

BAB II

TINJAUAN KASUS

2.1. Konsep Dasar Demam Thyroid

2.1.1. Definisi Demam Thyroid

Demam Thyroid masih merupakan masalah kesehatan yang penting di berbagai negara, terutama di negara berkembang. *Salmonella thypi* mampu hidup dalam tubuh manusia, karena manusia sebagai *natural reservoir* manusia yang sudah terinfeksi *salmonella thypi* mampu mengekresikan melalui secret saluran pernapasan, urine dan tinjau dalam jangka yang sangat bervariasi (Sokidin 2017)

Demam thyroid atau *typhoid fever* adalah suatu sindrom systemic terutama disebabkan oleh *salmonella thypi*. Demam typhoid merupakan jenis terbanyak dan *salmonellosis*. Jenis lain dari demam enteric adalah demam para typhoid yang disebabkan oleh *S. parathypi A*, *S. scottmulleri* (semula *S. parathypi B*) dan *S. hirschfeldii* (semula *S. parathyp C*) Demam *typhoid* memperlihatkan gejala lebih berat dibandingkan demam enteric yang lain (Widagdo 2011)

Demam thyroid adalah penyakit infeksi akut usus halus yang oleh kuman salmonella thypi (Wijaya putri 2013) selanjutnya demam typhoid penyakit infeksi akut yang biasanya mengenai saluran pencernaan dengan gejala demam lebih dari 7 hari, gangguan kesadaran dan saluran pencernaan.

Demam thypoid adalah sebuah penyakit infeksi pada usus yang menimbulkan gejala-gejala sistematis yang disebabkan oleh *salmonella thyposa*, *salmonella parathypi A, B dan C* penularan terjadi secara fekal oral melalui makanan atau minuman yang terkontaminasi, sumber infeksi terutama 'carrier' ini mungkin penderita yang sedang sakit ("carrier akut"), "carrier" menahun yang terus mengeluarkan kuman melalui ekskreta tetapi tidak pernah sakit, penyakit ini endemik di Indonesia. (Wijaya- Putri, 2013).

Kelompok penyakit menular ini merupakan penyakit yang mudah menular dan dapat menyerang banyak orang sehingga dapat menimbulkan wabah. Factor – factor yang mempengaruhi adalah daya tahan tubuh, higienitas, umur, dan jenis kelamin. Infeksi demam tifoid ditandai dengan bakteri perubahan pada *system retikuloen dotelial* yang *bersifat difus*, pembentukan mikroabses, dan ulserasi plaque peyeri di distal ileum.

2.1.2. Etiologi

Etiologi demam thypoid adalah *salmonella thypi*, *salmonella parathypi A*, *salmonella parathypi B*, *salmonella parathypi C* (dalam Wijaya – putri, 2013), penyakit ini disebabkan oleh infeksi kuman *salmonella typhosa* yang merupakan kuman negatif, motil dan tidak menghasilkan spora, kuman ini dapat hidup baik sekali pada tubuh manusia maupun yang lebih rendah sedikit serta mati pada 70 °C maupun oleh antiseptik sampai saat ini diketahui bahwa kuman ini hanya menyerang manusia. *Salmonella typhosa* mempunyai 3 macam yaitu

