat menyebabkan ibu hamil merasa pusing, lemas, dan mengalami dehidrasi.

   a. Tingkat I
      1) Muntah terus menerus
      2) Ibu merasa lemah,
      3) Nafsu makan tidak ada,
      4) Berat badan menurun,
      5) Dan merasa nyeri pada epigastrium.
      6) Nadi meningkat sekitar 100/menit,
      7) Tekanan darah sistolik menurun,
      8) Turgor kulit menurun,
      9) Lidah mengering dan mata cekung.
   b. Tingkat II
      1) Penderita tampak lebih lemas dan apatis,
      2) Turgor kulit lebih menurun,
      3) Lidah mengering dan tampak kotor,
      4) Nadi kecil dan cepat,
      5) Suhu kadang-kadang naik
      6) Mata sedikit ikterus.
      7) Berat badan turun
      8) Mata menjadi cekung,
      9) Tensi turun,
      10) Hemokosentrasi,
      11) Oliguria
      12) Konstipasi.

13) Aseton dapat tercium dalam bau pernapasan, karena mempunyai aroma khas dan dapat pula ditemukan dalam kencing.

c. Tingkat III
   1) Keadaan umum lebih buruk,
   2) muntah berhenti,
   3) kesadaran menurun dari somnolen sampai dengan koma,
   4) nadi kecil dan cepat,
   5) suhu meningkat
   6) tensi menurun.
   7) Komplikasi fatal terjadi pada susunan saraf yang dikenal sebagai Echehalopathy Wernicke dengan gejala nistagmus, diplopia, dan perubahan mental. Keadaan ini terjadi akibatdefisiensi zat makanan, termasuk vitamin B kompleks. Timbulnya ikterus menandakan adanya gangguan hati.

5. Pemeriksaan penunjang Hiperemesis Gravidarum

   Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hyperemesis gravidarum menurut (Nurarif & kusuma,2016) :

   a. USG (dengan menggunakan waktu yang tepat) : mengkaji usia gestasi janin dn adanya gestasi multiple, mendeteksi abnormalitas janin, melokalisasi plasenta.
   b. Urinalisis : Kultur,mendteksi bakteri, BUN
   c. Pemeriksaan fungsi hepar : AST, ALT, dan kadar LDH

6. Penatalaksanaan Hiperemesis Gravidarum

   Penatalaksanaan yang dapat diberikan pada kasus hiperemesis gravidarum menurut : (Khayati, 2013) yaitu dengan cara :

   a. Memberikan penerangan tentang kehamilan dan persalinan sebagai suatu proses yang fisiologik.
   b. Memberikan keyakinan bahwa mual dan kadang-kadang muntah merupakan gejala yang fisiologik pada kehamilan muda dan akan hilang setelah kehamilan 4 bulan.

c. Menganjurkan mengubah makan sehari-hari dengan makanan dalam jumlah kecil tapi sering.
d. Menganjurkan pada waktu bangun tidur pagi jangan segera turun dari tempat tidur, terlebih dahulu makan roti kering atau biscuit dengan teh hangat.
e. Makan berminyak dan berbau lemak sebaiknya dihindari.
f. Makanan disajikan dalam keadaan panas atau sangat dingin.
g. Menghindari kekurangan karbohidrat merupakan faktor penting, dianjurkan makan makanan yang banyak mengandung gula.

Apa bila dengan cara diatas keluhan dan gejala tidak berkurang, maka diperlukan seperti :

a. Obat- obatan
   1.) Sedative : Phenobarbital
   2.) Vitamin : Vitamin B1 dan B6 atau B kompleks
   3.) Anti histamine : Dramamin, avomin
   4.) Anti ametik (pada keadaan lebih berat) : Dlisikomin hidrokloride atau khlorpromasine.
   5.) Penanganan hyperemesis gravidarum yang lebih berat perlu dikeloal di rumah sakit.

b. Terapi cairan

   Klien dengan kasus hyperemesis grevidarum dengan muntah yang sering hingga menyebabkan dehidrasi dan turunnya berat badan harus segera mendapatkan terapi cairan. Pada kasus hyperemesis gravidarum, jenis dehidrasi yang terjadi termasuk dalam dehidrasi karena kehilangan cairan. Maka tindakan yang dilakukan rehidrasi yaitu mengganti cairan tubuh yang hilang. Cara yang dapat digunakan untuk menghitung jumlah cairan rehidrasi

   1) Berdasrkan klinis dehidrasi, apakah ada rasa haus dan tidak ada tanda klinis dehidrasi, maka kehilangan cairan diperkirakan sebesar 2%, contohnya jika berat badan klien 50kg maka deficit air sekitar 1000ml. bila terdapat terasa haus, oliguria, dan mulut kering, maka diperkirakan terjadi

deficit sebesar 6% atau 3000ml. Bila ada tanda-tanda di atas ditambah perubahan mental deficit sekitar 7%-14% atau sekitar 3,4-7 liter.

