

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### A. Konsep Dasar Hipertermi

#### 1. Pengertian Hipertermi

Pengaturan suhu tubuh manusia merupakan hasil keseimbangan produksi dan pelepasan panas. Demam adalah keadaan suhu tubuh di atas normal akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus yang dipengaruhi oleh *interleukin-1*; merupakan respons fisiologis. Dikatakan demam adalah apabila suhu tubuh  $38^{\circ}\text{C}$  (IDAI, 2015 dalam Carlson, 2020).

Demam merupakan kejadian dimana suhu tubuh di atas normal yang diakibatkan dari peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (Termoregulasi) di hipotalamus. Hipotalamus adalah suatu tempat pengaturan sistem saraf pusat terhadap suhu tubuh (Termoregulasi). Seorang anak dikatakan demam bila suhu tubuh  $>37,5^{\circ}\text{C}$ . Demam sebagai suatu bentuk sistem pertahanan yang menyebabkan perubahan mekanisme pengaturan suhu tubuh mengakibatkan kenaikan suhu tubuh di atas normal sebagai akibat perubahan pusat termoregulasi yang terletak di hipotalamus (Sodikin, 2016).

Demam juga diartikan sebagai meningkatnya suhu tubuh secara abnormal yang sebagian orang tua beranggapan bahwa demam berbahaya bagi kesehatan anak. Demam umumnya terjadi sebagai reaksi dari sistem imun dalam melawan infeksi virus, bakteri, jamur, atau parasite penyebab penyakit (Setiawan, 2017).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas, peneliti menyimpulkan bahwa demam adalah suhu tubuh di atas normal yaitu  $> 38^{\circ}\text{C}$  kejadian dimana suhu tubuh di atas normal yang diakibatkan oleh perubahan pada pusat panas (termoregulasi) di hipotalamus.

## 2. Klasifikasi hipertermi

Kriteria demam bervariasi menurut umur, metode pengukuran, bagian tempat pengukuran, dan waktu pengukuran dilakukan, yang perlu diperhatikan juga variasi suhu normal dalam siklus satu hari yaitu saat pagi dan sore hari. Adapun kriteria rentang suhu berdasarkan tempat pengukuran, yaitu (Lusia, 2015) :

- a. Pengukuran pada anus, telinga, dan arteri temporal yaitu 37,8°C-38°C
- b. Pengukuran dalam mulut 37,5°C-37,7°C
- c. Pengukuran melalui ketiak 37,2°C-37,5 °C.

Berdasarkan kategori demam pengukuran suhu di ketiak yaitu sebagai berikut:

- a. Demam rendah: 37,2 °C
- b. Demam sedang: 38,3-39,5 °C
- c. Demam tinggi: >39,5 °C

Tabel 2.1 Kisaran Suhu Normal menurut Tempat Pengukurannya

Tempat Pengukuran	Kisaran Suhu Normal
Rektal	36,6°C - 38°C (97,9°F - 100,4°F)
Telinga	35,8°C - 38°C (96,4°F - 100,4°F)
Oral	35,5°C - 37,5°C (95,9°F - 99,5°F)
Aksial	36,5°C - 37,5°C (97,8°F - 99,5°F)

Sumber : *Canadian Paediatric Society*, (2017)

## 3. Tipe Demam

Menurut Nelwan (2017) demam pada anak terbagi menjadi beberapa tipe antara lain :

- a. Demam Septik

Demam septik adalah suhu tubuh berangsur naik ketinggian yang lebih tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ketinggian diatas normal pada pagi hari. Demam septik sering disertai keluhan menggigil dan berkeringat.

b. Demam Remiten

Demam remiten adalah suhu tubuh dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu normal. Demam ini merupakan demam yang paling sering ditemukan dipraktik klinik.

c. Demam Intermitten

Demam intermiten adalah demam dengan suhu tubuh kembali normal setiap hari, umumnya pada pagi hari dan puncaknya pada siang hari. Demam ini merupakan jenis demam terbanyak kedua yang ditemukan di praktik klinik.

d. Demam Kontinyu

Demam kontinyu adalah demam dengan variasi suhu tubuh sepanjang hari tidak berbeda  $>1^{\circ}\text{C}$ .