1. Antigen O :Ohne hause so mati antigen (tidak menyebar)

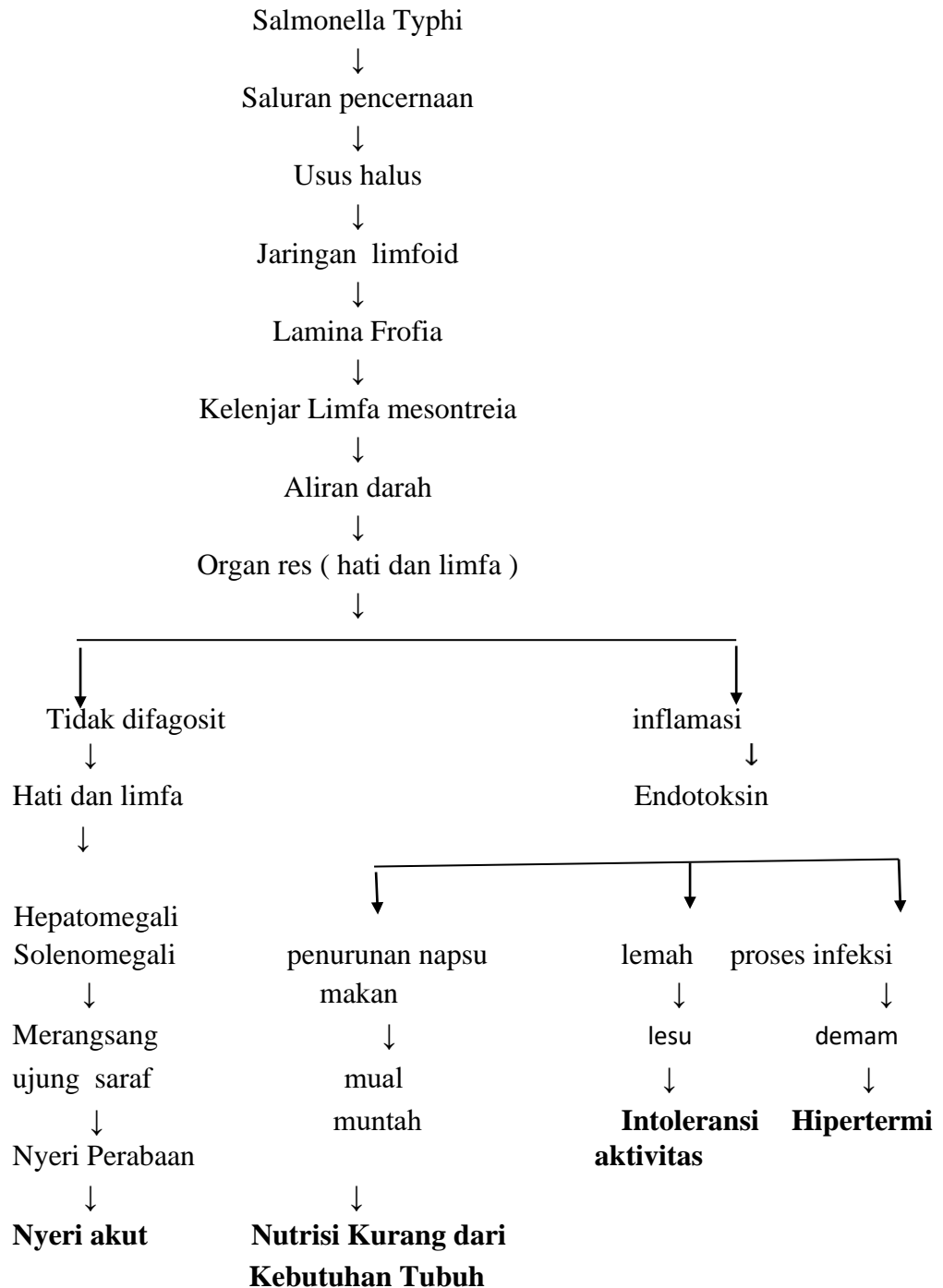
2. Antigen H :hause (menyebar) terdapat pada terdapat pada flagella dan bersifat termorabil.
3. Antigen VI :kapsul merupakan kapsul yang meliputi tubuh kuman dan melindungi O antigen teradapat fagositosis.

2.1.3. Patofisiologi

Penularan bakteri *salmonella thypi* dan *salmonella parathypi* terjadi melalui makanan dan minuman yang tercemar serta tertelan melalui mulut. Sebagian bakteri di musnakan oleh asam lambung ,bakteri yang dapat melewati lambung kemudian berkembang.

Apabila respon imunitas humoral mukosa (*imonoglobilin A*) usus kurang baik maka bakteri akan menembus sel- sel epitel (terutama sel M) dan selanjutnya ke *lamina proina* bakteri berkembang biak dan di telan oleh sel – Selmagrofag kemudian di bawa ke plaques payeri di ilium distal. Selanjutnya kelenjar getah bening mesenterika melalui dukustorsikus, bakteri yang terdapat didalam diafragma masuk kedalam sirkulasi darah mengakibatkan bakteri remia pertama yang asimtomatik atau tidak menimbulkan gejala, selajutnya menyebar keseluruhan organ *retikuloendotelia* tubuh terutama hati di organ ini bakteri meninggalkan sel-sel fagosit dan berkembangbiak di luarselatauruang sinusoid, kemudian masuk lagi kedalam sirkulasi darah dan menyebabkan bacteremia kedua yang simtomatik, menimbulkan gejala dan tanda penyakit infeksi sistematik (Widodo djoko 2009)

2.1.4 Pathway Teori



Sumber: Moorhead dan Sue. Nursing Outcomes Classification (NOC). Edisi

5. Bandung: Salemba Medika. h. 122-9

2.1.5. Manifestasi klinik

Menurut Wijaya- Putri (2013) masa inkubasi rata- rata 2 minggu, gejala timbul tiba- tiba atau berangsur- angsur. Penderita cepat Lelah, malaise, anoreksia sakit kepala, rasa tidak enak di perut dan nyeri seluruh badan. Demam umumnya berangsur- angsur naik selama minggu pertama, demam terutama pada sore hari dan malam hari (bersifat *febris remiten*). Pada minggu- minggu kedua dan ketiga demam terus menerus tinggi (*febris kontinu*), kemudian turun secara alisis, demam ini tidak hilang dengan pemberian Antipiretik, tidak ada menggigil dan tidak ada keringat kadang- kadang di sertai epistatik, kemudian gangguan gastroin testinal, bibir kering dan pecah- pecah lidah kotor, berselaput putih dan pinggirnya hiperemisis perut agak kembang dan kemudian nyeri tekan, limpa membesar lunak dan nyeri pada peranakan dan pada permulaan penyakit umumnya terjadi diare, kemudian terjadi opstipasi, kesadaran penderita menurun dari ringan sampe berat, umumnya apatis (seolah- olah berkabut, Typhos : kabut)

Masa inkubasi 7- 14 Hari selama masa inkubasi mungkin di temukan gejala prodromal berupa rasa tidak enak badan. Pada kasus khas terdapat demam remiten pada minggu pertama, biasanya menurun pada pagihari dan meningkat pada sore hari dan malam hari. Dalam minggu kedua biasanya pasien berada pada keadaan demam, yang turun secara berangsur- angsur pada minggu ketiga (Wijaya- Putri 2013)

Gejala klinis demam thypoid pada anak biasanya lebih ringan jika di bandingkan penderita dewasa. Masa inkubasi rata- rata 10-20 hari. Yang tersingkat 4 hari jika infeksi melalui makanan yang terlama 30 hari. Selama masa inkubasi di temukan gejala prodromal, dan tidak bersemangat, kemudian menyusul gejala klinis yaitu:

1) Demam

Pada kasus yang khas demam berlangsung 3 minggu, bersifat febrisremiten dan suhu tidak tinggi sekali. Selama seminggu pertama, suhu tubuh berangsur-angsur naik setiap hari, biasanya menurun pada pagi hari dan meningkat lagi pada sore hari dan malam hari. Dalam minggu ke dua, pasien terus berada dalam keadaan demam. Pada minggu ketiga, suhu berangsur-angsur turun dan normal kembali pada akhir minggu ketiga.

2) Gangguan pada saluran pencernaan

Pada mulut terdapat nafas berbau tidak sedap, bibir kering, dan pecah-pecah (ragaden), lidah tertutup selaput putih kotor (coated tongue), ujung dan tepinya kemerahan, jarang disertai tremor. Pada abdomen dapat ditemukan keadaan perut kembung (*meteorismus*), hati dan limpa membesar disertai nyeri pada perabaan. Biasanya sering terjadi konstipasi tetapi juga dapat terjadi diare atau normal

3) Gangguan kesadaran

Umumnya kesadaran pasien menurun walaupun tidak dalam yaitu apatis sampai samnolen, jarang terjadi sopor, koma atau gelisah kecuali penyakitnya berat dan terlambat mendapatkan pengobatan. Di samping gejala tersebut mungkin terdapat gejala lainnya. Pada punggung dan anggota gerak dapat ditemukan roseola yaitu bintik-bintik kemerahan karena emboli basil dalam kapiler kulit yang dapat ditemukan pada minggu pertama yaitu demam. Kadang-kadang ditemukan pula bradikardi dan epitaksis pada anak dewasa.

4) Relaps

Relaps (kambuh) ialah berulangnya gejala penyakit *tifus abdominalis*, akan tetapi berlangsung ringan dan lebih singkat. Terjadi pada minggu kedua setelah suhu badan normal kembali, terjadinya sukar diterangkan.

Menurut teori relaps terjadi karena terdapatnya basil dalam organ-organ yang tidak dapat dimusnahkan baik oleh obat maupun oleh zat anti. Mungkin terjadi pada waktu penyembuhan tukak, terjadi invasi basil bersamaan dengan pembentukan jaringan fibrosis.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Suriadi&Yuliani (2006, hal: 256) pemeriksaan penunjang demam tifoid adalah:

1. Pemeriksaan darah tepi *Leukopenia, limfositosis, aneosinofilia, anemia, trombositopenia.*
2. Pemeriksaan sumsum tulang Menunjukkan gambaran hiperaktif sumsum tulang
3. Biak anempedu Terdapat basil *salmonella typhosa* pada urin dan tinja. Jika pada pemeriksaan selama dua kali berturut-turut tidak didapatkan basil *salmonella typhosa* pada urin dan tinja, maka pasien dinyatakan betul-betul sembuh.
4. Pemeriksaan widaldi dapatkan titer terhadap antigen O adalah 1/200 atau lebih, sedangkan titer terhadap antigen H walaupun tinggiakan tetapi tidak bermakna untuk menegakkan diagnosis karena titer H dapat tetap tinggi setelah dilakukan imunisasi atau bila penderita telah lama sembuh.

2.1.7. Komplikasi

Menurut Widagdo (2011, hal: 220-221) Komplikasi dari demam tifoid dapat digolongkan dalam intra dan ekstra intestinal.

1. Komplikasi intestinal diantaranya ialah :

a. Perdarahan dapat terjadi pada 1-10 % kasus, terjadi setelah minggu pertama dengan ditandai antara lain oleh suhu yang turun disertai dengan peningkatan denyut nadi.

b. Perforasi usus

Terjadi pada 0,5-3 % kasus, setelah minggu pertama didahului oleh perdarahan berukuran sampai beberapa cm di bagian distal ileum ditandai dengan nyeri abdomen yang kuat, muntah, dan gejala peritonitis.

2. Komplikasi ekstraintestinal diantaranya ialah :

a. Sepsis

Ditemukan adanya kuman usus yang bersifat aerobik

b. Hepatitis dan kolesistitis

Ditandai dengan gangguan uji fungsi hati, pada pemeriksaan amilase serum menunjukkan peningkatan sebagai petunjuk dan komplikasi pankreatitis

c. Pneumonia atau bronchitis

Sering ditemukan kira-kira sebanyak 10 %, umumnya disebabkan karena adanya super infeksi selain oleh *salmonella*

d. Miokarditistoksik

Ditandai oleh adanya aritmia, blok sinoatrial, dan perubahan segmen ST dan gelombang T, pada miokard dijumpai infiltrasi lemak dan nekrosis

e. Trombosis dan flebitis

Jarang terjadi, komplikasi neurologis jarang menimbulkan gejala residual yaitu termasuk tekanan intra cranial meningkat, thrombosis serebrum, ataksia serebelum akut, tuna wicara, tuna rungu, myelitistranversal, dan psikosis.

f. Komplikasi lain

Pernah dilaporkan ialah nekrosis sumsum tulang, nefritis, sindrom nefrotik, meningitis, parotitis, orkitis, limfadenitis, osteomilitis, dan artritis.

2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2005, hal: 239) & Ranuh (2013, hal: 184-185) pasien yang dirawat dengan diagnosis observasi tifus abdominalis harus dianggap dan diperlakukan langsung sebagai pasien tifus abdominalis dan diberikan pengobatan sebagai berikut :

1. Isolasi pasien, desinfeksi pakaian dan ekskreta
2. Perawatan yang baik untuk menghindari komplikasi, mengingat sakit yang lama, lemah, anoreksia, dan lain-lain
3. Istirahat selama demam sampai dengan 2 minggu setelah suhu normal kembali (istirahat total), kemudian boleh duduk, jika tidak panas lagi boleh berdiri kemudian berjalan di ruangan

4. Diet Makanan harus mengandung cukup cairan, kalori dan tinggi protein. Bahan makanan tidak boleh mengandung banyak serat, tidak merangsang dan tidak menimbulkan gas. Susu 2 gelas sehari. Apabila kesadaran pasien menurun diberikan makanan cair, melalui sonde lambung. Jika kesadaran dan nafsu makanan baik dapat juga diberikan makanan lunak.
5. Pemberian antibiotic dengan tujuan menghentikan dan mencegah penyebaran bakteri. Obat antibiotik yang sering digunakan adalah :
 - a) *Chloramphenicol* dengan dosis 50 mg/kg/24 jam per oral atau dengan dosis 75 mg/kg/24 jam melalui IV dibagi dalam 4 dosis. *Chloramphenicol* dapat menyembuhkan lebih cepat tetapi relapse terjadi lebih cepat pula dan obat tersebut dapat memberikan efek samping yang serius
 - b) *Ampicillin* dengan dosis 200 mg/kg/24 jam melalui IV dibagi dalam 6 dosis. Kemampuan obat ini menurunkan demam lebih rendah dibandingkan dengan *chloramphenicol*
 - c) *Amoxicillin* dengan dosis 100 mg/kg/24 jam per os dalam 3 dosis d. *Trimethoprim-sulfamethoxazole* masing-masing dengan dosis 50 mg SMX/kg/24 jam per os dalam 2 dosis,

Merupakan pengobatan klinik yang efisien *Kotrimoksazol* dengan dosis 2x2 tablet (satu tablet mengandung 400 mg *sulfamethoxazole* dan 800 mg *trimethoprim*. Efektivitas obat ini hampir sama dengan *chloramphenicol*.

H

2.2 Konsep Dasar Ketidak seimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh

2.2.1. Definisi Ketidak Seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh menurut Carpenito (2009) adalah kondisi ketika individu berisiko mengalami peningkatan berat badan akibat asupan yang melebihi kebutuhan metabolik. Sementara itu ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh menurut Wilkinson (2006) adalah keadaan individu yang mengalami asupan nutrisi melebihi kebutuhan metabolik. Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Nanda 2015-2017)

2.2.2. Batasan Karakteristik

Menurut Wilkinson & Judith (2011), batasan karakteristik ketidak seimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh secara objektif adalah konsentrasi asupan makanan di malam hari, pola makan disfungsi (misalnya, makan sambil melakukan aktivitas lainnya), makan sebagai respon terhadap pengaruh eksternal, seperti waktu siang atau situasi sosial. Makan sebagai respon terhadap pengaruh internal selain rasa lapar (mis., ansietas [marah, depresi, bosan, stres, dan kesepian]), tingkat aktifitas kurang gerak. Menurut Carpenito (2009), adapun batasan karakteristik terbagi atas dua, yaitu: batasan mayor (harus ada), dan batasan minor (mungkin ada)

2.2.2.1 Batasan Mayor (Harus Ada)

- Berat badan berlebih (10% diatas berat badan ideal berdasarkan tinggi dan postur tubuh),
- Obesitas (20% atau lebih diatas berat badan ideal berdasarkan tinggi dan postur tubuh)
- Lipatan kulit trisep lebih dari 15 mm pada pria dan 25 mm pada wanita

2.2.2.2. Batasan Minor (Mungkin Ada)

- Laporan tentang pola makan yang tidak diinginkan
- Asupan yang melebihi kebutuhan metabolik □ Pola aktivitas yang tidak aktif

2.2.2.3. Kekurangan Nutrisi.

Kekurangan nutrisi merupakan keadaan yang di alami seseorang dalam keadaan tidak berpuasa (normal) atau resiko penurunan berat badan akibat ketidak cukupan Asuhan nutrisi untuk kebutuhan metabolisme.

1 Tanda klinis

- a) Berat badan 10-20% di bawah normal
- b) Tinggi badan di bawa ideal
- c) Lingkar kulit trisep lengan tengah kurang dari 60% ukuran standar
- d) Adanya penurunan albumin serum
- e) Adanya kelemahan dan nyeri tekan pada otot
- f) Adanya penurunan Transferin

2 Kemungkinan penyebab

- a) Meningkatnya kebutuhan kalori dan kesulitan dalam mencerna kalori akibat penyakit infeksi atau kanker.

- b) Disfagia karena adanya kelainan persyarafan
- c) Penurunan absorpsi nutrisi akibat penyakit kronik atau intoleransi laktosa
- d) Nafsu makan menurun

2.2.2.4. Metode menentukan kekurangan nutrisi

1 Riwayat makanan

Riwayat makanan meliputi informasi atau keterangan tentang pola makan, tipe makan yang dihindari ataupun diabaikan, makanan yang lebih disukai, yang dapat digunakan untuk membantu merencanakan jenis makanan untuk sekarang, dan rencana makanan untuk selanjutnya.

2 Kemampuan makan

Beberapa hal yang perlu dikaji dalam hal kemampuan makan, antara lain kemampuan mengunyah, menelan dan makan sendiri tanpa bantuan orang lain.

3 Pengetahuan tentang nutrisi

Aspek lain yang sangat penting dalam pengkajian nutrisi adalah penentuan tingkat pengetahuan pasien mengenai kebutuhan nutrisi.

4 Tingkat aktivitas

5 Penampilan fisik

Penampilan fisik dapat dilihat dari pemeriksaan fisik terhadap aspek –aspek berikut: rambut yang sehat berciri mengkilat, kuat tidak kering, dan tidak mengalami kebotakan bukan karena faktor usia; daerah di atas kedua pipi dan bawah kedua mata tidak berwarna gelap, mata cerah dan tidak ada rasa sakit atau

menonjol pembuluh darah;daerah bibir tidak kering,pecah-pecah ataupun mengalami pembengkakan;lidah berwarna merah gelap,tidak berwarna merah terang,dan tidak ada luka pada permukaannya;gusi tidak bengkak ,tidak mudah berdarah ,dan gusi mengelilingi gigi harus dapat serta erat tidak tertarik kebawah sampai kebawah permukaan gigi;gigi tidak berlubang dan tidak berwarna;kulit tubuh halus ,tidak bersisik ,tidak timbul bercak kemerahan atau tidak terjadi pendarahan yang berlebihan ;kuku jari kuat dan berwarna merah mudah.

6 Penukuran antropometrik

Pengukuran ini meliputi pengukuran tinggi badan ,berat badan ,dan lingkaran lengan .Tinggi badan anak dapat digambarkan pada suatu kurva atau grafik sehingga dapat terlihat pola perkembangannya.

a)Menentukan berat badan ideal

Salah satu parameter untuk mengetahui keseimbangan energi seseorang adalah melalui penentuan berat badan ideal dan indeks masa tubuh.Rumus Brocca adalah cara untuk mengetahui berat badan ideal ,yaitu sebagai berikut:

Tabel 2.1 Berat Badan Ideal

$\text{Berat badan ideal (kg)} = [\text{Tinggi badan (cm)} - 100] - 10\%(\text{tinggi badan} - 100)$
--

Keterangan hasil:

1. Bila berat badannya <80%,dikategorikan sebagai kurus.
2. Bila berat badannya 80-120%dikategorikan berat badan ideal
3. Bila berat badannya >120%dikategoriknan gemuk.

Sumber:Moorhead dan Sue.Nursing Outcomes Classification (NOC). Edisi
5.Bandung: Salemba Medika. h. 122-9

Cara lain untuk menentukan berat badan ideal adalah dengan menggunakan indeks masa tubuh.Cara ini telah ditetapkan oleh Depertemen Kesehatan RI

Tabel 2.2 indeks massa tubuh

	Kategori	IMT(indeks masa tubuh)
Kurus	Kekurangan berat badan Tingkat berat	<17
	Kekurangan berat badan tingkat sedang	17,0-18,5
Normal	Berat badan normal	18,5-25,0

Gemuk	Kelebihan berat badan Tingkat ringan	
	Kelebihan berat badan Tingkat berat	>25,0-27,0
	Kelebihan berat badan Tingkat berat	<27,0

Tabel 2.3 Batas ambang indeks masa tubuh (IMT) di Indonesia.

$$\text{Indeks masa tubuh} = \frac{\text{berat badan (kg)}}{\text{Tinggi badan (m)}^2}$$

Cara pengukuran kebutuhan kalori

Kebutuhan kalori total ditemukan oleh basal metabolisme rate aktifitas fisik, dan spesifik dynamik action (SDA). Sebelum menentukan jumlah kebutuhan kalori total, maka tentukan basal metabolisme rate (BMR) Ada beberapa cara untuk mengukur BMR diantaranya adalah :

1. Rumus Harris Benedic yang dikenal dengan sebutan rumus REE (Resting Energi Expenditure) Caranya adalah :

tabel 2.4 BMR

$$\text{BMR(laki-laki)} = 66.5 + \{13,5 \times \text{bb(kg)}\} + \{5,0 \times \text{TB(cm)}\} - (6.75 \times \text{umur(thn)})$$

$$\text{BMR(Wanita)} = 65,1 + \{9,56 \times \text{BB(kg)}\} + \{1,85 \times \text{tb(cm)}\} - (4,68 \times \text{umur(thn)})$$

2. Metode faktorial

Caranya adalah :

$$\text{BMR(laki-laki)} = \text{BB(kg)} \times 1,0 \times 24 \text{ kkal}$$

$$\text{BMR(wanita)} = \text{BB(kg)} \times 0,9 \times 24 \text{ kkal}$$

- 1) Tentukan berat atau ringan jenis aktivitas yang dilakukan klien dengan aktivitas ringan harus dikurangi 10-20% dari jumlah kalori basal ,sebaliknya klien dengan aktivitas berat harus menambakan 10-20% dari jumlah kalori basal.(suartana 2007)
- 2) Menghitung besarnya SDA .Diperkirakan besarnya SDA adalah 10% jumlah energi basah dan energi aktivitas (Depertemen gizi dan kesehatan masyarakat FKM UI 2007) Rumus untuk menghitung jumlah kebutuhan kalori total:

$$\text{Total Energi} = \text{energi basal(BMR)} + \text{energi aktivitas} + \text{SDA}$$

2.2.2.5. Metode pemberian nutrisi

1.Pemberian nutrisi melalui oral pemberian nutrisi melalui oral merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secarasendiri dengan cara membantu memberikan makan atau nutrisi melalaui oral (mulut) bertujuan memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan membangkitkan salera makan padapasien.

2.Pemberian nutrisi melalui pipa penduga atau lambung

Pemberian nutrisi melalui pipa menduga atau lambung merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara oral atau tidak mampu menelan dengan cara memberi makan melalui pipa lambung atau pipa penduga .Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien.

3. Pemberian nutrisi melalui parenteral

Pemberian nutrisi melalui parenteral merupakan pemberian nutrisi berupa cairan infus yang dimasukkan dalam tubuh melalui darah vena, baik secara sentral (untuk nutrisi parenteral parsial). Pemberian nutrisi melalui parenteral dilakukan pada pasien yang tidak bisa makan melalui oral atau pipa nasogastrik dengan tujuan untuk menunjang nutrisi enteral yang hanya memenuhi sebagian kebutuhan nutrisi harian.

a. Metode pemberian nutrisi melalui parenteral

1. Nutrisi parenteral parsial

Merupakan pemberian nutrisi melalui intravena yang digunakan untuk memenuhi sebagian kebutuhan nutrisi harian pasien karena pasien masih dapat menggunakan saluran pencernaan. Cairan yang biasa digunakan dalam bentuk dextrosa atau cairan asamino.

2. Nutrisi parenteral total

Merupakan pemberian nutrisi melalui intravena dimana kebutuhan nutrisi sepenuhnya melalui cairan infus karena keadaan saluran pencernaan pasien tidak dapat digunakan. Cairan yang dapat digunakan adalah cairan mengandung karbohidrat seperti triofusin E1000, cairan yang mengandung asam amino seperti pan Amin G, dan cairan yang mengandung lemak seperti intralipid.

2.2.2.6.Konsep Asuhan Keperawatan

Konsep Asuhan Keperawatan adalah Suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, di dasarkan ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komperhensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup. Asuhan Keperawatan Merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan (Suarli & Bahtiar, 2019).

1. Pengumpulan data

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan dan merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya, kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan ini akan menentukan diagnosis keperawatan oleh karena itu tahap pengkajian harus dilakukan dengan cermat dan teliti sehingga seluruh kebutuhan keperawatan pada klien dapat teridentifikasi.

2. Keluhan utama

Keluhan utama ditulis singkat jelas, dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien untuk meminta bantuan pelayanan kesehatan pada ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, mengkaji lama dan sering tidaknya munta atau mual.

3. Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat klien saat ini meliputi: alasan klien yang menyebabkan terjadinya keluhan atau gangguan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, mengkaji lama dan sering tidaknya muntah atau mual.

4. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti adanya penyakit sistem neurologi, gagal ginjal kronik, dan diabetes melitus.

5. Riwayat penyakit keluarga

Riwayat keluarga diabetes melitus atau penyakit keturunan yang menyebabkan terjadinya defisiensi insulin misalnya hipertensi, jantung.

6. Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya, serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

7. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan darah lengkap (leukosit, trombosit, eritrosit, hematokrit, HB)

b. Kultur darah

c. Pemeriksaan feses dan urine

d. Pemeriksaan widal

2.2.2.7. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai ijin dan berkompeten untuk mengatasinya. Respon aktual potensial klien didapatkan dari data dasar pengkajian, tinjauan literatur yang berkaitan, dan konsultasi dengan profesional lain, yang semuanya dikumpulkan selama pengkajian.

- a. Hipertermi berhubungan dengan meningkatnya pengaturan suhu tubuh. Hipertermi merupakan keadaan ketika seorang individu mengalami atau beresiko untuk mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih tinggi dari 37,8C peroral atau 38,8C per rektal karena factor eksternal. (Carpenito 2007)
- b. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa, mengalami atau ,mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik (Carpenito, 2007)
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik, Intoleransi merupakan penurunan dalam kapasitas fisiologis seseorang untuk melakukan aktivitas sampai tingkat yang diinginkan atau yang dibutuhkan.

2.2.2.8. Intervensi

Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Intervensi keperawatan adalah suatu proses penyusunan berbagai rencana tindakan keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah pasien (Carpenito, 2007)

1. *Hypertermia* berhubungan dengan pengaturan suhu tubuh

Intervensi :

- Pantau (kaji) tanda vital, perhatikan adanya diaphoresis
- Berikan pakaian tipis, terang, longgar sesuai kebutuhan
- Berikan kompres hangat, air biasa
- Anjurkan pasien banyak minum
- Kolaborasi pemberian antipiretik

2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan anoreksia, mual Intervensi :

- Kaji adanya alergi makanan
- Anjurkan klien untuk meningkatkan intake Fe
- Anjurkan klien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
- Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan klien.

3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik

Intervensi :

- Bantu kebutuhan klien
- Anjurkan klien untuk melakukan aktifitas secara bertahap
- Bantu klien melakukan latihan ROM aktif dan pasif
- Tingkatkan aktifitas dan partisipasi dalam merawat diri sendiri sesuai kemampuan
- Obsevasi adanya daerah yang mengalami nyeri
- Kolaborasi Ahli fisioterapi

2.2.2.9. Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana , pemberian asuhan keperawatan dalam pengumpulan data ,serta melaksanakan advis dokter dan ketentuan rumah

2.2.2.10. Evaluasi Keperawatan

1. Pengertian

Merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan dengan cara melakukan identifikasi sejauh mana tujuan dan rencana keperawatan tercapai atau tidak

2. Jenis Evaluasi

- a. Evaluasi Formatif: menyatakan evaluasi yang dilakukan pada saat memberikan rencana tindakan keperawatan dengan respon segera

- b. Evaluasi Sumatif: merupakan rekapitulasi dari hasil observasi dan analisa status pasien pada waktu tertentu berdasarkan tujuan yang direncanakan pada setiap tahap perencanaan

Evaluasi juga sebagai alat ukur suatu tujuan yang mempunyai kriteria tertentu yang membuktikan apakah tujuan tercapai, atau tercapai sebagian.

- a) Tujuan tercapai apabila tujuan tercapai secara keseluruhan
- b) Tujuan tercapai sebagian apabila tujuan tidak tercapai secara keseluruhan sehingga masih perlu dicari berbagai masalahn atau penyebabnya
- c) Tujuan tidak tercapai apabila tidak menunjukkan adanya perubahan kerah kemajuann sebagaimana kriteria yang diharapkan.