

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menyajikan konsep dasar Thyroid Abdominalis (Thyroid Fever) dan Asuhan Keperawatan secara teori.

2.1 Konsep Dasar Thyroid Abdominalis

2.1.1 Definisi

Thyroid abdominalis (Typhoid fever) ialah penyakit peradangan usus halus karena infeksi bakteri salmonella typhi dari makanan dan minuman yang terinfeksi bakteri tersebut. Kuman penyebab thypoid (bakteri salmonella thypi) masuk ke tubuh melalui makanan atau minuman yang tercemar yang kemudian dimakan, masuk ke lambung, dan terus ke usus halus. Di usus halus, kuman tersebut berkembangbiak kemudian masuk ke dalam aliran darah dan mengakibatkan panas yang tinggi (demam thypoid). Penyebaran utama dari thypoid adalah melalui makanan atau minuman yang rendah tingkat kebersihannya dan mengandung bakteri salmonella thypi. Thypoid juga bisa menular karena kontak yang erat dengan penderita. Peralatan makan dan pakaian sehari-hari yang dikenakan oleh penderita dapat menjadi sarana penyebaran ke orang lain. Selain itu, lingkungan yang rendah tingkat sanitasinya, terutama tempat pembuangan kotoran yang tidak memenuhi syarat standar kebersihan, berpotensi besar menjadi tempat penyebaran penyakit thypoid (Andin & Suhendri, 2012).

2.1.2 Etiologi

Salmonella typhosa yang juga dikenal dengan nama *salmonella typhi* merupakan mikroorganisme patogen yang berada di jaringan limfatik usus halus, hati, limpa, dan aliran darah yang terinfeksi. Kuman berupa Gram – negatif yang akan nyaman hidup dalam suhu tubuh manusia. Kuman ini akan mati pada suhu 70⁰C dan dengan pemberian antiseptik. Masa inkubasi penyakit ini antara 7 - 20 hari. Namun, ada juga yang memiliki masa inkubasi paling pendek yaitu 3 hari, dan paling panjang yaitu 60 hari (Marni,2016).

Tabel 2.1 Macam-macam Antigen pada kuman *salmonella typhosa* atau *Eberthella typhosa*

Macam-macam Antigen	Karakteristik
Antigen O (Ohne Hauch)	Antigen somatik (tidak menyebar).
Antigen H (Hauch)	Menyebar.
Antigen V (Kapsul)	Kapsul yang menyelimuti tubuh kuman dan melindungi antigen O terhadap fagositosis.

(sumber : Rampengan, 2007)

2.1.3 Tanda dan Gejala

Gejala awal thypoid hampir mirip dengan penyakit demam berdarah. Oleh karena itu, orangtua harus jeli membedakannya. Berikut tanda dan gejala dari thypoid (Dewi Pudiastuti R, 2010) :

