

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Teori Lanjut Usia

2.1.1 Pengertian Lanjut Usia

Menurut undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada bab 1 pasal 1 ayat 2, yang dimaksud lanjut usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun keatas. Fase verilitas, antara 40-50 tahun, ketiga fase prasenium antara 55-65 Lanjut usia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa akhirnya menjadi tua (Nugroho, 2000). Menurut Lilik Ma'rifatul A, (2011) mengemukakan bahwa lansia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi 4 bagian pertama fase inventus, antara 25-40 tahun, kedua tahun dan keempat fase senium, antara 65 hingga tutup usia.

Pengertian lansia beragam tergantung pada kerangka pandang individu. Orang tua yang berusia 35 tahun dapat dianggap tua bagi anaknya dan tidak muda lagi. Orang sehat aktif berusia 65 tahun mungkin menganggap usia 75 tahun sebagai permulaan lanjut usia (Brunner dan Suddart, 2001). Menurut Surini dan Utomo (2003), lanjut usia bukan suatu penyakit, merupakan tahap lanjut dari proses kehidupan yang akan dialami semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Lilik Ma'rifatul A, 2011).

2.2.2 Batasan Lanjut Usia

Usia yang dijadikan patokan untuk lanjut usia berbeda-beda umumnya berkisar antara 60-65 tahun. Beberapa pendapat para ahli tentang batasan usia adalah sebagai berikut:

1. Menurut organisasi kesehatan dunia (WHO), ada empat tahapan yaitu:
 - a) Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun
 - b) Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun
 - c) Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun
 - d) Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun
2. Menurut Prof. Dr. Koesoemanto Setyonegoro, SpKJ, lanjut usia dikelompokkan sebagai berikut:
 - a) Usia dewasa muda (*elderly adulthood*) usia 18/20-25 tahun.
 - b) Usia dewasa penuh (*Midle years*) atau maturitas usia 25-60/65 tahun.
 - c) Lanjut usia (*geriatric age*) usia > 65-70 tahun, terbagi atas :
 - 1) (*Young old*) usia 70-75 tahun
 - 2) (*Old*) usia 75-80 tahun
 - 3) (*Very old*) usia > 80 tahun

Kalau pembagian umur dari beberapa ahli tersebut ditelaah, dapat disimpulkan bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang telah berumur 65 tahun ke atas. Namun, di Indonesia batasan lanjut usia adalah 60 tahun ke atas. Hal ini dipertegas dalam Undang-undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia pada Bab 1 Pasal 1 Ayat 2 (Nugroho,2012).

2.2.3 Karakteristik Lanjut Usia

Menurut Budi Ana Keliat (1999), lansia memiliki karakteristik sebagai berikut :

1. Berusia lebih dari 60 tahun (sesuai pada pasal 1 ayat (2) UU no. 13 tentang kesehatan)
2. Kebutuhan dan masalah yang bervariasi dari tentang sehat sampai sakit, dari kebutuhan biopsikososial sampai spiritual, serta dari kondisi adaptif hingga maladaptive.
3. Lingkungan tempat tinggal yang bervariasi.

(Padila, 2013)

2.1.4 Pemasalahan Pada Lanjut Usia

Berbeda dari usia muda, sistem kerja organ tubuh pada lansia mempunyai perbedaan serta penurunan fungsi. Terdapat berbagai jenis gangguan pencernaan pada lansia. Antara lain adalah sebagai berikut :

1. Gastroenteritis

Pada kelompok lansia, sistem pertahanan tubuh mulai mengalami penurunan. Dapat disebabkan karena terjadinya sistem penurunan di berbagai proses metabolisme tubuh termasuk sintesis protein yang bekerja pada sistem imunitas, maupun penurunan efektivitas penyerapan air pada sistem cerna. Jika yang terjadi adalah penurunan kekebalan tubuh, diare yang menyerang lansia sangat dimungkinkan disebabkan oleh adanya infeksi bakteri. Namun jika penyerapan air yang terganggu, maka jenis makanan berperan penting di dalam kasus diare pada lansia ini

2. Gastritis

Jenis gangguan pencernaan pada lansia lainnya adalah maag. Penyakit asam lambung ini banyak dialami. Lansia sering mengeluh lambung terasa sakit seperti ditusuk-tusuk., terkadang diiringi dengan mual dan muntah, kembung juga dirasakan oleh sebagian besar penderita maag di usia lanjut.

