

## BAB II

### TINJUAN PUSTAKA

Bab ini akan membahas mengenai tinjauan pustaka yang terdiri dari konsep dasar anak, konsep dasar penyakit, konsep dasar hipertermia, konsep dasar asuhan keperawatan.

#### A. Konsep Hospitalisasi Anak

##### 1. Stresor Hospitalisasi dan Reaksi Anak

Penyakit dan hospitalisasi sering kali menjadi masalah krisis yang harus dihadapi oleh anak. Anak-anak rentan sekali mengalami stress akibat perubahan dari keadaan sehat ke sakit. Anak memiliki pola mekanisme koping yang terbatas untuk menyelesaikan *stressor* (Wong et al., 2021).

##### a. Cemas akibat perpisahan

Menurut Wong *et al.* (2021) stress utama dari masa bayi sampai usia prasekolah, terutama untuk anak-anak 6-30 bulan adalah kecemasan akibat perpisahan. Bayi yang baru lahir akan merespon kecemasan berupa menangis, berteriak, dan bayi tidak aktif dalam disetiap aktivitas. Di masa anak-anak awal akan menunjukkan sikap marah sedangkan di masa anak-anak akhir dan remaja mereka akan bersikap merasa kehilangan rutinitasnya dan merasa khawatir. Di masa anak-anak akhir dan remaja akan merasakan depresi selama hospitalisasi.

##### b. Kehilangan kendali

Salah satu faktor yang memengaruhi jumlah stress akibat hospitalisasi adalah jumlah kendali yang orang tersebut rasakan. Kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat memengaruhi keterampilan koping anak-anak. Kehilangan kendali yang dialami oleh bayi ketika asuhan yang diberikan tidak konsisten dan penyimpangan dari rutinitas harian bayi tersebut dapat menyebabkan rasa tidak percaya dan menurunkan rasa kendali. Di usia toddler ketika mengalami kehilangan kendali rutinitas mereka akan terhambat dan

terganggu seperti terbatasnya waktu bermain, makan, mandi, dan aktivitas lainnya. Anak prasekolah juga menderita akibat kehilangan kendali karena mereka melihat dari pengalaman dari sudut pandang mereka sendiri. Sebagai respon terhadap pemikiran semacam ini anak biasanya merasa malu, salah, dan takut. Anak usia sekolah biasanya juga rentan terhadap kejadian-kejadian yang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka. Anak-anak tersebut akan merasakan kebosanan selama hospitalisasi yang berdampak depresi, bermusuhan, atau frustrasi. Remaja dapat merespon kehilangan kendali berupa terhadap ketergantungan dengan penolakan seperti tidak mau bekerja sama atau menarik diri.

c. Cedera tubuh dan nyeri

Menurut Wong *et al.* (2021) dalam merawat anak, perawat harus menghormati kekhawatiran anak terhadap cedera tubuh dan reaksi terhadap nyeri sesuai dengan periode perkembangannya. Usia bayi sangat sulit untuk diajak berkomunikasi sehingga bayi merespon nyeri dengan perubahan frekuensi jantung, memukul, menangis dengan keras sehingga kemungkinan menimbulkan stres dengan pemahaman, dan ketakutan. Reaksi toddler terhadap nyeri juga bereaksi dengan kemarahan emosional yang kuat dan resistensi fisik terhadap pengalaman nyeri baik yang aktual maupun yang dirasakan. Perilaku yang mengindikasikan nyeri antara lain, meringis kesakitan, mengatupkan gigi atau bibir, membuka mata lebar-lebar, mengguncang-guncang, menggosok-gosok, bertindak agresif, menendang, memukul, atau melarikan diri. Pada anak prasekolah akan merespon nyeri berdasarkan apa yang mereka lihat secara langsung. Prosedur intrusif baik yang menimbulkan nyeri maupun yang tidak merupakan ancaman bagi mereka. Anak usia sekolah tidak begitu khawatir terhadap nyeri karena kemampuan kognitif mereka sedang berkembang. Mereka merasa khawatir jika kehilangan suatu fungsi di tubuh mereka sehingga mereka selalu mencari informasi terkait suatu

kondisi. Biasanya remaja merespon terhadap nyeri dengan ketidaknyamanan terhadap diri mereka sendiri sehingga menimbulkan kekhawatiran.