2) Berdasarkan pengukuran BB setiap hari. Kehilangan BB 4kg pada fase akut sama dengan deficit air 4 liter. Rencana rehidrasi sebaiknya dikaitkan dengan jumlah cairan yang dibutuhkan selama 24 jam berikutnya, yaitu menjumlahkan deficit cairan dengan 200ml. Bila klien mau minum maka air yang diberikan peroral, namun bila terdapat kesulitan maka rehidrasi diberikan per-infus.

c. Isolasi

Penderita disendirkandidalam kamar yang tenang, cerah dan memilik peredaran udara yang baik. Sebaiknya hanya dokter dna perawat saja yang diperbolehkan untuk keluar masuk kamar tersebut. Catat cairan yang keluar dan masuk. Pasien tidak diberikan makan ataupun minum selama 24 jam. Biasanya dengan isolasi sja gejala-gejala akan berkurnag atau hilang tanpa pengobatan.

d. Terapi psikologik

Perlu di yakinkan pada pasien bahwa penyakitnya dapat disembuhkan. Hilangkan rasa takut karena kehamilan dan persalinan karena itu merupakan proses fisiologis, kurangi pekerjaan serta menghilangkan masalah dan konflik lainnya yang melatar belan[kangi penyakit ini. Jeleskan juga bahwa mual dna muntah adalah gejala yang normal terjadi pada kehamilan muda, dan akan menghilang setekah kehamilan 4 bulan.

e. Terapi nutrisi

Pada kasus hyperemesis gravidarum jalur pemberian nutria tergantung pada derajat muntah, adanya deplesi nutrisi dan penerimaan penderita terhadap rencana pemberian makan. Pada prinsipnya bila memungkinkan saluran cerna harus digunakan.

Bila peroral menemui hambatan dicoba untuk menggunakan nasogastric tube (NGT).

B. Konsep Kebutuhan Cairan dan Elektrolit

Menurut Abraham Maslow didalam (Mubarak & cahyati 2008) Membagi kebutuhan dasar manusia kedalam lima tingkatan berikut :

1. Kebutuhan Fisiologis
   a. Kebutuhan akan makanan dan minum
   b. Kebutuhan tempat berteduh
   c. Kebutuhan tidur
   d. Kebutuhan oksigen
   e. Kebutuhan sandang, pangan dan papan
2. Kebutuhan Rasa aman
   a. Fisik
   b. Stabilitas
   c. Ketergantungan
   d. Perlindungan
   e. Kebebasan dari kriminilitas, perang, terorisme, penyakit, rasa takut, cemas, bahaya, kerusuhan dan bencana alam.
3. Kebutuhan akan rasa cinta dan kasih
   a. Bersahabat
   b. Memiliki pasangan dan keturunan
   c. Keluarga
4. Kebutuhan akan penghargaan (Harga Diri)
   a. Status
   b. Pengakuan
   c. Perhatian
   d. Reputasi
   e. Apresiasi
   f. Keyakinan
   g. Kompetensi
   h. prestasi

5. Kebutuhan akan aktualisasi diri

   Kebutuhan yang tidak melibatkan keseimbangan,tetapi melibatkan keinginan yang terus menerus untuk memenuhi potensi.

Kebutuhan fisiologis memiliki prioritas tertinggi dalam hierarki Maslow, pada pasien dengan hyperemesis gravidarum biasanya mengalami gangguan kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan cairan dan elektrolit.

Mual dan muntah pada hyperemesis 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 ditanganni dan terus berlanjut, maka pasien dapat mengalami syok dan dapat menghambat tumbuh kembang janin.

Regulasi cairan dalam tubuh meliputi hubungan timbal balik antara sejumlah kompenen, termasuk air dalam tubuh dan cairannya, bagian-bagian cairan, ruang cairan, membra, system transport, dan enzim. Sirkulasi cairan dan elektrolit terjadi dalam 3 tahap. Pertama, plasma darah bergerak keseluruh tubuh melalui system sirkulasi. Kedua, cairan intestisial dan kompenennya bergerak diantara kapiler darah dan sel. Ketiga, cairan dan substansi bergerak dari cairan intestisial ke dalam sel.