e. Demam Siklik

Demam siklik adalah demam yang terjadi dengan kenaikan suhu tubuh selama beberapa hari yang diikuti oleh periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

4. Etiologi Hipertermi

Secara garis besar terdapat dua kategori demam yang seringkali diderita anak yaitu demam infeksi dan demam non infeksi (Widjaja, 2016).

a. Demam Infeksi

Demam infeksi adalah demam yang disebabkan oleh masuknya patogen, misalnya kuman, bakteri, dan virus kedalam tubuh. Kuman, bakteri dan virus dapat masuk ke dalam tubuh manusia melalui berbagai cara, misalnya melalui makanan, udara, atau persentuhan tubuh. Imunisasi juga merupakan penyebab demam infeksi karena saat melakukan imunisasi berarti seseorang telah dengan sengaja memasukkan kuman, bakteri dan virus yang sudah dilemahkan kedalam

tubuh dengan tujuan membuat anak menjadi kenal terhadap penyakit tertentu. Beberapa penyakit yang dapat menyebabkan infeksi dan akhirnya menyebabkan demam pada anak antara lain yaitu tetanus, demam berdarah, tifus dan rubella.

b. Demam Non Infeksi

Demam non infeksi adalah demam yang bukan disebabkan oleh masuknya bibit penyakit ke dalam tubuh. Demam ini jarang diderita oleh manusia dalam kehidupan sehari-hari. Demam non infeksi timbul karena adanya kelainan pada tubuh yang dibawa sejak lahir, dan tidak ditangani dengan baik. Contoh demam non infeksi antara lain demam yang disebabkan oleh adanya kelainan degeneratif atau kelainan bawaan dan demam karena stress atau demam yang disebabkan oleh adanya penyakit-penyakit berat misalnya leukemia dan kanker.

5. Manifestasi Klinis Hipertermi

Menurut Nurarif (2015) manifestasi klinis demam sebagai berikut:

- a. Anak rewel (suhu lebih tinggi dari  $37,5^{\circ}\text{C}$ )
- b. Kulit kemerahan
- c. Hangat pada sentuhan
- d. Peningkatan frekuensi pernafasan
- e. Mengigil
- f. Dehidrasi

## 6. Fase Terjadinya Hipertermi

Menurut Kumalasasi, dkk. (2023) terdapat beberapa fase saat terjadinya demam yaitu fase awal, fase proses, dan fase pemulihan dimana setiap fase memiliki beberapa tanda-tanda klinis sebagai berikut:

### a. Fase Awal

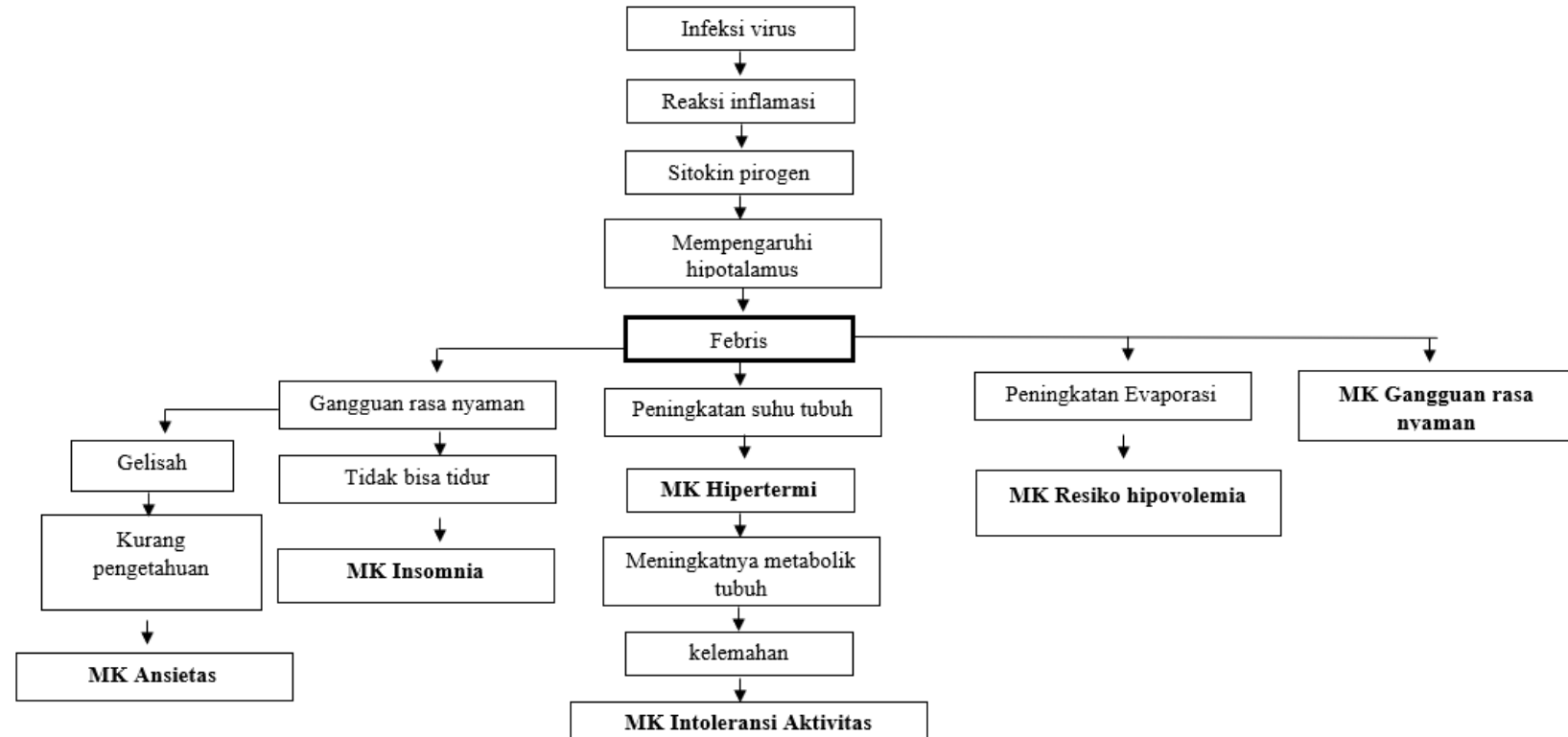
Pada fase ini akan terdapat beberapa tanda klinis yaitu peningkatan denyut jantung, peningkatan laju dan kedalaman pernafasan, menggigil, pucat, merasakan sensasi kedinginan, keringat berlebihan, dan peningkatan suhu tubuh.

### b. Fase Proses

Pada fase ini akan terdapat beberapa tanda klinis yaitu proses menggigil menghilang, kulit teraba hangat, merasa tidak panas namun merasa dingin, rasa haus meningkat, mengalami dehidrasi, sering mengantuk, nafsu makan menurun, lemah, dan letih serta nyeri ringan pada otot.

### c. Fase Pemulihan

Pada fase ini akan terdapat beberapa tanda klinis yaitu kulit tampak merah dan hangat, menggigil namun ringan, dan kemungkinan mengalami dehidrasi.

8. *Pathway* HipertermiaSkema 2.1 *Web Of Cause febris/demam*

Sumber : (Dian Novita Kumalasasi, dkk, 2023).

## 9. Patofisiologi Hipertermi

Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi berinteraksi dengan mekanisme pertahanan hospes. Saat mekanisme ini berlangsung bakteri akan difagositosis oleh leukosit, makrofag, serta limfosit yang memiliki granula dalam ukuran besar. Seluruh sel ini kemudian mencerna hasil pemecahan bakteri dan melepas zat interleukin dalam cairan tubuh. Dengan peningkatan suhu tubuh terjadi peningkatan kecepatan metabolisme. Jika hal ini disertai dengan penurunan masuknya makanan ke dalam tubuh akibat anoreksia, maka simpanan karbohidrat, protein serta lemak menurun dan metabolisme tenaga dan lemak dalam tubuh cenderung dipecah dan terdapat oksidasi tidak lengkap dari lemak. Dengan terjadinya peningkatan suhu, tenaga konsentrasi normal dan pikiran lobus hilang. Jika tetap terjadi pada anak maka anak akan mengalami keadaan bingung, pembicaraan menjadi inkoheren dan akibatnya ditambah dengan timbulnya stupor dan koma. Kekurangan cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan demam, karena cairan dan elektrolit ini mempengaruhi keseimbangan termoregulasi di hipotalamus. Jadi apabila terjadi dehidrasi atau kekurangan cairan dan elektrolit maka keseimbangan termoregulasi di hipotalamus terganggu (Yahya, 2018).