## **B. Konsep Penyakit Demam Typhoid**

### **1. Definisi**

Demam *Typhoid* adalah salah satu penyakit infeksi akut yang terjadi pada usus halus yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhosa* dan hanya terdapat pada manusia. Demam *Typhoid* biasanya dialami kurang lebih selama satu minggu. Demam tinggi muncul dimulai dari waktu sore hari sampai malam hari dan demam akan turun di waktu pagi hari (Marni, 2016).

Demam *Typhoid* merupakan infeksi klinis yang disebabkan oleh organisme *Salmonella* yang menyerang usus halus. Penyakit ini bisa terjadi pada klien yang pertahanan imunitas tubuhnya menurun. Penderita akan mengalami gangguan sistem pencernaan seperti nyeri di bagian perut yang berlangsung selama kurang lebih satu minggu disertai suhu tubuh yang meningkat bahkan ada yang mengalami gangguan kesadaran (Abraham, 2014).

Berdasarkan kedua definisi di atas dapat disimpulkan demam *Typhoid* merupakan penyakit infeksi akut yang disebabkan oleh bakteri *Salmonella typhosa* yang menyerang usus halus. Klien yang terinfeksi bakteri ini akan menimbulkan gejala meningkatnya suhu tubuh dan disertai gangguan sistem pencernaan seperti nyeri di bagian perut. Demam *Typhoid* akan berlangsung kurang lebih selama satu minggu dan terjadi pada waktu sore sampai malam hari.

## 2. Etiologi

Penyebab demam *Typhoid* adalah dari bakteri *Salmonella typhi*. *Salmonella typhi* yang merupakan mikroorganisme patogen berada di jaringan limfatik usus halus, hati, limpa, dan aliran darah yang terinfeksi. Bakteri *Salmonella typhi* ini merupakan basil gram-negatif yang akan nyaman hidup dalam suhu tubuh manusia. Kuman ini tidak dapat berkembang pada suhu sekitar 70°C. Masa inkubasi demam *Typhoid* ini sekitar 7-20 hari. Namun, ada juga yang memiliki masa inkubasi paling pendek yaitu tiga hari, dan paling panjang 60 hari (Marni, 2016).

## 3. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala demam *Typhoid* pada anak terjadi demam tinggi kurang lebih satu minggu disertai nyeri kepala hebat dan gangguan saluran pencernaan, bahkan ada yang sampai mengalami gangguan kesadaran (Marni, 2016). Gejala klinis yang biasa ditemukan bagi penderita demam *Typhoid* pada anak adalah sebagai berikut (Siringoringo et al., 2020).

### c. Demam

Demam adalah gejala utama penderita demam *Typhoid*. Gejala demam tinggi pada anak umumnya terjadi di sore hari sampai malam hari. Demam akan turun pada pagi hari. Anak juga dapat mengalami kejang dikarenakan suhu terlalu tinggi.

### c. Gangguan saluran pencernaan

Anak yang mengalami demam *Typhoid* akan merasakan nyeri pada bagian perut, mual, muntah, tidak nafsu makan, bagian lidah ditutupi oleh bercak putih, ujung lidah akan kelihatan kemerahan, dan bahkan ada yang mengalami diare.

### c. Gangguan Kesadaran

Umumnya kesadaran pasien akan menurun, yaitu apatis sampai samnolen. Penurunan kesadaran ini biasa disebabkan oleh demam.

c. Hepatosplenomegali

Berdasarkan dilakukannya pemeriksaan fisik akan ditemukan pembesaran hati dan limfa ditandai adanya nyeri tekan.