Keadaan dinding lambung pada lansia sudah relatif lebih tipis dibandingkan dengan dinding lambung pada usia yang lebih muda. Oleh karena itu, iritasi oleh akibat asam lambung berlebih lebih cepat menimbulkan terjadinya gastritis pada lansia.

3. Usus melilit

Gejala menyerupai kolik usus sering dirasakan oleh para lansia. Mereka biasa menyebut sebagai usus melilit. Padahal yang terjadi sebenarnya adalah rasa perih disebabkan oleh terjadinya kontraksi pada intestinum yang tidak teratur.

Hal tersebut dapat muncul salah satunya akibat sistem hormonal yang sudah kurang bagus keteraturannya. Terkadang hormone stress seperti kortikosteroid tersekresi secara berlebih dan mengakibatkan adanya kontraksi usus halus yang kurang teratur. Terkadang rasa sakit ini disertai dengan keluhan lain seperti dada terasa sakit, jantung berdebar.

4. Sembelit

Sambelit juga menjadi salah satu jenis gangguan pencernaan pada lansia. Penyebab sembelit salah satunya adalah kurangnya keseimbangan pola konsumsi serat. Lansia sering tidak mudah di dalam mengonsumsi sayuran dan buah. Mereka memiliki kecenderungan pola makan kembali menyerupai

anak-anak, yaitu tidak suka sayuran.

2.1.5 Teori Proses Menua

Teori-teori tentang penuaan sudah banyak yang dikemukakan, namun tidak semuanya bias diterima. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok, yaitu yang termasuk kelompok teori biologis dan teori psikososial (Padila, 2013)

1. Teori Biologis :

Teori yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut :

a. Teori jam genetic

Menurut Hay ick (1965), secara genetic sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetis terkait dengan frekuensi mitosis. Teori ini di dasarkan pada kenyataan bahwa spesien-spesies tertentu memiliki harapan hidup (life span) yang tertentu pula. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali, sesudah itu akan mengalami deteriosasi.

1) Teori cross-linkage (rantai silang)

Kolagen yang merupakan unsure penyusun tulang diantara susunan molecular, lama kelamaan akan meningkat kekakuanya (tidak elastis). Hal ini di sebabkan oleh karena sel-sel yang sudah tua dan reaksi kimia menyebabkan jaringan yang sangat kuat.

2) Teori radikal bebas

Radikal bebas merusak membrane sel yang menyebabkan kerusakan dan kemunduran secara fisik.

3) Teori genetic

Menurut teori ini, menua telah terprogram secara genetic untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang deprogram oleh molekul-molekul DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi.

4) Teori immunologi

a) Di dalam proses metabolisme tubuh, suatu saat diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak dapat tahan terhadap zat tersebut sehingga jaringan tubuh menjadi lemah.

b) System immune menjadi kurang efektif di dalam mempertahankan diri, regulasi dan responsibilitas.

5) Teori stress-adaptasi

Menua menjadi akibat hilangnya sel-sel yang biasanya di gunakan oleh tubuh. Regenerasi jaringan tidak dapat mempertahankan kestabilan lingkungan internal, kelebihan stres dan usaha menyebabkan sel-sel tubuh telah terpakai.

6) Teori *wear and tear* (pemakaian dan rusak)

Kelebihan usaha dan stres menyebabkan sel-sel tubuh lelah (terpakai).

(Padila, 2013)

2. Teori psikologi

Teori yang merupakan teori psikologi adalah sebagai berikut

a. Teori integritas ego

Teori perkembangan ini mengidentifikasi tugas-tugas yang harus dicapai dalam tiap tahap perkembangan. Tugas perkembangan terakhir merefleksikan

kehidupan seseorang dan mencapainya. Hasil akhir dari penyelesaian konflik antara integritas ego dan keputusasaan adalah kebebasan.

(Padila, 2013).