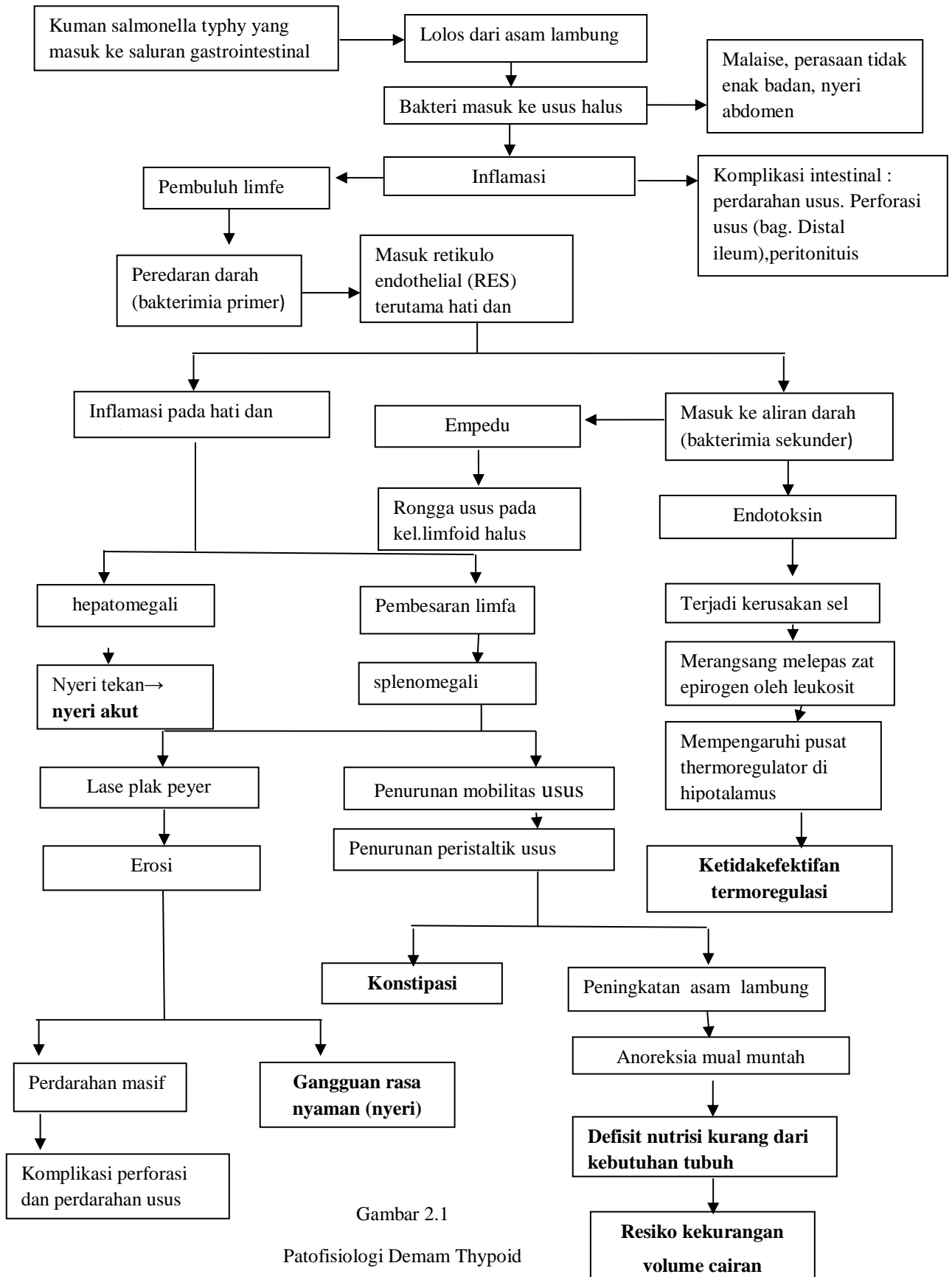
1. Demam tinggi lebih dari seminggu. Demam turun naik dan meningkat pada malam hari.
2. Panas tinggi (39 - 40⁰C) diikuti dengan menggigil, nyeri kepala, dan pada kondisi yang parah, anak hilang kesadaran atau mengigau.
3. Adanya gangguan pencernaan seperti mual, muntah, perut kembung, diare atau sembelit.
4. Anak menolak makan dan terlihat lemas.
5. Tulang, persendian, dan otot terasa nyeri.
6. Lidah terlihat kotor dengan bagian tengahnya berwarna putih dan pinggir lidah tampak merah. Anak biasanya mengeluh lidahnya terasa pahit dan ada keinginan untuk memakan makanan yang asam atau pedas.
7. Kulit kering. Begitu pula rambut dan bibir yang terlihat pecah-pecah.

2.1.4 Patofisiologi

Kuman *Salmonella typhosa* masuk ke saluran pencernaan, khususnya usus halus bersama makanan, melalui pembuluh limfe. Kuman ini masuk atau menginvasi jaringan limfoid mesentrika. Disini akan terjadi nekrosis

dan peradangan. Kuman yang berada pada jaringan limfoid tersebut masuk ke peredaran darah melalui hati dan limfa. Di sini biasanya pasien merasakan nyeri. Kuman tersebut biasanya keluar dari hati dan limpa. Kemudian, kembali ke usus halus dan kuman mengeluarkan endotoksin yang dapat menyebabkan reinfeksi di usus halus. Kuman akan berkembang biak disini. Kuman *Salmonella typhosa* dan endotoksin merangsang sintesis dan pelepasan pirogen yang akhirnya beredar di darah dan mempengaruhi pusat termoregulator di hipotalamus yang menimbulkan gejala demam. Kuman menyebar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah serta dapat menyebabkan terjadinya tukak mukosa yang mengakibatkan perdarahan dan perforasi (Marni,2016).

2.1.5 Pathway



Gambar 2.1

Patofisiologi Demam Typhoid

Sumber : Amin & Hardhi, 2015

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Adapun pemeriksaan penunjang (Nurarif & Kusuma, 2015) :

1. Pemeriksaan darah perifer lengkap

Dapat ditemukan leukopeni, dapat pula leukositosis atau kadar leukosit normal. Leukositosis dapat terjadi walaupun tanpa disertai infeksi sekunder.