4. Patofisiologi

Menurut Lestari (2020) dan Marni (2016) patofisiologi khususnya pada demam *Typhoid* terjadi karena bakteri *Salmonella typhosa* masuk ke saluran pencernaan, khususnya usus halus bersama makanan melalui pembuluh limfe. Ketika bakteri tersebut masuk ke dalam sistem pencernaan akan mengalami pengikisan pada lambung menyebabkan efek seperti mual dan muntah sehingga membuat penderita tidak nafsu untuk makan dan berubahnya kadar serum elektrolit. Bakteri ini masuk ke jaringan limfoid mesenterika. Ketika bakteri berada di usus halus akan terjadi nekrosis dan peradangan. Bakteri yang berada pada jaringan limfoid tersebut masuk ke peredaran darah menuju hati dan limpa. Biasanya di siklus ini pasien akan merasakan nyeri. Biasanya ketika pasien merasakan nyeri akan mengalami perubahan status kesehatan dan kurangnya terpapar informasi sehingga pasien ini mengalami kurangnya pengetahuan bahkan lebih parahnya lagi pasien akan mengalami kecemasan. Bakteri tersebut akan keluar dari hati dan limpa kemudian, kembali ke usus halus dan bakteri mengeluarkan endotoksin yang bisa menyebabkan reinfeksi dan berkembang biak di usus halus. Bakteri *Salmonella typhosa* dan endotoksin merangsang sintesis dan pelepasan pirogen yang akhirnya beredar di darah dan mempengaruhi pusat termogulator di hipotalamus yang menimbulkan gejala demam. Meningkatnya suhu tubuh yang tidak di atasi akan mengalami gangguan kesadaran. Kuman menyebar ke seluruh tubuh melalui sistem peredaran darah serta dapat menyebabkan terjadinya tukak mukosa yang mengakibatkan perdarahan dan perforasi.



## 6 Komplikasi

Demam *Typhoid* pada anak dapat menyebabkan terjadinya komplikasi dan dibagi menjadi dua kategori yaitu komplikasi *intestinal* dan *extra intestinal*. Komplikasi *intestinal* terjadi karena adanya pendarahan di usus, perforasi, ileus parolitik, dan peritonitis. Komplikasi *extra intestinal* adalah proses inflamasi dapat menimbulkan gejala nyeri hebat dan dapat menyebabkan syok kardiogenik. Infeksi dapat menyebar ke berbagai organ lain dan menyebabkan penderita mengalami pneumonia, bronchitis, kolelitiasis, dan, perdarahan pada meningen dan miokarditis (Siringoringo et al., 2020).

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada pasien demam *Typhoid* adalah sebagai berikut (Marni, 2016)

### a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium akan melihat kenaikan leukosit atau leukositosis ( $20.000-25.000/mm^3$ ). Laju endap darah meningkat dan terdapat gambaran leukosit normokromik normositik. Tidak hanya itu, dapat ditemukan leukopenia dengan limfositosis relatif

### b. Pemeriksaan bakteriologis

Melakukan pemeriksaan bakteriologis untuk memastikan diagnosis demam *Typhoid* dengan cara melalui biakan darah, feses, urin, sumsum tulang ataupun duodenum. Pada pasien demam *Typhoid*, biasanya dilakukan biakan darah pada minggu pertama, biakan feses dilakukan pada minggu kedua, dan biakan urin dilakukan pada minggu ketiga.

### c. Pemeriksaan serologis

Pemeriksaan serologis juga dilakukan untuk mendiagnosis demam *Typhoid* dengan cara menggunakan Tes Widal. Dengan dasar reaksi aglutinasi antara antigen *Salmonella typhosa* dan antibodi pada serum pasien.

## 8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan untuk penderita demam *Typhoid* adalah sebagai berikut (Marni, 2016).

### a. Perawatan

- 1) Pasien yang mengalami demam *Typhoid* harus segera dirawat di Rumah Sakit dikarenakan pasien memerlukan istirahat selama kurang lebih 1 minggu.
- 2) Pasien yang mengalami demam *Typhoid* harus diberikan pengawasan yang ketat agar tidak terjadi komplikasi.
- 3) Pasien boleh mobilisasi sewajarnya dan tidak melakukan aktivitas berat yang membutuhkan banyak energi.

### b. Diet

- 1) Pengaturan pola makan sangat penting pada penderita demam *Typhoid* mengingat organ yang terganggu yaitu sistem pencernaan khususnya usus halus.
- 2) Jika pasien tidak sadar, maka dapat diberikan makanan bubur cair dengan menggunakan *Nasogastric Tube*.
- 3) Jika pasien sadar, maka pemberian makanan bisa nasi yang saring.
- 4) Jika kondisi pasien sudah membaik, maka ditingkatkan makanannya menjadi bubur kasar.
- 5) Jika pasien sudah normal, maka dapat diberikan nasi biasa dan diberikan susu dua gelas sehari.