3. Teori sosiokultural

Teori yang merupakan teori sosio cultural adalah sebagai berikut :

a. Teori pembebasan (*disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang berangsur-angsur mulai melepaskan diri dari kehidupan sosialnya, atau menarik diri dari pergaulan sekitarnya. Hal ini mengakibatkan interaksi social lanjut usia menurun, sehingga sering terjadi kehilangan ganda meliputi :

- 1) Kehilangan peran
- 2) Hambatan kontak social
- 3) Berkurangnya komitmen

b. Teori aktifitas

Teori ini menyatakan bahwa penuaan yang sukses tergantung dari bagaimana seorang usia lanjut merasakan kepuasan dalam beraktifitas dan mempertahankan aktifitas tersebut selama mungkin. Adapun kualitas aktifitas tersebut lebih penting dibandingkan kualitas aktifitas yang dilakukan (Padila, 2013).

4. Teori Konsekuensi Fungsional

Teori yang merupakan teori fungsional adalah sebagai berikut :

- a. Teori ini mengatani tentang konsekuensi fungsional usia lanjut yang berhubungan dengan perubahan-perubahan karena usia dan factor risiko tambahan.

- b. Tanpa intervensi maka beberapa konsekuensi fungsional akan negative, dengan intervensi menjadi positif.

(Padila, 2013)

2.2 Konsep Dasar Gastroenteritis

2.2.1 Definisi Gastroenteritis

Gastroenteritis akut adalah kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan yang terjadi karena frekuensi satu kali atau lebih BAB dengan tinja yang encer atau cair (Sharif La Ode, 2012).

gastroenteritis adalah peradangan yang terjadi pada lambung dan usus yang memberikan gejala diare dengan frekuensi lebih banyak dari biasanya yang disebabkan oleh bakteri, virus dan parasit yang pathogen (Rudi Haryono, 2012).

2.2.2 Penyebab

1. Factor infeksi
 - a. Infeksi enteral ialah infeksi saluran pencernaan makanan yang merupakan penyebab utama diare pada anak meliputi infeksi enteral sebagai berikut:
 - 1) Infeksi bakteri: vibria, E.Coli, salmonella, shigle, campylobacter, yersiria, aeromonas dan sebagainya.
 - 2) Infeksi virus: Enterovirus, (virus Echo, Cocksackie, Poliomieltis) Adenovirus, Rofavirus, Asrovirus, Trichuris, Oxyuris, strongy loides, Protozoa, (Etomoeba histolyfica, giardia, lamblia, Trichomonas hominis), jamur (candida albicans).

- b. Infeksi parenteral ialah infeksi diluar alat pencernaan makanan seperti otitis media akut (OMA), Tonsilitis/ tonsilofaringitis, bronkopneumonia, ensefalitis, pemberian makanan perselang, gangguan metabolic dan endokrin (Diabetes, Addison, Tirotoksikosis) serta proses infeksi virus/bakteri (disentri, shigellisis, keracunan makanan).
2. Factor Mal absorpsi
 - a. Mal absorpsi karbohidrat disakarida (Intoleransi laktosa, maltose dan sukrosa), monosakarida (intoleransi glukosa fruktosa dan galaktosa). Pada bayi dan anak yang tersering intoleransi laktosa).
 - b. Mal absorpsi lemak.
 - c. Mal absorpsi protein.
 3. Factor makanan
Makanan basi, beracun, alergi terhadap makanan.
 4. Factor psikologis
Rasa takut dan cemas (dapat terjadi pada anak yang lebih besar).
 5. Malnutrisi
 6. Gangguan imunologi
(Rudi Haryono, 2012)

2.2.3 Patofisiologi

Mekanisme dasar yang menyebabkan timbulnya gastroenteritis ialah:

1. Gangguan osmotik
Akibat terdapatna makanan atau zat yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotik meninggi dalam rongga usus. Isi

rongga usus yang berlebihan akan merangsang usus untuk mengeluarkannya sehingga timbul gastroenteritis.

2. Gangguan sekresi

Akibat rangsangan tertentu (misalnya toksin) pada dinding usus akan terjadi peningkatan sekresi, air dan elektrolit kedalam rongga usus dan selanjutnya timbul gastroenteritis karena terdapat peningkatan isi rongga usus.