## 10. Komplikasi

Menurut Nurarif (2015) komplikasi dari demam adalah:

- a. Dehidrasi : demam meningkatkan penguapan cairan tubuh
- b. Kejang demam : jarang sekali terjadi (1 dari 30 anak demam). Sering terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Serangan dalam 24 jam pertama demam dan umumnya sebentar, tidak berulang. Kejang demam ini juga tidak membahayakan otak.

## 11. Penatalaksanaan Hipertermi

Menurut Sodikin (2019) penanganan terhadap demam dapat dilakukan dengan cara yaitu tindakan farmakologis, tindakan non farmakologis, dan kombinasi keduanya. Beberapa tindakan yang dapat dilakukan untuk menangani demam pada anak antara lain :

### a. Tindakan Farmakologis

Tindakan farmakologis untuk menangani demam pada anak dapat dilakukan dengan memberikan antipiretik berupa :

#### 1) Paracetamol

Paracetamol merupakan obat pilihan pertama yang dapat digunakan saat anak demam untuk menurunkan suhu tubuh. Paracetamol dapat diberikan dengan jarak 4-6 jam dari jarak pemberian sebelumnya. Pada pemberian paracetamol ini bukan untuk menormalkan suhu tubuh namun untuk menurunkan suhu tubuh.

#### 2) Ibuprofen

Ibuprofen merupakan obat penurun demam yang juga memiliki efek antiperadangan. Ibuprofen merupakan pilihan kedua pada saat demam. Ibuprofen dapat diberikan ulang dengan jarak 6-8 jam dari jarak pemberian sebelumnya.

### b. Tindakan Non Farmakologis

Tindakan non farmakologis untuk menurunkan demam pada anak dapat dilakukan dengan :

- 1) Memberikan minuman yang banyak
- 2) Tempatkan anak dalam ruangan bersuhu normal
- 3) Menggunakan pakaian yang tidak tebal
- 4) Memberikan kompres baik kompres air hangat maupun menggunakan bahan tradisional.

## B. Konsep Intervensi Kompres Bawang Merah

### 1. Pengertian Kompres Bawang Merah

Bawang merah (*alium ascalonicum*) merupakan salah satu jenis tanaman yang dapat digunakan sebagai penyedap makanan dan obat tradisional. Bawang merah sering digunakan secara tunggal maupun dipadukan dengan bahan obat herbal lainnya yang memiliki fungsi saling menguatkan dan melengkapi. Bawang merah berperan sebagai salah satu alternatif non farmakologi untuk menurunkan demam pada anak. Bawang merah memiliki kandungan sulfur organik yaitu *Allylcysteine sulfoxide (Alliin)* yang bereaksi dengan enzim allinase (enzim katalisator yang diperoleh oleh bawang merah sendiri jika dihaluskan) (Ginjar dkk, 2019).

Kompres bawang merah merupakan salah satu pengobatan yang masih banyak dilakukan oleh masyarakat Indonesia, khususnya oleh masyarakat yang jauh dari akses pelayanan kesehatan modern seperti puskesmas dan rumah sakit. Menurut Badan Kesehatan Dunia (WHO), sebanyak 80% dari total populasi di benua Asia dan Afrika bergantung pada pengobatan tradisional. WHO juga telah mengakui pengobatan tradisional dapat mengobati berbagai jenis penyakit infeksi, penyakit akut, dan penyakit kronis (Fitrianti, 2015).

Pemberian kompres bawang merah juga diartikan sebagai tindakan pemberian pada tubuh bayi/anak sehingga bisa menurunkan suhu tubuh pada bayi/anak (Kailasari, Rachma *et al.*, 2023). Kompres bawang merah bisa digunakan pada semua tingkat demam sebagai terapi pendamping dalam menurunkan hipertermia.