### c. Obat-obatan

Penatalaksanaan pada demam *Typhoid* dilakukan dengan pemberian obat-obatan sejenis terapi simptomatis dan pemberian antibiotik jika sudah ditegakkan diagnosis. Berikut adalah penjelasan jenis-jenis obat yang digunakan dalam penyembuhan demam *Typhoid*:

#### 1) Simptomatis

Obat yang diberikan secara simptomatis contohnya ketika pasien mengalami mual maka diberikan obat antiemetik. Tidak hanya diberikan antiemetik pada pasien yang mengalami demam boleh

juga ditambahkan vitamin guna meningkatkan imun tubuh penderita.

2) Antibiotik

Pada penderita demam *Typhoid* biasanya diberikan antibiotik yang berguna untuk mengatasi penyakit ini. Berikut adalah golongan-golongan antibiotik yang sering digunakan dalam proses penyembuhan:

- a) Kloramfenikol dengan dosis 50mg/kgBB/hari terbagi dalam 3-4 kali pemberian bisa melalui oral maupun intavena selama 14 hari.
  - b) Kotrimoksazol diberikan dengan dosis 8mg/kgBB/hari terbagi dalam 2-3 kali pemberian melalui oral
  - c) Amoksisilin diberikan dengan dosis 100mg/kgBB/hari terbagi dalam 3-4 kali pemberian bisa melalui oral maupun intavena selama 21 hari.
  - d) Seftriakson diberikan dengan dosis 75mg/kgBB/hari terbagi dalam 1-2 kali sehari.
- d. Selain diberikannya obat-obatan yang digunakan dalam penyembuhan demam *Typhoid*, terapi yang bisa dilaksanakan adalah water tepid sponge water tepid sponge dapat dilakukan dibagian ketiak, leher, maupun selangkangan yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh pasien.

### C. Konsep Dasar Hipertermia

#### 1. Definisi

Menurut Tim Pokja SDKI, (2017) hipertermia adalah di mana kenaikan suhu tubuh di atas rentang normal suhu. Hipertermia suatu keadaan seseorang mengalami meningkatnya suhu tubuh secara terus-menerus biasanya terjadinya proses infeksi atau peningkatan kerentanan terhadap faktor eksternal (Idayanti et al., 2022).

#### 2. Penyebab

Penyebab dari kenaikan suhu tubuh menurut Tim Pokja SDKI, (2017) adalah sebagai berikut:

- a. Dehidrasi
- b. Terpapar lingkungan panas
- c. Proses penyakit (Infeksi dan kanker)
- d. Ketidak sesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e. Peningkatan laju metabolisme
- f. Respon trauma
- g. Aktivitas berlebihan
- h. Penggunaan incubator

#### 3. Tanda dan Gejala Hipertermia

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) hipertermia memiliki gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor. Adapun gejala dan tanda nya adalah sebagai berikut:

- a. Gejala dan tanda mayor
  - 1) Suhu tubuh berada di atas normal
- b. Gejala dan tanda minor
  - 1) Kulit merah
  - 2) Kejang
  - 3) Takikardi
  - 4) Takipnea

5) Kulit teraba hangat

4. Kondisi Klinis Terkait

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) hipertermia memiliki enam kategori dengan kondisi klinis terkait adalah sebagai berikut:

- a. Proses infeksi
- b. Hipertiroid
- c. Stroke
- d. Dehidrasi
- e. Trauma
- f. Prematuritas

**D. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan**

Konsep dasar asuhan keperawatan khususnya demam *Typhoid* pada anak adalah sebagai berikut (Lestari, 2020).