3. Gangguan motilitas usus

Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan/air sehingga timbul gastroenteritis. Sebaliknya bila peristaltic usus menurun akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, selanjutnya timbul pula gastroenteritis.

Berdasarkan cairan yang hilang tingkat dehidrasi terbagi menjadi:

- a. Dehidrasi ringan, kehilangan cairan 2-5% dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit elastis, suara serak, klien belum jatuh pada keadaan syok.
- b. Dehidrasi sedang, kehilangan cairan 5-8% dari berat badan dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, presyok nadi cepat dan dalam.
- c. Dehidrasi berat, kehilangan cairan 8-10% dari berat badan dengan gambaran klinik seperti tanda-tanda dehidrasi sedang ditambah dengan kesadaran menurun, apatis sampai koma, otot-otot kaku sampai sianosis.

(Rudi Haryono, 2012).

2.2.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala gastroenteritis atau diare adalah:

1. Suhu badan dapat meningkat atau tidak.
2. Nafsu makan berkurang atau tidak.
3. Diare.
4. Feses cair dengan atau tanpa darah/lender.
5. Warna tinja berubah menjadi kehijau-hijauan karena tercampur empedu.
6. Anus dan sekitarnya lecet karena tinja menjadi asam.
7. Gejala muntah dapat terjadi sebelum atau sesudah diare.
8. Dehidrasi, bila banyak cairan keluar mempunyai tanda-tanda ubun-ubun besar cekung, tonus dan trurkor kulit menurun, selaput lender mulut dan bibir kering.
9. Berat badan turun.

(Rudi Haryono, 2012)

2.2.5 Komplikasi

1. Dehidrasi (ringan, sedang berat, hipotonik atau hipertonic)
2. Renjatan hipovolemik.
3. Hypokalemia (dengan gejala meteorismus, hipotoni otot, lemah, bradikardi, perubahan elektrokardiogram).
4. Hipoglikemi.
5. Intoleransi sekunder akibat kerusakan vili mukosa usus dan defisiensi enzim laktosa).
6. Kejang, terjadi pada dehidrasi hipertonic.

7. Malnutrisi energi protein (akibat muntah dan diare, jika lama atau kronik).

(Rudi Haryono, 2012).

2.2.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium yang meliputi:

1. Pemeriksaan tinja

- a. Makroskopis dan mikroskopis.
- b. pH dan kadar gula dalam tinja dengan kertas lakmus dan tablet dinistest, bila diduga terdapat intoleransi gula.
- c. Bila diperlukan, lakukan pemeriksaan biakan dan uji resistensi.

2. Pemeriksaan darah

- a. pH dan cadangan alkali untuk menentukann gangguan keseimbangan asam basa.
- b. Darah perifer lengkap.
- c. Analisis gas darah dan elektrolit (terutama NA, K Ca dan P serum pada diare yang disertai kejang).
- d. Kadar ureum dan kreatinin untuk mengetahui faal ginjal.

3. Duodenal Intubateon

Untuk mengetahui jasat renik atau parasite secara kualitatif dan uantitatif, terutama dilakukan pada penderita diare kronik.

(Rudi Haryono, 2012)

2.2.7 Penatalaksanaan

Dasar penanganan diare/Gastroenteritis Akut adalah:

1. Dietik

Pemberian makanan dan minuman khusus pada penderita dengan tujuan penyembuhan dan menjaga kesehatan adapun hal yang perlu diperhatikan : memberikan bahan makanan yang mengandung kalori, protein, vitamin, mineral dan makanan yang bersih.

(Rudi Haryono, 2012).

2. Dehidrasi sebagai prioritas utama pengobatan empat hal yang perlu diperhatikan.

a. Jenis cairan

- 1) Oral : pedialyte atau oralit
- 2) Parenteral : NaCl, isotonic, infus

b. Jumlah cairan

Jumlah cairan yang diberikan sesuai dengan cairan yang dikeluarkan.

c. Jalan masuk atau cara pemberian

Oral atau parenteral

d. Jadwal pemberian cairan

Diberikan 2 jam pertama, selanjutnya dilakukan penilaian kembali status hidrasi untuk menghitung kebutuhan cairan.

- 1) Identifikasi penyebab diare
- 2) Terapi simtomati

Obat anti diare, obat anti motilitas dan sekresi usus, antiemetic.