### 2. Manfaat Kompres Bawang Merah

Menurut Setiawandari dan Widyawaty (2021), kandungan lainnya pada bawang merah yang dapat menurunkan demam antara lain minyak atsiri, *florugusin*, *sikloaliin*, *metilallin*, *kaemferol* dan *kuersetin*. Kandungan atsiri sebagai obat luar yang bermanfaat untuk melebarkan

pembuluh darah kapiler dan merangsang keluarnya keringat. Baluran bawang merah ke bagian tubuh mampu mengakibatkan vasodilatasi pada kulit yang dapat mempersingkat perpindahan panas dari tubuh ke kulit. Pembentukan *prostaglandin* yang berguna dalam proses penurunan suhu tubuh dipicu oleh senyawa *fitokimia flavonoid* sebagai antiinflamasi dan antipiretik.

Manfaat lain kompres bawang merah yaitu ((Kuswardhani, 2016 dalam Qurrota'Ainy, & Rita Riyanti, 2023; Damayanti, 2020 dalam Kailasari, Rachma *et al.*, 2023 :

- a. Mencegah masuk angin
- b. Menurunkan demam, batuk, dan pilek
- c. memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh

### 3. Indikasi dan kontraindikasi

Indikasi Kompres Bawang Merah Kompres hangat bawang merah dapat diberikan pada anak dengan keluhan kepala, perut kembung, mata merah, bibir kering, pucat, nafsu makan, menurun, rewel, dan badan panas (Lazdia *et al.*, 2022). Sedangkan untuk kontraindikasi, tidak ada kontraindikasi mutlak untuk kompres bawang merah, akan tetapi kompres bawang merah tidak boleh diberikan pada anak dengan alergi bawang merah (dermatitis kontak alergi) (Amalia, 2020).

### 4. Mekanisme Penurunan Suhu dengan Kompres Bawang Merah

Penggunaan bawang merah sebagai kompres dalam menurunkan suhu tubuh anak yang menderita demam dapat dilakukan dengan cara mengambil dan membersihkan bawang merah sesuai kebutuhan, lalu diparut. Bawang merah yang telah diparut di kompreskan pada area aksila, karena bagian tersebut mempunyai banyak pembuluh darah besar dan kelenjar *apokrin* yang memiliki vaskuler, sehingga dapat melebarkan daerah yang mengalami vasodilatasi dan kemungkinan terjadinya perpindahan panas tubuh ke lingkungan delapan kali lebih banyak (Medhyana, 2020).

Kompres bawang merah diberikan pada kulit dapat ditanggapi oleh *termoreseptor perifer* dan sistem saraf *perifer* sehingga menginformasikan ke *hipotalamus* atau *termoregulator* untuk menanggapi rangsangan yang terjadi, sehingga mampu menurunkan suhu kulit melalui *vasokonstriksi*. Kulit ini diatur oleh *hipotalamus* melalui keluaran sistem saraf simpatis. Peningkatan kerja simpatis ke pembuluh kulit memperoleh vasokonstriksi sebagai reaksi pada pejanan dingin, sedangkan penurunan kerja simpatis mengakibatkan vasodilatasi pembuluh kulit sebagai reaksi terhadap pajanan panas. Oleh karena itu, suhu tubuh dapat berkurang dan dapat kembali normal. (Medhyana, 2020).

Penggunaan bawang merah ini bisa diaplikasikan dengan mengoleskan langsung ke badan anak. Pengolesan ini dapat bermanfaat merubah ukuran pembuluh vena guna mengontrol panas. Implikasinya dapat memperlebar pembuluh darah, serta menghambat panas pada tubuh (Wardiyah & Romayati, 2016). Peningkatan panas yang dikeluarkan tubuh disebabkan pendistribusian darah kembali menuju pembuluh darah permukaan. Akibatnya, terjadi peningkatan pembuangan panas pada kulit, pembesaran pori, serta percepatan pengeluaran panas melalui keringat (Wardiyah & Romayati, 2016).

##### **5. *Evidence Based Practice* (EBP) Intervensi Kompres Bawang Merah**

Berikut beberapa penelitian terkait dengan intervensi kompres bawang merah. jurnal utama dalam studi kasus ini adalah hasil penelitian (Rahmawati et al., 2024) yang menjelaskan bahwa terdapat efektifitas kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh dengan demam pasca imunisasi DPT. Penelitian lainnya terkait dengan standar prosedur operasional mengadopsi dari hasil penelitian Qurrota'Ainy, & Rita Riyanti, (2023) dengan judul pengaruh kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh pada anak demam umur 1-5 tahun didapatkan hasil uji wilcoxon bahwa nilai p-value 0,000 lebih kecil dari nilai ( $p < 0,05$ ) yang artinya ada pengaruh pemberian kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh pada anak demam umur 1-5 tahun.

Cahyaningrum (2017) melalui penelitiannya memaparkan suhu tubuh rata-rata anak setelah melalui pengompresan dengan bawang merah yaitu  $37,1^{\circ}\text{C}$ , paling rendah  $36,3^{\circ}\text{C}$ , serta paling tinggi  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Anuhgera *et al.*, (2020) bahwa setelah anak diberikan pengompresan dengan bawang merah selama  $\frac{1}{4}$  jam, suhu badan anak terjadi penurunan 3,11%. Lalu setelah melalui pengompresan dengan air hangat yaitu 1,54%. Anuhgera juga menjelaskan bahwa ada perbedaan suhu signifikan kelompok yang diberi perlakuan, dan yang tidak diberi perlakuan ( $p=0,000$ ). Sejalan dengan hasil penelitian Kailasari *et al.*, (2023) didapatkan hasil bahwa ada pengaruh pemberian kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh pada balita demam.

### **C. Konsep Asuhan Keperawatan Hipertemia**

Proses keperawatan adalah suatu tahapan tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan meliputi mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal. Tujuan dari proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu, keluarga, dan masyarakat agar kebutuhan mereka terpenuhi. Proses dalam keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

#### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan dasar pertama atau langkah awal dasar keperawatan secara keseluruhan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan. Pada tahap ini semua data dan informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisis untuk menentukan diagnosa keperawatan (Winugroho, 2016). Adapun langkah langkah dalam pengkajian ini antara lain :

##### **a. Identitas Klien**

Identitas klien meliputi nama, umur, berat badan, dan jenis kelamin, alamat rumah, tanggal lahir dan identitas orang tua.

##### **b. Riwayat Penyakit**

- 1) Riwayat penyakit sekarang meliputi sejak kapan timbulnya demam, gejala lain serta yang menyertai demam misalnya mual, muntah, nafsu makan, *diaphoresis*, eliminasi, nyeri otot dan sendi, menggigil dan gelisah.
- 2) Riwayat penyakit dahulu yang perlu ditanyakan yaitu riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anak maupun keluarga dalam hal ini orang tua. Apakah dalam keluarga pernah memiliki riwayat penyakit keturunan atau pernah menderita penyakit kronis sehingga harus dirawat di rumah sakit.
- 3) Riwayat tumbuh kembang yang pertama ditanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan kebutuhan anak sekarang yang meliputi motorik kasar, motorik halus, perkembangan kognitif atau bahasadan personal sosial atau kemandirian.
- 4) Riwayat imunisasi yang ditanyakan kepada orang tua apakah anak mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan usia dan jadwal pemberian serta efek samping dari pemberian imunisasi seperti panas, alergi dan sebagainya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pola Pengkajian

Pola fungsi kesehatan dapat dikaji melalui pola Gordon dimana pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengumpulkan data secara sistematis dengan cara mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus. Model konsep dan tipologi pola kesehatan fungsional menurut Gordon:

a) Pola persepsi manajemen kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan.

- b) Pola nutrisi metabolic  
Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam 1 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan.
- c) Pola eliminasi  
Manajemen pola fungsi ekskresi, kandung kemih dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuria, dll), frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urine dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, dll.
- d) Pola latihan aktivitas  
Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan, dan sirkulasi, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman napas, bunyi napas, riwayat penyakit paru.
- e) Pola kognitif perseptual  
Menjelaskan persepsi sensori kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, dan kompensasinya terhadap tubuh.
- f) Pola istirahat dan tidur  
Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam.
- g) Pola konsep diri persepsi diri  
Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan.
- h) Pola peran hubungan  
Menggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga.
- i) Pola reproduksi seksual  
Menggambarkan pemeriksaan genital.
- j) Pola coping stres

Mengambarkan kemampuan untuk mengalami stress dan penggunaan sistem pendukung. Interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang bisa muncul pada klien dengan demam antara lain (Nurarif, 2015; Tim Pokja SIKI PPNI, 2018) :

- a. Hipertermia (D.0130)  
Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentang normal tubuh.
- b. Resiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)  
Definisi : Berisiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dari intravaskuler, interstisial atau intraselular.
- c. Intoleransi aktivitas (D.0056)  
Definisi : Ketidakcukupan. Gnergi untuk melakukan aktivitas sehari-hari.
- d. Resiko defisit nutrisi (D.0032)  
Definisi : Berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.
- e. Gangguan rasa nyaman (D.0074)  
Definisi : Perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial

### 3. Perencanaan Keperawatan (Luaran, Kriteria Hasil, Intervensi Keperawatan)

Tabel 2.2 Perencanaan Keperawatan

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit; ditandai dengan suhu tubuh di atas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, dan kulit terasa hangat.	Termoregulasi membaik (L.14134)  Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Mengigil menurun 2. Suhu tubuh membaik 3. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia ((I.15506) 1. Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia b. Monitor suhu tubuh c. Monitor haluan urin 2. Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Berikan cairan oral d. Lakukan pendingin eksternal (min: kompres pada dahi, leher, ketiak, abdomen) 3. Edukasi a. Anjurkan tirah baring 4. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2.	Risiko hipovolemia b.d status hipermetabolik, evaporasi (D.0034)  Ditandai dengan : 1. kekurangan intake cairan 2. pengeluaran cairan berlebihan	Status cairan membaik (L.03028)  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status cairan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Output urin meningkat 2. Membran mukosa lembab meningkat	Manajemen hipovolemia (I.03116) 1. Observasi a. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (mis: frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, tekanan nadi menyempit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering, volume urin menurun, hematokrit meningkat, haus, lemah) b. Monitor intake dan output cairan 2. Terapeutik a. Hitung kebutuhan cairan b. Berikan posisi modified Trendelenburg

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
		3. Frekuensi nadi membaik 4. Tekanan darah membaik 5. Turgor kulit membaik	c. Berikan asupan cairan oral 3. Edukasi a. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral b. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak 4. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (mis: NaCL, RL)
3.	Resiko defisit nutrisi (D.0032) b.d Peningkatan kebutuhan metabolisme Ditandai dengan:	Status nutrisi membaik diberi kode [L.03030]  Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

No	Diagnosis Keperawatan	Rencana Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
4.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen, kelemahan, tirah baring</p> <p>Ditandai dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeluh lelah</li> <li>2. Frekuensi jantung meningkat &gt; 20% dari kondisi istirahat</li> </ol>	<p>Toleransi aktivitas meningkat (L.05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam, pasien kembali toleran saat beraktifitas dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari- hari meningkat.</li> <li>b. Keluhan lelah berkurang</li> <li>c. Dispnea saat dan setelah aktivitas berkurang</li> <li>d. Tidak terdapat perasaan lemah</li> <li>e. Tidak terdapat sianosis</li> <li>f. Tekanan darah dan frekuensi nafas normal</li> </ol>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>3. Monitor pola dan jam tidur</li> <li>4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis: cahaya, suara, kunjungan)</li> <li>6. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</li> <li>7. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan</li> <li>8. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Anjurkan tirah baring</li> <li>10. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>11. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</li> </ol>
5.	<p>Gangguan rasa nyaman (D.0074) b.d Gejala penyakit</p> <p>Tanda dan gejala yaitu:</p>	<p>Status kenyamanan meningkat [L.08064]</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24</p>	<p><b>Terapi relaksasi (I.09326)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif</li> </ol>

No	Diagnosis Keperawatan		Rencana Keperawatan	
			Tujuan (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1.	Mengeluh nyaman	tidak	jam, maka status kenyamanan meningkat, dengan kriteria hasil:	2. Identifikasi Teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
2.	Gelisah		1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Gelisah menurun	3. Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan Teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan 5. Monitor respons terhadap terapi relaksasi
				<b>Terapeutik</b>
				1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan
				2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi
				3. Gunakan pakaian longgar
				4. Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama
				<b>Edukasi</b>
				1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis: musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)
				2. Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih
				3. Anjurkan mengambil posisi nyaman
				4. Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi
				5. Anjurkan sering mengulangi atau melatih Teknik yang dipilih
				6. Demonstrasikan dan latih Teknik relaksasi (mis: napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)