2. Pemeriksaan SGOT dan SGPT

SGOT dan SGPT sering meningkat, tetapi akan kembali normal setelah sembuh. Peningkatan SGOT dan SGPT ini tidak memerlukan penanganan khusus.

3. Pemeriksaan uji widal

Uji widal dilakukan untuk mendeteksi adanya antibodi terhadap bakteri salmonella typhi. Uji widal dimaksudkan untuk menentukan adanya aglutinin dalam serum penderita demam tifoid. Akibat adanya infeksi oleh salmonella typhi maka penderita membuat antibody (aglutinin).

4. Kultur

- a. Kultur darah : bisa positif pada minggu pertama
- b. Kultur urine : bisa positif pada akhir minggu kedua
- c. Kultur feses : bisa positif dari minggu kedua hingga minggu ketiga

5. Anti salmonella typhi igM

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mendeteksi secara dini infeksi akut salmonella typhi, karena antibody igM muncul pada hari ke 3 dan 4 terjadinya demam.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan demam thypoid dilakukan dengan terapi suportif, simptomatis, dan pemberian antibiotik jika sudah ditegakkan diagnosis. Pasien demam thypoid harus segera dirawat dirumah sakit atau pelayanan kesehatan karena pasien memerlukan istirahat 5 – 7 hari. Selain itu, pengawasan ketat perlu dilakukan agar tidak terjadi komplikasi yang berbahaya. Pasien boleh bergerak (mobilisasi) sewajarnya, misalnya ke kamar mandi, duduk di teras, makan sendiri, dan mandi sendiri, yang prinsipnya adalah tidak melakukan aktivitas berat yang membutuhkan banyak energi.

Pengaturan pola makan sangat penting pada penyakit ini mengingat organ yang terganggu yaitu sistem pencernaan, khususnya usus halus. Jika pasien tidak sadar, maka dapat diberikan makanan cair dengan menggunakan sonde lambung. Jika pasien sadar, maka pemberian makanan bisa dimulai dari bubur saring. Jika kondisi pasien sudah membaik, maka ditingkatkan makanannya menjadi bubur kasar dan jika sudah normal, maka dapat diberikan nasi biasa. Susu diberikan 2 gelas sehari. Pemberian makanan padat secara dini lebih menguntungkan karena dapat mengurangi

risiko penurunan berat badan yang berlebihan (berat badan stabil), masa perawatan lebih pendek karena pasien lebih cepat sembuh, menekan penurunan albumin, dan dapat mencegah terjadinya infeksi lain. Pada prinsipnya, makanan yang diberikan adalah makanan yang tidak begitu merangsang, misalnya terlalu pedas atau asam. Selain itu, dapat pula diberikan makanan yang rendah selulosa serta tidak menimbulkan gas.

Obat diberikan secara simptomatis, misalnya pada pasien yang mual dapat diberikan antiemetik, pada pasien yang demam dapat diberikan antipiretik, dan boleh ditambahkan vitamin untuk meningkatkan stamina tubuh pasien. Antibiotik dapat diberikan jika diagnosis sudah ditegakkan. Antibiotik yang dapat mengatasi penyakit demam thypoid yang sering kali digunakan yaitu kloramfenikol, kotrimoksazol, ampisilin, amoksisilin dan ceftriaxone. Obat yang paling efektif mengatasi infeksi ini yaitu kloramfenikol yang diberikan dengan sosis 50 – 100 mg/Kg/BB/hari. Selain pemberian antipiretik pada pasien demam, juga dapat dilakukan kompres air dingin bisa tanpa es di daerah ketiak, leher, maupun selangkangan.

Untuk mencegah terjadinya demam thypoid, perlu diberikan kombinasi vaksin. Vaksin yang sering diberikan yaitu vaksin polisakarida. Vaksin lain yang dapat digunakan sebagai kombinasi yaitu vaksin salmonella typhosa yang dimatikan dengan vaksin dari strain Salmonella yang dilemahkan. Pemberian vaksin ini diulang setiap 3 tahun.

Kontraindikasi pemberian vaksin tersebut yaitu anak hipersensitif, wanita hamil, ibu yang menyusui anaknya, kondisi anak sedang demam, dan

anak berusia dibawah 2 tahun. Anak berusia diatas 2 tahun dianggap sudah mempunyai antibodi untuk menerima vaksin Salmonella tersebut dan sudah terpapar dengan bakteri Salmonella dari makanan jajanan.