3) Terapi definitive

Sebagai langkah pencegahan seperti hygiene perorangan, sanitasi lingkungan.

(Sharif La Ode, 2012).

2.3 Tinjauan teori Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi (Nikmatur, 2012).

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.3.3 Rencana asuhan keperawatan

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.3.4 Pelaksanaan asuhan keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

2.4 Penerapan Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan.

2. Riwayat kesehatan saat ini

Keluhan utama: Pasien mengeluh nyeri pada abdomen, nafsu makan menurun, diare, resiko mencederai diri, gangguan alam perasaan maladaptif.

3. Riwayat kesehatan masa lalu;

Apakah pernah menderita diare sebelumnya, karena alergi makanan atau lainnya.

4. Kebutuhan dasar

a. Pola eliminasi: akan mengalami perubahan yaitu BAB lebih dari 4 kali sehari, BAK sedikit atau jarang.

b. Pola nutrisi: diawali dengan mual, muntah, anoreksia, menyebabkan

penurunan berat badan pasien.

- c. Pola tidur dan istirahat akan terganggu karena adanya distensi abdomen yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman.
- d. Pola hygiene: kebiasaan mandi setiap hari.
- e. Aktivitas: akan terganggu karena kondisi tubuh yang lemah dan adanya nyeri akibat distensi abdomen.

5. Pemeriksaan fisik

- a. Pemeriksaan psikologis: keadaan umum tampak lemah, kesadaran composmentis sampai koma, suhu tubuh tinggi, nadi cepat dan lemah, pernapasan agak cepat.
- b. Pemeriksaan sistematis:
 - 1) Inspeksi: mata cekung, ubun-ubun besar, selaput lender, mulut dan bibir kering, berat badan menurun, anus kemerahan.
 - 2) Auskultasi: terdengarnya bising usus.
 - 3) Perkusi: adanya distensi abdomen.
 - 4) Palpasi: turgor kulit kurang elastis
- c. Pemeriksaan penunjang
- d. Pemeriksaan tinja, darah lengkap dan *duodenum intubation* yaitu untuk mengetahui penyebab secara kuantitatif dan kualitatif.

(Rudi Haryono, 2012)

2.4.2 Diagnosa keperawatan

- 1. Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif.
- 2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
- 3. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

- berhubungan dengan penurunan intake makanan.
4. Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.
 5. Gangguan pola tidur berhubungan dengan anxietas
(NANDA, 2012)
 6. Gangguan rasa nyaman: nyeri berhubungan dengan ditensi abdomen.
 7. Koping individu tak efektif berhubungan dengan nyeri.
 8. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi tentang penyakit
(Sharif La Ode, 2012)

2.4.3 Intervensi keperawatan

Diagnose 1:

Defisit volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

Tujuan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan keseimbangan volume cairan terpenuhi.

Kriteria hasil:

1. Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB
2. Tekanan darah, nadi, suhu tubuh dalam batas normal
3. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastisitas turgor kulit baik, membrane mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan.

Intervensi:

1. Observasi dan catat frekuensi, karakteristik, dan jumlah

Rasional : dapat diketahui berat ringannya diare dan status dehidrasi

2. Monitor status hidrasi (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik), jika diperlukan

Rasional : dapat diketahui keseimbangan cairan

3. Monitor vital sign

Rasional : hipotensi, takikardi, demam dapat menunjukkan respon/ efek kehilangan cairan.

4. Berikan dan anjurkan keluarga untuk memberikan minum yang banyak kurang lebih 2000 – 2500 cc per hari.

Rasional : agar klien mengetahui pentingnya kebutuhan cairan dalam tubuh

5. Kolaborasi dengan tenaga medis pemberian obat anti diare.

Rasional : untuk mempercepat kesembuhan

Diagnosa 2 :

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Tujuan:

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan suhu tubuh normal ($36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$)

kriteria hasil:

1. Suhu tubuh dalam rentang normal ($36^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$)
2. Nadi dan respiratori dalam rentang normal (Nadi: 60-100 x/m, Respiratori: 16-24 x/m).
3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

Intervensi:

1. Monitor suhu minimal tiap 2 jam
Rasional : deteksi dini terjadinya perubahan abnormal fungsi tubuh
(adanya infeksi)
2. Monitoring Tekanan darah, Nadi, dan Respiratori
Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien
3. Monitoring tanda-tanda hipertermi dan hipotermi
Rasional : mengetahui perkembangan hipertermi dan hipotermi
4. Tingkatkan intake cairan dan nutrisi
Rasional : mencegah terjadinya dehidrasi volume cairan
5. Berikan kompres pasien pada lipat bahu dan aksila
Rasional : merangsang pusat pengaturan panas untuk menurunkan produksi panas tubuh.
6. Kolaborasi dengan dokter pemberian anti piretik.
Rasional : untuk mempercepat menurunkan panas

Diagnose 3 :

Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan intake makanan.

Tujuan:

Setelah dilakukan tindakan perawatan selama 2x24 jam diharapkan nutrisi dapat terpenuhi.

Kriteria hasil:

1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan
2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan

3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
4. Tidak ada tanda-tanda mal nutrisi
5. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
6. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti.

Intervensi:

1. Kaji intake dan output makanan
Rasional : diketahui intake dan output makan
2. Berikan makanan yang bernilai gizi tinggi
Rasional : kebutuhan nutrisi sesuai dengan kebutuhan
3. Beri makanan yang disukai
Rasional : dengan makanan yang disukai pasien dapat lebih banyak makan
4. Beri makanan lunak dan rendah serat
Rasional : makanan rendah serat untuk memenuhi peristaltic usus
5. Monitor adanya penurunan berat badan
Rasional : untuk mengetahui perkembangan nutrisi
6. Monitor turgor kulit
Rasional : untuk mengetahui perkembangan nutrisi

Diagnosa 4:

Ansietas berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Tujuan :

Rasa cemas akan hilang

Kriteria hasil :

1. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas

2. Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
3. Vital sing dalam batas normal
4. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Intervensi:

1. Gunakan pendekatan yang menenangkan.
Rasional: pasien mampu merespon
2. Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien
Rasional: pasien mampu memahami
3. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
Rasional: pasien mengerti tindakan yang akan dilakukan
4. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut
Rasional: mengurangi rasa takut pasien
5. Berikan informasi factual mengenai diagnosis, tindakan prognosis.
Rasional: pasien mengerti tentang keadaannya
6. Identifikasi tingkat kecemasan
Rasional: mengetahui tingkat kecemasan pasien
7. Bantu pasien mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan
Rasional: mengetahui penyebab cemas
8. Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi
Rasional: pasien mampu menceritakan
9. Intruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi

Rasional: mengurangi rasa cemas

10. Berikan obat untuk mengurangi kecemasan

Rasional: mengurangi rasa cemas

Diagnosa 5:

Gangguan pola tidur berhubungan dengan anxietas

Tujuan perawatan : Setelah diberi asuhan keperawatan selama 2x24 jam
diharapkan tidur/ istirahat teratur (tidak terganggu)

Kriteria Hasil :

1. Pasien mengatakan tidak cemas
2. Pasien mengatakan tidur nyenyak
3. Pasien tampak tenang
4. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

1. Kaji kebutuhan pasien dapat istirahat
Rasional: diketahui waktu istirahat terpenuhi
2. Observasi tanda-tanda vital
Rasional: untuk mengetahui keadaan umum pasien
3. Ciptakan suasana yang nyaman saat tidur
Rasional: dengan suasana nyaman pasien dapat tidur nyenyak
4. Anjurkan pasien untuk cuci tangan dan kaki dengan air hangat
Rasional: dapat membuat pasien merasa segar dan nyaman
5. Anjurkan pasien untuk berdo'a sebelum tidur

Rasional: dengan berdo'a dapat merasa lebih tenang.

(NANDA, 2012)

2.4.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan adalah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap-tahap perencanaan. Pada tahap ini dilakukan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan klien secara optimal (Muhammad As'adi, 2012).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan.

Evaluasi merupakan langkah akhir proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota kesehatan lainnya, dimana tujuan evaluasi adalah menilai apakah tujuan dalam rencana tindakan tercapai, tercapai sebagian, atau tidak tercapai sama sekali (Muhammad As'adi, 2012).