1. Pengkajian Keperawatan

a. Identitas klien

Identitas klien meliputi nama, umur, jenis kelamin, suku, agama, alamat.

b. Identitas penanggung jawab

Nama ayah atau Ibu, umur, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat rumah.

c. Kaji keluhan utama pasien

Kaji riwayat penyakit sekarang sejak kapan mulai demam, mulai merasakan tidak berselera makan, apakah ada mual, muntah, lemas, nyeri di bagian perut, nyeri kepala, apakah terdapat pembesaran hati dan limpa, apakah terdapat gangguan kesadaran, terdapat komplikasi misalnya pendarahan, perforasi, peritonitis, dan sebagainya.

d. Riwayat kesehatan sekarang

Kaji apakah pasien mengeluh lemas, tidak nafsu makan, mual dan muntah, merasakan meriang, mengeluh sakit perut.

e. Riwayat kesehatan masa lalu

Kaji riwayat penyakit dahulu apakah sebelumnya pernah menderita penyakit yang sama, apakah anggota keluarga juga pernah sakit yang sama, apakah sebelumnya pasien pernah sakit, apakah sampai dirawat, dan sakit apa.

f. Riwayat tumbuh kembang

1) Pertumbuhan fisik

- a) Berat badan saat lahir
- b) Panjang badan saat lahir
- c) APGAR skor
- d) Berat badan sebelum di Rumah Sakit
- e) Berat badan sekarang
- f) Tinggi badan

2) Perkembangan tiap tahap

- a) Berguling
- b) Duduk
- c) Merangkak
- d) Berdiri
- e) Berjalan
- f) Senyum kepada orang lain pertama kali
- g) Bicara pertama kali
- h) Berpakaian tanpa bantuan

g. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

- Antropometri: BB: TB: LILA: LD: LK: LP:

2) Kesadaran: E: V: M:

3) Tanda-tanda vital: S: N: RR: TD:

h. Pemeriksaan *head to toe*

Lakukan pemeriksaan fisik kesadaran pasien dan pemeriksaan dari kepala sampai ujung kaki yang meliputi:

- 1) Kepala: inspeksi kebersihan dan rambut.
  - 2) Wajah: inspeksi kesimetrisan wajah.
  - 3) Mata: inspeksi bagian sklera, konjungtiva, reflex pupil.
  - 4) Telinga: inspeksi pastikan telinga tidak ada serumen dan telinga simetris kiri dan kanan.
  - 5) Hidung: inspeksi hidung tidak ada secret dan palpasi pastikan tidak ada nyeri tekan.
  - 6) Mulut: inspeksi bibir apakah pucat, lidah kotor, kelengkapan gigi, dan pembesaran tonsil.
  - 7) Leher: inspeksi pastikan tidak ada distensi vena jugularis dan melakukan palpasi tidak ada pembesaran kelenjar limfe.
  - 8) Dada: inspeksi ekspansi paru-paru simetris kanan kiri, palpasi lakukan taktil fremitus teraba, perkusi hasil redup pada daerah jantung, auskultasi hasil tidak ada bunyi tumbukan.
  - 9) Perut: palpasi perut pastikan tidak ada nyeri tekan dan perut mengeras seperti papan.
  - 10) Ekstermitas atas dan bawah: amati pergerakan baik kiri maupun kanan.
  - 11) Kulit: cek apakah kulit teraba hangat atau tidak.
- i. Riwayat nutrisi  
Riwayat orang tua dalam pemberian ASI, pemberian susu formula, dan pemberian makanan tambahan.
  - j. Riwayat psikososial  
Pengkajian terhadap lingkungan tempat tinggal, hubungan orang tua dan anak, dan pola bermain anak dengan teman sebaya.
  - k. Riwayat spiritual  
Pengkajian terhadap ibadah anak.
  - l. Reaksi hospitalisasi  
Pengkajian terhadap pemahaman orang tua tentang penyakit yang dialami oleh anak.

m. Data penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan seperti pemeriksaan diagnostik (HB, Leukosit, N Segment, Lymfosit, Monosit, Trombosit, Widal, HT).

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI (2017) diagnosa keperawatan pada pasien yang mengalami demam *Typhoid* adalah sebagai berikut:

- a. Hipertermia berhubungan dengan prosesnya inflamasi.
- b. Neusea berhubungan dengan iritasi lambung.
- c. Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah.
- d. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.
- e. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- f. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
- g. Konfusi akut berhubungan dengan delirium.

### 3. Rencana Keperawatan

No.	Diagnosa	Perencanaan	
		Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipertermia berhubungan dengan prosesnya inflamasi (D:0130)	<p><b>Termogulasi (L.14134)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka termoregulasi membaik, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Suhu tubuh dalam rentang normal</li> <li>2) Suhu kulit tidak teraba hangat/panas</li> </ol>	<p><b>Manajemen Hipertermia (I.15506)</b> <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab hipertermia. (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator).</li> <li>2) Monitor suhu tubuh.</li> <li>3) Monitor kadar elektrolit.</li> <li>4) Monitor urine.</li> <li>5) Monitor komplikasi akibat hipertermia.</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan lingkungan yang dingin.</li> <li>2) Longgarkan atau lepaskan pakaian.</li> <li>3) Basahi dan kipas permukaan tubuh</li> <li>4) Berikan cairan oral.</li> <li>5) Ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih).</li> <li>6) Lakukan pendinginan eksternal (kompres dingin).</li> <li>7) Pemberian oksigen, jika perlu.</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan tirah baring.</li> </ol> <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.</li> </ol>
2.	Neusea berhubungan dengan iritasi lambung (D.0076)	<p><b>Tingkat Nausea (L.08065)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nausea menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nafsu makan meningkat</li> </ol>	<p><b>Manajemen Mual (I.03117)</b> <i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi pengalaman mual.</li> </ol>

		<p>2) Keluhan mual menurun 3) Perasaan ingin muntah menurun</p>	<p>2) Identifikasi isyarat non verbal ketidaknyamanan (mis. Bayi dan anak-anak tidak dapat berkomunikasi secara efektif). 3) Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. Nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab, dan tidur). 4) Identifikasi penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur). 5) Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan). 6) Monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan). 7) Monitor asupan nutrisi dan kalori.</p>
3.	<p>Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan muntah (D.0037)</p>	<p><b>Keseimbangan Cairan (L.03020)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka keseimbangan cairan meningkat, dengan Kriteria Hasil: 1) Asupan makan meningkat 2) Dehidrasi meningkat 3) Intake cairan membaik 4) Tekanan nadi membaik 5) Intake cairan membaik 6) Turgor kulit membaik 7) Berat badan membaik</p>	<p><b>Pemantauan Elektrolit (L.030122)</b> <b>Observasi</b> 1) Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit. 2) Pantau kadar elektrolit serum. 3) Monitor mual, muntah dan diare. 4) Monitor kehilangan cairan, jika perlu . 5) Monitor tanda dan gejala hipokalemia (mis. kelemahan otot, interval QT memanjang, gelombang T datar atau terbalik, depresi segmen ST, gelombang U, kelelahan, parestesia, penurunan refleks, anoreksia, konstipasi, motilitas usus menurun, pusing, depresi pernapasan). 6) Monitor tanda dan gejala hiperkalemia (mis. peka rangsang, gelisah, mual, muntah, takikardia mengarah ke bradikardia, fibrilasi/takikardia ventrikel, gelombang T tinggi, gelombang P datar, kompleks QRS tumpul, blok jantung mengarah asistol). 7) Monitor tanda dan gejala hiponatremia (mis. disorientasi, otot berkedut, sakit kepala, membran</p>

			<p>mukosa kering, hipotensi postural, kejang, letargi, penurunan kesadaran)</p> <p>8) Monitor tanda dan gejala hipernatremia (mis. haus, demam, mual, muntah, gelisah, peka rangsang, membran mukosa kering, takikardia, hipotensi, letargi, konfusi, kejang).</p> <p>9) Monitor tanda dan gejala hipokalsemia (mis. peka rangsang, tanda Chvostek [spasme otot wajah], tanda Trousseau [spasme karpal], kram otot, interval QT memanjang).</p> <p>10) Monitor tanda dan gejala hiperkalsemia (mis. nyeri tulang, haus, anoreksia, letargi, kelemahan otot, segmen QT memendek, gelombang T lebar, kompleks QRS lebar, interval PR memanjang).</p> <p>11) Monitor tanda dan gejala hipomagnesemia (mis. depresi pernapasan, apatis, tanda Chvostek, tanda Trousseau, konfusi, disritmia).</p> <p>12) Monitor tanda dan gejala hipermagnesemia (mis. kelemahan otot, hiporefleks, bradikardia, depresi SSP, letargi, koma, depresi).</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Atur interval waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>2) Dokumentasikan hasil pemantauan.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.</p> <p>2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</p>
4.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis (D.0077)	<p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat nyeri menurun, dengan Kriteria Hasil:</p>	<p><b>Manajemen Nyeri (L.08238)</b> <b>Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri.</p> <p>2) Identifikasi skala nyeri.</p>

		<p>1) Keluhan nyeri menurun</p>	<p>3) Identifikasi respon nyeri non verbal.  4) Identifikasi faktor memperberat nyeri dan memperingan nyeri.  5) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.  6) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri.  7) Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas.  8) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.  9) Monitor efek samping penggunaan alatetik.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi music, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain).  2) Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri (mis. suhu Ruangan, pencahayaan, kebisingan).  3) Fasilitas istirahat dan tidur.  4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.  2) Jelaskan strategi meredakan nyeri.  3) Anjurkan monitor nyeri secara mandiri.  4) Anjurkan menggunakan analgetic secara tepat.  5) Anjurkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi.</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1) Kolaborasi pemberian analgetic, jika perlu.</p>
5.	<p>Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D-0080)</p>	<p><b>Tingkat Ansietas (L.09093)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat ansietas menurun, dengan Kriteria Hasil:</p>	<p><b>Reduksi Ansietas (L.09314)</b>  <b>Observasi</b></p> <p>1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stresor).</p>

	<p>1) Perilaku gelisah menurun</p>	<p>2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan.  3) Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal).</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.</li> <li>2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan.</li> <li>3) Pahami situasi yang membuat ansietas.</li> <li>4) Dengarkan dengan penuh perhatian.</li> <li>5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan.</li> <li>6) Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan.</li> <li>7) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</li> <li>8) Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami.</li> <li>2) Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis.</li> <li>3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien.</li> <li>4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan.</li> <li>5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi.</li> <li>6) Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan.</li> <li>7) Latih menggunakan mekanisme pertahanan diri yang tepat.</li> <li>8) Latih teknik relaksasi.</li> </ol>
--	------------------------------------	--

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian obat antiansiets.</li> </ol>
6.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)	<p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat pengetahuan membaik, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> <li>2) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat</li> <li>3) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> </ol>	<p><b>Edukasi kesehatan (I.12383)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.</li> <li>2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan.</li> <li>2) Jadwal pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan.</li> <li>3) Berikan kesempatan untuk bertanya.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.</li> <li>2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> <li>3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.</li> </ol>
7.	Konfusi akut berhubungan dengan delirium (D.0064)	<p><b>Tingkat konfusi (L.06054)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat konfusi menurun, dengan Kriteria Hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2) Gelisah menurun</li> </ol>	<p><b>Manajemen Delirium (I.03117)</b> <b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi faktor risiko delirium (mis. hipertermia).</li> <li>2) Identifikasi tipe delirium (mis. Hipoaktif, hiperaktif, campuran).</li> <li>3) Monitor status neurologis dan tingkat delirium.</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan pencahayaan yang baik.</li> <li>2) Sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca.</li> <li>3) Hindari stimulus sensorik berlebihan (mis. Televisi, pengumuman intercom).</li> <li>4) Lakukan pengkangan fisik, sesuai indikasi.</li> </ol>

			<p>5) Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya.</p> <p>6) Batasi pembuatan keputusan.</p> <p>7) Hindari memvalidasi mis persepsi atau interpretasi realita yang tidak akurat (mis. Halusinasi, waham).</p> <p>8) Nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan, dan tidak argumentatif.</p> <p>9) Fokus apa yang di kenali dan bermakna saat interaksi interpersonal.</p> <p>10) Lakukan reorientasi</p> <p>11) Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten.</p> <p>12) Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi sensori, reorientasi, meningkatkan perilaku yang sesuai.</p> <p>13) Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang.</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu.</p> <p>2) Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (mis. Kacamata, alat bantu dengar, dan gigi palsu).</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1) Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi.</p>
--	--	--	--

Sumber: Tim pokja SDKI DPP PPNI (2017); Tim pokja SIKI DPP PPNI (2018); Tim pokja SLKI DPP PPNI (2022)  
Tabel 2.1 Rencana Keperawatan.