Untuk mengontrol epidemi, dapat dilakukan dengan penyediaan air bersih yang adekuat, sanitasi lingkungan, dan personal higiene yang memadai. Pemberian penyuluhan tentang perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dapat meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku bersih dan sehat. Tindakan tersebut diharapkan dapat mengurangi resiko atau menghilangkan kejadian penyakit demam thypoid (Marni, 2016).

2.1.8 Komplikasi

Beberapa komplikasi dari typhoid yaitu :

1. Komplikasi intestinal : perdarahan usus, perforasi usus, ileus paralitik, pankreastitis dan peritonitis.
2. Komplikasi ekstra-intestinal : komplikasi kardiovaskuler, (gagal sirkulasi perifer, miokarditis, tromboflebitis), komplikasi paru (pnemonia, pleuritis), komplikasi darah (anemia hemolitik, trombositopenia, thrombosis), komplikasi tulang (osteomielitis, peritonitis, arthiritis), komplikasi neuropsikiatrik / tifoid toksin (Widoyono, 2011).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada Thyroid Abdominalis

Berikut konsep asuhan keperawatan pada thyroid abdominalis (Marni, 2016) :

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Nama, umur, pada thyroid fever paling sering menyerang anak-anak dengan usia 5 - 15 tahun, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.

2. Keluhan utama

Alasan atau keluhan yang menonjol pada pasien thyroid fever untuk datang ke Rumah Sakit adalah anak lemas, tidak nafsu makan, demam pada sore dan malam hari, suhu tubuh pasien turun pada pagi hari selama kurang lebih 2 minggu.

3. Riwayat penyakit sekarang

Didapatkan adanya keluhan demam pada sore dan malam hari, suhu tubuh pasien turun pada pagi hari selama kurang lebih 3 minggu, bibir kering dan pecah-pecah, dan lidah kotor, anak terlihat lemas dan tidak nafsu makan.

4. Riwayat penyakit yang pernah diderita

Riwayat penyakit yang pernah diderita merupakan kesehatan sebelum saat ini, terutama yang berhubungan dengan sakitnya yang sekarang. Yang perlu di kaji apakah anak dulu pernah menderita suatu penyakit yang serius sehingga dapat mendukung timbulnya penyakit yang sekarang.

5. Riwayat penyakit keluarga

Berguna untuk mengetahui apakah anggota keluarga ada yang pernah atau sedang menderita penyakit atau kelainan yang dapat mempengaruhi klien.

6. Riwayat Imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan tubuh yang baik, maka kemungkinan timbul komplikasi dapat dihindarkan. Imunisasi dasar lengkap yang dianjurkan oleh Ikatan Dokter Indonesia tahun 2011 adalah imunisasi hepatitis B, imunisasi polio, imunisasi BCG, imunisasi DPT, imunisasi campak.

7. Riwayat Nutrisi

Status gizi anak yang menderita thypoid fever dapat bervariasi. Semua anak dengan status gizi baik maupun buruk dapat berisiko, apabila terdapat faktor predisposisinya. Anak yang menderita thypoid fever sering mengalami keluhan mual, muntah dan nafsu makan menurun. Apabila kondisi ini berlanjut dan tidak disertai dengan pemenuhan nutrisi yang mencukupi, maka anak dapat mengalami penurunan berat badan sehingga status gizinya menjadi kurang.

8. Riwayat perkembangan dan pertumbuhan

a. Perkembangan

1) Teori Perkembangan Kognitif menurut Piaget

Perkembangan kognitif pada anak menurut Piaget dibagi atas 4 tahap, diantaranya tahap sensori motor, tahap pra-operasional, tahap

konkret, dan tahap formal operasional. Tahap praoperasional yaitu umur 2 – 7 tahun. Anak belum mampu mengoperasionalkan apa yang dipikirkan melalui tindakan dalam pikiran anak, perkembangan anak masih bersifat egosentrik, seperti dalam penelitian Piaget anak selalu menunjukkan egosentrik seperti anak akan memilih sesuatu atau ukuran yang besar walaupun isi sedikit. Pada masa ini sifat pikiran bersifat transduktif menganggap semuanya sama, seperti seorang pria di keluarga adalah ayah maka semua pria adalah ayah, pikiran yang kedua adalah pikiran animisme selalu memperhatikan adanya benda mati, seperti apabila anak terbentur benda mati maka anak akan memukulnya ke arah benda tersebut.

2) Teori Perkembangan Psikoseksual menurut Sigmund Freud

Dalam perkembangan psikoseksual anak dapat melalui tahap laten terjadi pada umur 6 – 12 tahun dengan perkembangan sebagai berikut kepuasan anak mulai terintegrasi, anak masuk dalam masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial seperti suka hubungan dengan kelompoknya atau sebaya, dorongan libido mulai mereda.

3) Teori Perkembangan Psikososial menurut Erikson

Perkembangan ini dikemukakan oleh Erikson bahwa anak dalam perkembangannya selalu dipengaruhi oleh lingkungan sosial dan untuk mencapai kematangan kepribadian anak perkembangan psikososial anak melalui beberapa tahapan. Tahap rajin dan rendah diri terjadi pada umur 6 – 12 tahun atau sekolah. Anak selalu berusaha

untuk mencapai sesuatu yang diinginkan atau prestasinya sehingga anak pada usia ini adalah rajin dalam melakukan sesuatu akan tetapi apabila harapan pada anak ini tidak tercapai kemungkinan besar anak akan merasa rendah diri.

4) Teori Perkembangan Psikomoral menurut Kohlberg

Tahapan psikomoral menurut Kohlberg menyatakan anak usia 4 – 10 tahun termasuk dalam tahap pra-konvensional dapat meliputi :

- a) Tahap orientasi hukum kepatuhan pada tingkat pemikiran pra konvensional. Perkembangan pada tahap ini adalah anak peka terhadap peraturan yang berlaku budaya, menghindari hukuman dan patuh pada hukum, bukan atas dasar norma pada peraturan moral yang mendasarinya.
- b) Tahap orientasi relativitas dan instrumental pada tingkat pemikiran pra konvensional. Perkembangan pada tahap ini adalah segala tindakan dilakukan hanya untuk memuaskan individu akan tetapi juga kadang – kadang untuk orang lain, kesetiaan, penghargaan, kebijakan diambil untuk diperhitungkan (Hidayat, 2012).

b. Pertumbuhan

Dalam pencapaian pertumbuhan anak, dapat dikelompokkan menjadi : masa bayi berumur 0 – 1 tahun, masa toddler berumur 1 – 3 tahun, masa prasekolah berumur 3 – 6 tahun, masa sekolah berumur 6 – 12 tahun, dan masa remaja berumur 12 -18 tahun. Masa sekolah berumur 6

– 12 tahun, pertumbuhan pada masa sekolah akan mengalami proses percepatan pada umur 10 – 12 tahun, dimana penambahan berat badan per tahun mencapai 2,5 kg dan ukuran panjang tinggi badan sampai 5 cm per tahun. Pada sekolah ini secara umum aktivitas fisik pada anak semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motoriknya. Pertumbuhan jaringan limfatik pada usia ini juga semakin besar bahkan melebihi jumlahnya orang dewasa (Hidayat, 2012).

5) Kondisi Lingkungan

Sering terjadi di daerah sanitasi dan lingkungan kurang bersih, bakteri ini tercampur di dalam air yang kotor dan makanan yang terinfeksi.

6) Pola Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan penatalaksanaan kesehatan

Kemampuan klien menggunakan fasilitas kesehatan yang ada apabila dirinya terserang penyakit dan kemampuan klien tentang cara mencegah terjadi penularan demam tifoid. Hal ini tergantung pada usia dan pengetahuan klien.

b) Pola nutrisi dan metabolisme

Tifoid yang masih demam tinggi akan mengalami penurunan nafsu makan karena mual muntah, sehingga terjadi gangguan pada kebutuhan nutrisinya, suhu (aksila) 40°C . Selain hal ini, pada klien demam tifoid menderita kelainan berupa adanya tukak-tukak pada usus halusnya sehingga makan harus di sesuaikan. Diet yang di

berikan adalah makanan yang mengandung cukup cairan, rendah serat, tinggi protein, dan tidak menimbulkan gas. Pemberian melihat kesadaran pasien, pemberian makanan pertama ialah bubur saring kemudian bubur kasar dan akhirnya nasi sesuai dengan tingkat kesembuhan klien.

c) Pola aktivitas dan latihan

Aktivitas akan mengalami gangguan karena lemah (malaise), tetapi tidak mengalami sesak nafas jika beraktifitas. Begitu juga pada saat mengalami masa perawatan pada hipertermi klien harus tirah baring di tempat tidur sampai suhu turun. Diteruskan 2 minggu lagi, kemudian mobilisasi bertahap (duduk, berdiri, dan berjalan).

d) Pola eliminasi

Kebutuhan seseorang atau kebiasaan seseorang dalam eliminasi alvi atau uri berbeda-beda. Pada klien demam tifoid ini bisa terganggu karena diare atau konstipasi.

e) Pola istirahat tidur

Istirahat biasanya mengalami gangguan, karena adanya kepala pusing, nyeri, serta suhu badan yang tinggi.

f) Pola persepsi dan kognitif

Pada umumnya klien demam tifoid tidak mengalami gangguan pada inderanya, hanya saja terasa nyeri.

g) Pola hubungan dan peran

Pada klien demam tifoid hubungan klien dengan lingkungan dan teman-teman bermain akan mengalami gangguan karena klien harus tirah baring di tempat tidur.

h) Pola reproduksi dan seksual

Pengetahuan klien tentang reproduksi dan seksual tergantung pada usia klien.

i) Pola penanggulangan stres

Dalam menanggulangi stres, biasanya klien akan membicarakan masalahnya pada orang terdekat (ibu, ayah, nenek, kakek, kakak).

j) Pola tata nilai dan kepercayaan

Tata nilai dan kepercayaan individu di sesuaikan menurut agama dan kepercayaan masing-masing.

7) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan umum

Biasanya pada pasien thypoid mengalami badan lemah, panas, pucat, mual, anoreksia.

b) Kepala dan leher

Tidak ada benjolan pada kepala, tidak di temukan pembesaran kelenjar tiroid di leher dan distensi vena jugularis.

c) Mata

Warna konjungtiva (merah/anemis) ada ikterus atau tidak, mata nampak cowong.

d) Hidung

Ada atau tidak adanya sekret, epiktaksis, pernafsan cuping hidung, bentuk hidng dan lain-lain.

e) Mulut dan tenggorokan

Yang perlu di kaji adalah mukosa bibir (lembab/kering), adanya stomatitis, sianosis, lidah nampak kotor atau tidak. Tonsil terjadi hyperemi atau tidak,pada tenggorokkan ada nyeri telan atau tidak.

f) Gigi dan gusi

Terdapat caries apa tidak, inflamasi.

g) Telinga

Bentuk simteris, adanya serumen, cairan dan fungsi pendengarannya.

h) Dada

Bentuk dada (simetris /asimetris),terdapat retraksi otot-otot dada atau tidak,terdapat adanya suara nafas tambahan atau tidak (wheezing, ronkhi).

i) Integumen

Warna kulit, turgor kulit.

j) Abdomen

Yang perlu di kaji adanya kembung, bising usus.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus thypoid fever diantaranya (SDKI,2016) :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi
2. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang
3. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh
4. Risiko terjadi komplikasi (cedera) berhubungan dengan kemampuan kuman dalam merusak sistem dan daya tahan tubuh yang rendah

2.2.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yang bisa dilakukan pada penyakit thypoid abdominalis diantaranya (Nurjannah,dkk.2016) :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi
 - a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam individu dapat mempertahankan suhu tubuh dalam batas normal.
 - b. Kriteria hasil : NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

Termogulasi :

- 1) Suhu tubuh dalam rentang normal 36 – 37,5 °C
 - 2) Nadi dan RR dalam rentang normal
 - 3) Tidak ada perubahan warna kulit
- c. Perencanaan Keperawatan : NIC (*Nursing Intervention Classification*)
 - 1) Kaji pengetahuan pasien dan keluarga tentang hipertermia.

- 2) Observasi suhu tubuh, pernapasan, denyut nadi dan tekanan darah setiap 2 jam sekali.
 - 3) Kompres dengan air dingin biasa tanpa es (suhu ruangan).
 - 4) Berikan cairan yang adekuat, jika perlu tambahkan cairan intravena.
 - 5) Anjurkan anak memakai pakaian tipis dan menyerap keringat.
 - 6) Kompres pasien pada lipat paha dan aksila.
 - 7) Kolaborasi pemberian antipiretik jika perlu.
2. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan asupan yang kurang
- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam nutrisi pada tubuh menjadi seimbang.
 - b. Kriteria hasil : NOC (*Nursing Outcomes Classification*)
 - a. Status nutrisi : asupan nutrisi
 - a) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan.
 - b. Berat badan : masa tubuh
 - a) Berat badan ideal sesuai tinggi badan.
 - b) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.
 - c. Status nutrisi : asupan makanan dan cairan
 - a) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
 - b) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.
 - c. Perencanaan Keperawatan : NIC (*Nursing Intervention Classification*)
 - 1) Management Nutrisi :
 - a) Kaji adanya keluhan mual atau nyeri pada anak.

- b) Kaji adanya alergi makanan.
 - c) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
 - d) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
 - e) Berikan makanan yang sudah terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
 - f) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.
- 2) Monitor nutrisi :
- a) Monitoring adanya penurunan berat badan.
 - b) Monitoring interaksi anak dan orangtua selama makan.
 - c) Monitor lingkungan selera makan.
 - d) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.
 - e) Monitor turgor kulit.
 - f) Monitor mual dan muntah.
 - g) Monitor pertumbuhan dan perkembangan.
 - h) Monitor makanan kesukaan.
3. Risiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan kurangnya asupan cairan dan peningkatan suhu tubuh.
- a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam intake – output cairan klien menjadi seimbang.

- b. Kriteria hasil : NOC (*Nursing Outcomes Classification*)
 - 1) Dehidrasi
 - a) Tidak ada tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit elastis, ubun – ubun tidak cekung, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus berlebihan.
- c. Perencanaan Keperawatan : NIC (*Nursing Intervention Classification*)
 - 1) Observasi tanda – tanda kekurangan cairan (bibir pecah-pecah, membran mukosa kering, rasa haus berlebihan dan turgor kulit tidak elastis).
 - 2) Observasi tanda – tanda vital (suhu tubuh setiap 4 jam).
 - 3) Pertahankan catatan intake dan output yang akurat.
 - 4) Monitor masukan makanan atau cairan dan hitung intake kalori harian.
 - 5) Anjurkan orang tua untuk selalu memotivasi dan memberikan minum pada anak.
 - 6) Jelaskan manfaat minum / pemberian cairan bagi kesehatan tubuh pada orang tua pasien.
 - 7) Berikan cairan parenteral sesuai petunjuk.
 - 8) Kolaborasi pemberian cairan IV.
- 4. Risiko terjadi komplikasi (cedera) berhubungan dengan kemampuan dalam merusak sistem dan daya tahan tubuh yang rendah
 - a. Tujuan : setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 4 x 24 jam tidak terjadi komplikasi (cedera)

- b. Kriteria hasil : NOC (*Nursing Outcomes Classification*)
 - 1) Tidak terjadi komplikasi, misalnya perdarahan dan perforasi
 - 2) Ekspresi wajah tenang, nyaman, dan tidak mengeluh nyeri.
- c. Perencanaan Keperawatan : NIC (*Nursing Intervention Classification*)
 - 1) Kaji keluhan pasien.
 - 2) Observasi tanda – tanda komplikasi (perdarahan dan perforasi).
 - 3) Berikan istirahat yang cukup pada pasien.
 - 4) Lakukan mobilisasi secara bertahap, 7 hari setelah bebas demam.
 - 5) Ajarkan orangtua teknik merawat pasien secara aseptik.
 - 6) Libatkan keluarga dalam perawatan pasien.
 - 7) Kolaborasi pemberian obat antibiotik sesuai indikasi.

2.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat dalam tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi.

Implementasi keperawatan dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu independent, interdependent, dan dependen.

1. Independent, yaitu suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dari dokter atau tenaga kesehatan yang lain.
Lingkup tindakan keperawatan independent, yaitu :
 - a. Mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien.
 - b. Merumuskan diagnosis keperawatan sesuai respons klien yang memerlukan intervensi keperawatan.
 - c. Mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan klien.
 - d. Mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis.
2. Interdependent, yaitu suatu kegiatan yang memerlukan kerjasama dari tenaga kesehatan yang lain.
3. Dependent, berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis / instruksi dari tenaga medis (Asmadi, 2008).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan. Evaluasi dibagi menjadi dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan

rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Pelaksanaan evaluasi formatif meliputi empat komponen dengan istilah SOAP, yakni subjektif merupakan data berupa keluhan klien, objektif merupakan data hasil pemeriksaan, analisis data yaitu perbandingan data dengan teori, dan perencanaan.

Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas dan proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif bertujuan untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang digunakan adalah dengan melakukan wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon klien dan keluarga terkait layanan keperawatan. Terdapat tiga kemungkinan hasil evaluasi, yaitu :

1. Tujuan tercapai jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
2. Tujuan tercapai sebagian jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan atau klien masih dalam proses mencapai tujuan keperawatan.
3. Tujuan tidak tercapai jika klien tidak menunjukkan sedikit perubahan dari kondisi sebelumnya (Asmadi, 2008).

2.3 Konsep Dasar pada masalah Kebutuhan Nutrisi

Konsep dasar pada masalah kebutuhan nutrisi (SDKI, 2016) :

2.3.1 Definisi

Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

2.3.2 Etiologi

1. Ketidakmampuan menelan makanan.
2. Ketidakmampuan mencerna makanan.
3. Ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi.
4. Peningkatan kebutuhan metabolisme.
5. Faktor ekonomi (misalnya, finansial tidak mencukupi).
6. Faktor psikologis (misalnya, stress, keengganan untuk makan).

2.3.3 Gejala dan Tanda Mayor

- a. Subjektif :
(tidak tersedia)
- b. Objektif :
 1. Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal.

2.3.4 Gejala dan Tanda Minor

- a. Subjektif :
 - 1) Cepat kenyang setelah makan
 - 2) Kram / nyeri abdomen
 - 3) Nafsu makan menurun

b. Objektif :

- 1) Otot pengunyah lemah
- 2) Otot menelan lemah
- 3) Membran mukosa pucat
- 4) Sariawan
- 5) Serum albumin turun
- 6) Rambut rontok berlebihan
- 7) Diare

2.3.5 Diagnosa Keperawatan

1. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

2.3.6 Perencanaan Keperawatan

1. Tujuan :

- a. Meningkatkan nafsu makan apabila nutrisi kurang.
- b. Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi.
- c. Mempertahankan nutrisi melalui oral atau parenteral.

2. Kriteria hasil : NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

- a. Status nutrisi : asupan nutrisi
 - 1) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan.
- b. Berat badan : masa tubuh
 - 1) Berat badan ideal sesuai tinggi badan.
 - 2) Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

c. Status nutrisi : asupan makanan dan cairan

- 1) Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi.
- 2) Tidak ada tanda-tanda malnutrisi.

3. Perencanaan Keperawatan : NIC (*Nursing Intervention Classification*)

a. Management Nutrisi :

- 1) Kaji adanya keluhan mual atau nyeri pada anak.
- 2) Kaji adanya alergi makanan.
- 3) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien.
- 4) Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi.
- 5) Berikan makanan yang sudah terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi).
- 6) Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi.

b. Monitor nutrisi :

- 1) Monitoring adanya penurunan berat badan.
- 2) Monitoring interaksi anak dan orangtua selama makan.
- 3) Monitor lingkungan selera makan.
- 4) Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.
- 5) Monitor turgor kulit.
- 6) Monitor mual dan muntah.
- 7) Monitor pertumbuhan dan perkembangan.
- 8) Monitor makanan kesukaan.

2.3.7 Pelaksanaan Keperawatan

1. Pemberian nutrisi melalui oral

Merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien yang tidak mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara sendiri dengan cara membantu memberikan makan/nutrisi melalui oral (mulut), dengan tujuan memenuhi kebutuhan nutrisi pasien dan membangkitkan selera untuk makan pada pasien.

2. Pemberian nutrisi melalui pipa penduga/lambung

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

3. Pemberian nutrisi melalui parenteral

Nutrisi parenteral total melalui intravena dimana kebutuhan nutrisi sepenuhnya melalui cairan infus karena keadaan saluran pencernaan pasien tidak dapat digunakan. Cairan yang dapat digunakan adalah cairan yang mengandung karbohidrat seperti Triofusin E 1000, cairan yang mengandung asam amino seperti Pan Amin G, cairan yang mengandung lemak seperti intra lipid. Jalur pemberian nutrisi parenteral dapat melalui vena sentral untuk jangka waktu lama dan melalui vena perifer (Hidayat & Uliyah, 2012).

2.3.8 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi terhadap masalah kebutuhan nutrisi secara umum dapat dinilai adanya kemampuan dalam :

1. Meningkatkan nafsu makan dengan ditunjukkan adanya kemampuan dalam makan serta adanya perubahan nafsu makan apabila terjadi kurang dari kebutuhan.
2. Terpenuhinya kebutuhan nutrisi dengan ditunjukkan tidak adanya tanda kekurangan atau kelebihan berat badan.

Mempertahankan nutrisi melalui oral atau parenteral dengan ditunjukkan adanya proses pencernaan makan yang adekuat (Hidayat & Uliyah, 2012).