Pengaturan keseimbangan cairan terjadi melalui mekanisme haus, anti deuritik hormone (ADH). Hormone aldesteron, prostaglandin dan glukokortikoit. Faktor-faktor yang mempengaruhi keseimbangan cairan elektrolit antara lain:

a. Usia,
b. Temperature lingkungan
c. Kondisi stress
d. Keadaan sakit
e. Diet

1) Menghitung keseimbangan cairan
   a) Intake = output cairan keluar + IWL (Insesibel Water Loss)
      Intake : mulai dari cairan infus, minum, kandungan cairan dalam makanan pasien, volume obat obatan, termasuk obat suntik, obat yang di drip, albumin dll.
   b) Output : urine dalam 24 jam, jika pasien dipasang kateter maka hitung dalam ukuran di urinbag, jika tidak terpasang maka pasien harus menampung urinenya sendiri, biasanya ditampung di gelas atau botol air mineral dengan ukuran 1,5 liter, kemudian feses.
   c) IWL : jumlah cairan keluarnya tidak disadari dan sulit di hitung, yaitu jumlah keringat,dan uap hawa napas, Rumus IWL { (15 x BB) 24 jam }
   d) Balance Cairan = Cairan Masuk – Cairan Keluar

2) Menghitung kebutuhan cairan
   Sesuai dengan rumus Holliday dan Segard
   10 Kg pertama : 100/KgBB
   10 Kg kedua : 50/KgBB
   >>10 Kg : 20 x sisa BB

Kekurangan intake dan kehilangan cairan karena muntah dapat menyebabkan dehidrasi, sehingga cairan ekstraselular dan plasma berkurang. Natrium dan klorida dalam darah maupun dalam urine turun, selain itu dehidrasi menyebabkan hemokonsentrasi sehingga menyebabkan aliran darah kejaringan berkurang. Keadaan dehidrasi dan intake yang kurang dapat mengakibatkan penurunan berat badan.

C. Asuhan Keperawatan Gangguan Kebutuhan Cairan

1. Pengkajian
   a. Data Subjektif
      Nausea dan vomitus merupakan tanda dan gejala utama. Pasiesn tidak bisa menahan makanan dan kehilangan berat badan. Beberapa

pasien mengeluh air liurnya berlebihan/hipersaliva. Riwayat Haid : sebagian besar klien sadar akan haid yang tidak datang dan mengetahui bahwa mereka hamil. Tetapi kadang-kadang pasien tidak dapt memberikan informasi yang penting ini sehingga mengaburkan diagnosis.

b. Data Objektif

Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Umum

Kulit dan membran mukosa sering tampak kering dan turgor menurun. Pasien dapat menjadi kurus. Voitus yang iritatif dapat membuat erosi pada bibir dan wajah, lidah tampak merah, kering, dan pecah-pecah. Faring kering dan merah, dan pernapasan berbau busuk dengan bau seperti buah-buahan yang khas untuk ketoasidosis. Takikardi dan hipotensi dapat menunjukan dehidrasi hipovolemia. Pada penyakit yang berat dan berkepanjangan, aberasi mental,delirium, sakit kepala, stupor dan koma dapat terjadi

2) Pemeriksaan abdomen

Terdapat rasa sakit dihepar, temuan ini biasanya normal ditemukan.

3) Pemeriksaan pelvis

Uterus lunak dan membesar sesuai dengan umur gestasi

2. Pengkajian Fokus

a. Aktifitas istirahat ;

Tekan darah sistol menurun, denyut nadi meningkat >100 kali/menit

b. Integritas ego ;

Konflik interpersonal keluarga, kesulitan ekonomi, perubahan persepsi tentang kondisinya, kehamilan tidak direncanakan

c. Eliminasi ;

Perubahan pada konsistensi,defekasi,peningkatan frekuensi berkemih,peningkatan konsentrasi urine

d. Makanan/cairan ;

Mual dan muntah yang berlebihan (4-8 minggu masa kehamilan), nyeri epigastrium, pengurangan berat badan (5-10 kg), membrane mukosa mulut iritasi dan merah, Hb dan Ht rendah, napas berbau aseton, turgor kulit berkurang, mata cekung dan lidah kering.

e. Pernafasan ;

Frekuensi pernapasan meningkat

f. Keamanan ;

Suhu kadang naik, badan lemah, ikterus dan resiko jatuh rendah

g. Seksualitas ;

Penghentian menstruasi, bila keadaan ibu membahayakan maka dilakukan abortus terapeutik

h. Interaksi social ;

Perubahan status kesehatan/stressor kehamilan, perubahan peran, respon anggota keluarga yang dapat bervariasi terhadap hospotalisasi dan sakit, system pendukung yang kurang.

i. Pembelajaran dan penyuluhan ;

Segala yang dimakan dan diminum di muntahkan, apalagi kalau berlangsung lama, berat badan turun 50% dari berat badan.

3. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada penyakit hiperemesis gravidarum menurut (Nurarif & Kusuma, 2016) :

a. USG (dengan menggunakan waktu yang tepat) : mengkaji usia gestasi janin dan adanya gestasi multipel, mendeteksi abnormalitas janin, melokalisasi plasenta
b. Urinalisis : kultur, mendeteksi bakteri,BUN
c. Pemeriksaan fungsi hepar : AST, ALT dan kadar LDH

4. Diagnosa Keperawatan

   Diagnose keperawatan yang kemungkinan dapat ditegakkan pada kasus hyperemesis gravidarum Sesuai dengan SDKI adalah :

   a. Hipovolemia adalah penurunan volume cairan intravaskuler,interstisiel, dan/atau intraseluler. Hal ini dapat terjadi oleh karena banyaknya Faktor penyebab yaitu, kehilangan cairan aktif (muntah). Adapun tanda dan gejala yang mendukung diagnose tersebut adalah Tanda Minor, merasa lemah dan mengeluh haus. Tanda Mayor, frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun.
   b. Defisit Nutrisi adalah asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme. Hal ini dapat terjadi oleh karena banyaknya Faktor penyebab salah satunya yaitu, faktor fisiologis (keengganan untuk makan). Adapun tanda dan gejala yang mendukung diagnose tersebut adalah Tanda Minor, kram/nyeri pada abdomen, nafsu makan menurun. Tanda Mayor, berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, bising usus hiperaktif, otot mengunyah lemah, otot menelan lemah, membrane mukosa pucat
   c. Resiko Syok yaitu berisiko mengalami ketidakcukupan aliran darah ke jaringan tubuh, yang dapat mengakibatkan disfungsi seluler yang mengancam jiwa. Hal ini dapat terjadi oleh karena banyaknya Faktor risiko salah satunya yaitu, kekurangan volume cairan.
   d. Hipertermia adalah suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh. Adapun tanda dan gejala yang mendukung diagnosa tersebut adalah Tanda Mayor, suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat.
   e. Intoleransi aktivitas adalah ketidakcukupan energy untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Hal ini dapat terjadi oleh banyak faktor penyebab salah satunya adalah, kelemahan. Adapun tanda dan gejala yang mendukung diagnose tersebut adalah Tanda Minor, mengeluh lelah, dipsnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak

Nyaman setelah aktivitas, merasa lemah. Tanda Mayor, Frekuensi jantung meningkat. 20% dari kondisi terkait, Tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, gambaran ekg, menunjukan aritmia saat atau setelah beraktivitas, gambaran ekg menunjukan iskemia,sianosis.

5. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnose keperawatan. Dalam menyusun perumusan masalah ini harus menggunkan standar. Perencanaan yang disusun terdiri dari : perencanaan tujuan (outcome) dan perencanaan tindakan (interventions), standar perencanaan dalam keperawatan adalah diantaranya, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI).

Table 2.1

Rencana Keperawatan Pada Ny. S Dengan Gangguan Kebutuhan Pemenuhan Cairan pada Kasus Hyperemesis Gravidarum Di Ruang Kebidanan Tanggal 8-10 Maret 2021

(Berdasarkan Buku SDKI, SLKI, SIKI,)

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1	*2*	*3*	*4*
1	Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif (muntah)	**Status Cairan (L.03028)** Setelah dilakukan intevensi selama 3x8 jam maka status cairan membaik dengan kriteria hasil : - Membran mukosa lembab meningkat - Perasaan lemah menurun - Rasa haus menurun - Tekanan darah membaik - Turgor kulit membaik	**Manajemen Hipovolemia (I.03116)** **Observasi** - Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun,tekanan nadi meningkat, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun,hematocrit meningkat, haus, dan lemah) **Terapeutik** - Hitung kebuthan cairan - Berikan posisi modified Trendelenburg - Berikan asupan cairan oral **Edukasi** - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl, RL) - Kolaborasi pemberian cairan IV hipotonis (glukosa 2,5%, NaCl

1	*2*	*3*	*4*
			- 0,4%) Kolaborasi pemberian cairan koloid (mis. albumin, plasmanate)
			- Kolaborasi pemberian produk darah **Pemantauan Cairan (I.03121)** **Observasi** - Monitor frekuensi dan kekuatan nadi - Monitor frekuensi napas - Monitor tekanan darah - Monitor berat badan - Monitor waktu pengisian kapiler - Monitor elastisitas turgor kulit - Monitor jumlah,warna, dan berat jenis urine - Monitor kadar albumin dan protein total - Monitor intake dan output cairan - Identifikasi faktor risiko ketidak seimbangan cairan (mis. prosedur pembedahan mayor, trauma perdarahan, luka bakar, aferesis, obstruksi intestinal, peradangan pancreas, penyakit ginjal dan kelenjar, disfungsi intestinal.) **Terapeutik** - Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien - Dokumentasikan hasil pemantauan **Edukasi** - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Informasikan hasil pemantauan
2	Defisit Nutrisi berhubungan dengan	**Status Nutrisi** (L.03030)	**Manajemen Nutrisi (I.03119)** - Identifikasi makanan yang disukai

1	*2*	*3*	*4*
	Faktor fisiologis keengganan untuk makan	Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam maka,status nutrisi membaik dengan kriteria hasil ; - Porsi makan yang di habiskan meningkat - Nyeri abdomen menurun - Berat badan membaik - Nafsu makan membaik	- Memonitor asupan makanan - Monitor berat badan - Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai - Kolaborasipemberian medikasi sebelum makan (pereda nyeri) - Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik - Memonitor asupan makanan - Monitor berat badan - Monitor hasil pemeriksaan laboratorium **Terapeutik** - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. piramida makanan) - Sajikan makanan yang menarik dan suhu yang sesuai - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan suplemen makanan - Hentikan pemberian makanan melalu selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi **Edukasi** - Anjurkan posisi duduk - Ajarkan program diet yang di programkan **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (pereda nyeri) - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

1	*2*	*3*	*4*
3.	Risiko Syok ditandai dengan kekurangan volume cairan	**Tingkat Syok (L.03032)** setelah dilakukan intervensi 3x8 jam maka, tingkat syok menurun dengan kriteria hasil : - Akral dingin menurun - Pucat menurun - Output urine meningkat	**Pencegahan syok (I.02068)** **Observasi** - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) - Monior status cairan (turgor kulit, masukan dan haluaran, CRT) - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil - Periksa riwayat alergi **Terapeutik** - pasang jalur IV - Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi **Edukasi** - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari alergen - Jelaskan penyebab/faktor risiko syok - Jelakan tanda dan gejala syok **Kolaborasi** - Kolaborasi pemberian IV - Kolaborasi pemberian transfuse darah
4.	Hipertermia berhubungan dengan dehidrasi	**Termoregulasi (L.13134)** Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam maka, termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : Suhu tubuh membaik	**Manajemen hipertermia (I.15506)** **Observasi** - identifikasi penyebab hipertermia (misl. Dehidrasi) - monitor suhu tubuh - monitor kadar elektrolit - monitor haluaran urine **Terapeutik** - sediakan lingkungan yang dingin - longgarkan atau lepas pakaian

1	*2*	*3*	*4*
			- basahi dan kipasi permukaan tubuh **Edukasi** - anjurkan tirah baring **Kolaborasi** kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
5.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan	**Tolerasi aktivitas (L.05047)** Setelah dilakukan intervensi selama 3x8 jam maka, toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : - Keluhan lelah menurun - Dipsnea saat aktivitas menurun - Dipsnea setelah aktivitas - Dipsnea setelah aktivitas menurun	**Manajemen Energi (I.05178)** **Observasi** - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama aktivitas **Terapeutik** - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara dan kunjungan **Edukasi** - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap

6. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi, status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan dan pengobatan dan tindakan untuk memperbaiki kondisi dan pendidikan klien, keluarga atau tindakan ynag mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

7. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan dalam proses keperawatan, pada tahap evaluasi ini dilakukan kembali pengkajian ulang mengenai respon pasien terhadap tindakan yang sudah diberikan oleh perawat. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menetukan apakah rencana keperawatan bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan.