

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Teori Medis

2.1.1. Pengertian Infeksi Saluran Kemih

Penyakit ISK (Infeksi Saluran Kemih) merupakan masalah kesehatan masyarakat Indonesia yang perlu mendapatkan perhatian yang serius. Infeksi Saluran Kemih pada masa bayi dan anak seringkali mengakibatkan hal-hal yang kurang menguntungkan di kelak kemudian hari oleh karena dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti Infeksi Saluran Kemih berulang, refluk vesikoureter, batu saluran kemih, hipertensi bahkan mengakibatkan gangguan fungsi berupa gagal ginjal kronik dan berakhir dengan gagal ginjal terminal yang memerlukan dialysis serta transplantasi (Subandiyah, 2004).

Infeksi saluran kemih adalah suatu istilah umum yang dipakai untuk mengatakan adanya invasi mikroorganisme pada saluran kemih. (Prabowo & Eka, 2014) Infeksi saluran kemih dapat mengenai baik laki-laki maupun perempuan dari semua umur baik pada anak-anak, remaja, dewasa maupun pada lanjut usia. Akan tetapi, dari dua jenis kelamin ternyata wanita lebih sering dari pria dengan angka populasi umur kurang lebih 5-15%. Infeksi kemih pada bagian tertentu dari saluran perkemihan yang disebabkan oleh bacteria terutama *Escherichia Coli* (Prabowo & Eka, 2014).

2.1.2. Anatomi dan Fisiologi Sistem Perkemihan

Sistem saluran kemih adalah suatu sistem di mana terjadinya proses penyaringan darah sehingga darah bebas dari zat-zat yang tidak dipergunakan dan di serap oleh tubuh. Zat-zat yang tidak dipergunakan oleh tubuh larut dalam air

dan dikeluarkan berupa urin (air kemih). Sistem saluran kemih terdiri dari ginjal, ureter, kandung kemih (*vesikaurinari*) dan uretra.

1. Ginjal

Masing-masing ginjal mempunyai panjang kira-kira 12 cm dan lebar 2,5 cm pada bagian paling tebal dan berbentuk seperti kacang. Terletak pada bagian belakang abdomen. Ginjal kanan terletak lebih rendah dari ginjal kiri karena ada hepar di sisi kanan. Ginjal memiliki tiga bagian penting yaitu korteks, medulla, dan pelvis renal. Bagian paling superfisial adalah korteks renal, yang tampak bergranula. Di sebelah dalamnya terdapat bagian lebih gelap, yaitu medulla renal, yang berbentuk seperti kerucut disebut piramid renal, dengan dasarnya menghadap korteks dan puncaknya disebut apeks atau papilla renal. Diantara piramid terdapat jaringan korteks disebut kolum renal.

Kedua ginjal menghasilkan 125 ml filtrate per menit, dari jumlah ini, 124 ml diabsorpsi dan hanya 1 ml dikeluarkan ke dalam kaliks - kaliks sebagai urin. Ginjal berfungsi untuk mengatur keseimbangan air dan elektrolit berupa ekskresi kelebihan air dan elektrolit, mempertahankan keseimbangan asam basa, mengekskresi hormone, berperan dalam pembentukan vitamin D, mengekskresi beberapa obat-obatan dan mengekskresi renin yang turut dalam pengaturan tekanan darah.

2. Ureter

Ureter terdiri dari dua saluran pipa yang masing-masing menyambung dari ginjal ke kandung kemih (*vesika urinaria*). Panjangnya kira-kira 25-30 cm, dengan penampang $\pm 0,5$ cm. Ureter sebagian terletak dalam rongga abdomen dan

sebagian terletak dalam rongga pelvis. Ureter mempunyai membran mukosa yang dilapisi dengan epitel kuboid dan dinding otot yang tebal. Urin disemprotkan ke bawah ureter oleh gelombang peristaltik, yang terjadi sekitar 1-4kali permenit dan urin memasuki kandung kemih dalam bentuk pancaran.

3. Kandung kemih

Kandung kemih adalah kantong yang terbentuk dari otot tempat urin mengalir dari ureter. Ketika kandung kemih kosong atau terisi setengahnya kandung kemih tersebut terletak di dalam pelvis, ketika kandung kemih terisi lebih dari setengahnya maka kandung kemih tersebut menekan dan timbul ke atas dalam abdomen di ataspubis. Dinding kandung kemih terdiri dari lapisan sebelah luar (peritonium), Tunika muskularis (lapisan otot), Tunika sabmukosa, dan lapisan mukosa (lapisan bagian dalam).

4. Uretra

Bagian akhir saluran keluar yang menghubungkan kandung kemih dengan luar tubuh ialah uretra. Uretra pria sangat berbeda dari uretra wanita. Pada laki-laki, sperma berjalan melalui uretra waktu ejakulasi. Uretra pada laki-laki merupakan tuba dengan panjang kira-kira 20 cm dan memanjang dari kandung kemih ke ujung penis. Uretra pada laki-laki mempunyai tiga bagian yaitu : uretra prostatika, uretra membranosa dan uretra spongiosa (Nursalam, 2006).

2.1.3 Etiologi Infeksi Saluran Kemih

Jenis-jenis mikroorganisme yang menyebabkan infeksi saluran kemih antara lain :

1. *Eschericia coli* : 90% penyebab infeksi saluran kemih uncomplicated (simple).
2. *Pseudomonas*, *proteus*, *klebsiella* : penyebab infeksi saluran kemih complicated.
3. *Enterobacter*, *staphylococcus epidemidis*, *enterococci*, dan lain-lain.

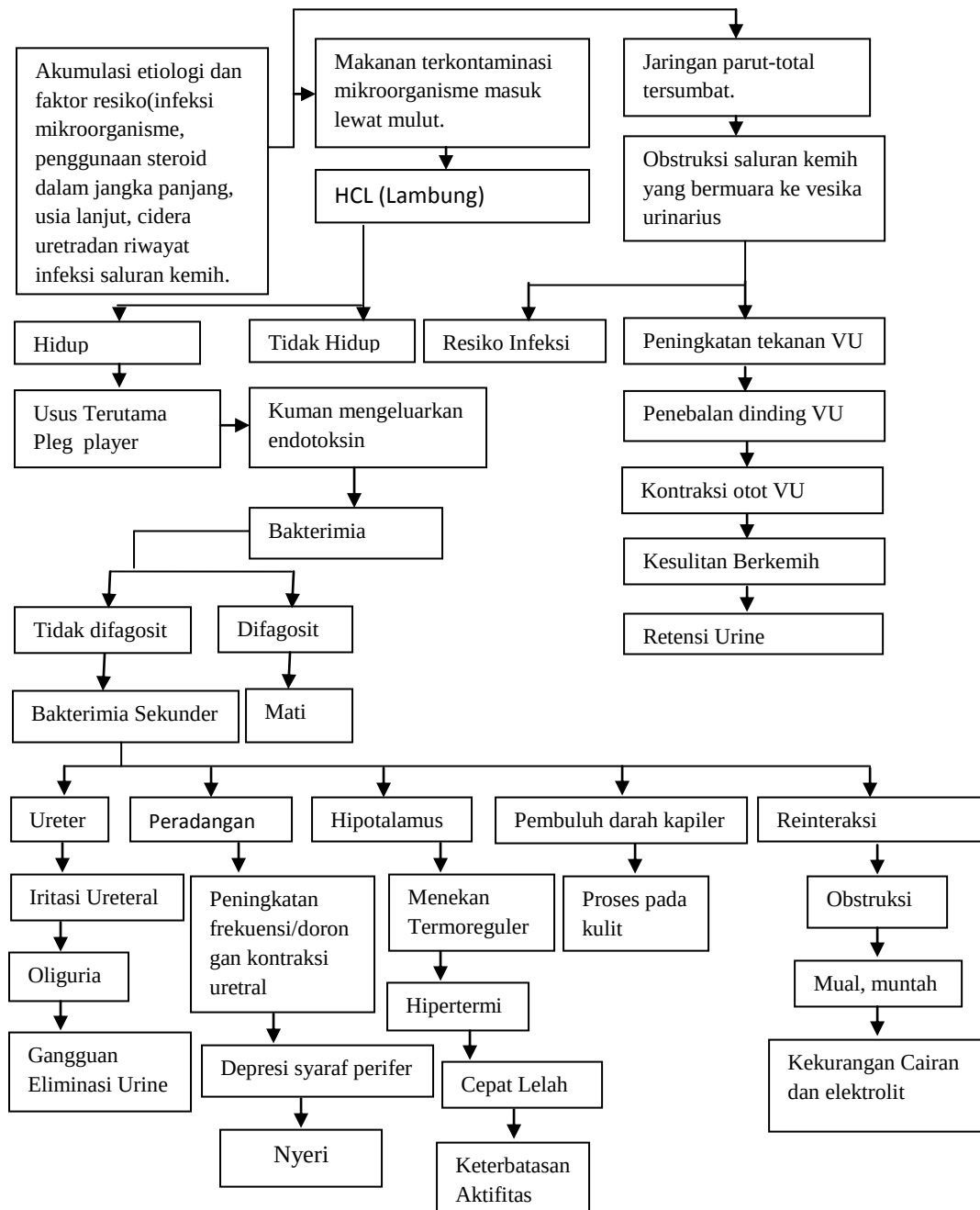
2.1.4 Patofisiologi Infeksi Saluran Kemih

Masuknya mikroorganisme ke dalam saluran kemih dapat melalui :

1. Penyebaran endogen yaitu kontak langsung dari tempat terdekat
2. Hematogen
3. Limfogen
4. Eksogen sebagai akibat pemakaian alat berupa kateter atau sistoskopi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi saluran kemih yaitu pada bendungan aliran urine dapat mengakibatkan anatomi konginetal, batu saluran kemih dan oklusi ureter (sebagian atau total). Sedangkan urine sisa dalam buli-buli disebabkan karena Neurogenic bladder, struktur uretra, hipertropi prostat. Dan pada metabolik dapat menyebabkan Hiperkalsemia, Hypokalsemia, Apamaglobulinemia, Instrumentasi dan dilatasi uretra sistoskopi.

WOC



2.1.5. Manifestasi Klinis

Gejala-gejala dari infeksi saluran kemih secara umum meliputi :

Gejala yang terlihat yaitu sering timbulnya dorongan untuk berkemih, rasa terbakar dan perih pada saat berkemih, seringnya berkemih namun urinnya dalam jumlah sedikit, adanya sel darah merah pada urine, urine berwarna gelap dan keruh serta adanya bau yang menyengat dari urin, Ketidaknyamanan pada daerah pelvis renalis, Rasa sakit pada daerah di atas pubis, Perasaan tertekan pada perut bagian bawah, Demam, Sering berkemih pada malam hari.

Gejala-gejala infeksi saluran kemih pada anak meliputi :

Disuria, Menangis tanpa henti yang tidak dapat dihentikan dengan usaha tertentu (misalnya: pemberian makan, dan menggendong), Kehilangan nafsu makan, Demam, Mual dan muntah, Pada anak – anak, mengompol juga menandakan gejala adanya infeksi saluran kemih, Lemah, Adanya rasa sakit pada saat berkemih, Seringnya berkemih, namun urinnya dalam jumlah sedikit

2.1.6. Pemeriksaan diagnostic

1. Urinalisis

- a. Leukosuria atau piuria: merupakan salah satu petunjuk penting adanya ISK. Leukosuria positif bila terdapat lebih dari 5 leukosit/lapang pandang besar (LPB) sediment air kemih
- b. Hematuria: hematuria positif bila terdapat 5-10 eritrosit/LPB sediment air kemih. Hematuria disebabkan oleh berbagai keadaan patologis baik berupa kerusakan glomerulus ataupun urolitiasis.

2. Bakteriologis
 - a. Mikroskopis
 - b. Biakan bakteri
3. Kultur urine untuk mengidentifikasi adanya organisme spesifik
4. Hitung koloni: hitung koloni sekitar 100.000 koloni per milliliter urin dari urin tampung aliran tengah atau dari specimen dalam kateter dianggap sebagai criteria utama adanya infeksi.
5. Metode tes
 - a. Tes dipstick multistrip untuk WBC (tes esterase leukosit) dan nitrit (tes Griess untuk pengurangan nitrat). Tes esterase leukosit positif: maka pasien mengalami piuria. Tes pengurangan nitrat, Griess positif jika terdapat bakteri yang mengurangi nitrat urin normal menjadi nitrit.
 - b. Tes Penyakit Menular Seksual (PMS) : Uretritis akut akibat organisme menular secara seksual (misal, klamidia trachomatis, neisseria gonorrhoeae, herpes simplek).
 - c. Tes-tes tambahan : Urogram intravena (IVU). Pielografi (IVP), sistografi, dan ultrasonografi juga dapat dilakukan untuk menentukan apakah infeksi akibat dari abnormalitas traktus urinarius, adanya batu, massa renal atau abses, hidronefrosis atau hiperplasia prostate. Urogram IV atau evaluasi ultrasonik, sistoskopi dan prosedur urodinamik dapat dilakukan untuk mengidentifikasi penyebab kambuhnya infeksi yang resisten.

2.1.7. Penatalaksanaan Medik

1. Terapi antibiotic untuk membunuh bakteri gram positif maupun bakteri gram negative.
2. Apabila pielonefritis kroniknya disebabkan oleh obstruksi atau refluks, maka diperlukan penatalaksanaan spesifik untuk mengatasi masalah-masalah tersebut.
3. Dianjurkan untuk sering minum dan BAK sesuai kebutuhan untuk membilas mikroorganisme yang mungkin naik ke uretra, untuk wanita harus membilas dari depan ke belakang untuk menghindari kontaminasi lubang uretra oleh bakteri faeces.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

2.2.1. Pengkajian Keperawatan

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).

2.2.2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis merupakan 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).

2.2.3. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan 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).

2.2.4. Pelaksanaan Keperawatan

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

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

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

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Infeksi Saluran Kemih

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada infeksi saluran kemih terdiri dari pengumpulan data, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik. Pengumpulan data yang berupa nama, tempat tanggal lahir, jenis kelamin, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal masuk rumah sakit.

1. Riwayat Keluhan Utama

Pada pasien infeksi saluran kemih ditemukan demam, mual atau muntah dan seringnya berkemih pada anak.

2. Riwayat Kesehatan terdahulu

Riwayat kesehatan lalu yang pernah diderita yaitu Riwayat pernah menderita infeksi saluran kemih yang akan menyebabkan retensi urine.

3. Riwayat Imunisasi

Apabila anak mempunyai kekebalan tubuh yang baik, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindari.

4. Aktivitas atau istirahat dengan gejala kelelahan, kelemahan ditandai dengan kelemahan otot, kehilangan tonus.

5. Sirkulasi dengan gejala hipotensi/hipertensi ditandai dengan perubahan tekanan darah, takikardi, kulit panas, kering dan kemerahan.

6. Eliminasi dengan gejala seringnya berkemih, namun urinnya dalam jumlah sedikit ditandai dengan perubahan warna urine.

7. Makanan atau cairan dengan gejala peningkatan/penurunan BB, mual, muntah ditandai dengan perubahan turgor kulit.

8. Neuro Sensori dengan gejala sakit kepala dan gelisah ditandai dengan Gangguan status mental
9. Nyeri atau kenyamanan dengan gejala rasa nyeri pada uretra ditandai dengan distraksi.
10. Pernafasan dengan gejala nafas pendek ditandai dengan takipnea, dispnea, peningkatan frekuensi, kedalaman.

2.3.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan secara teori yang dapat ditemukan pada pasien infeksi saluran kemih adalah :

1. Infeksi berhubungan dengan inkontinensia urinarius fungsional
2. Nyeri berhubungan dengan inflamasi infeksi uretra, kandung kemih dan struktur traktus urinarius lain.
3. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih.
4. Defisiensi pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya informasi.
5. Retensi urine berhubungan dengan kesulitan berkemih.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mual.
7. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah pengembangan dari pencatatan perencanaan perawatan untuk memenuhi kebutuhan klien yang telah diketahui. Pada perencanaan meliputi tujuan, intervensi, rasional, implementasi (Marylin E. Doengoes, 2001).

1. Diagnosa 1 : Infeksi berhubungan dengan Inkontinensia urinarius fungsional

a. Kriteria Hasil :

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi.
- 2) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya nyeri.
- 3) Jumlah leukosit dalam batas normal.

b. Intervensi :

- 1) Kaji suhu tubuh pasien selama 4 jam.

Rasional : Peningkatan suhu tubuh dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat.

- 2) Catat karakteristik urine.

Rasional : memberikan indikator langsung keseimbangan cairan.

- 3) Anjurkan pasien untuk minum 2-3 liter jika ada kontra indikasi.

Rasional : untuk mencegah status urine.

- 4) Lakukan pemeriksaan ulang urine kultur.

Rasional : pemeriksaan urine kultur untuk melihat hasil keadaan urinnnya.

- 5) Anjurkan pasien untuk mengosongkan kandung kemih.

Rasional : penumpukan kandung kemih akan menyebabkan rasa nyeri

6) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : observasi tanda-tanda vital tujuannya untuk membantu tingkat perkembangan pasien.

2. Diagnosa II : Nyeri berhubungan dengan inflamasi infeksi uretra, kandung kemih dan struktur traktus urinarius lain.

a. Kriteria Hasil :

- 1) Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan).
- 2) Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
- 3) Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi, dan tanda nyeri)
- 4) Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

b. Intervensi :

- 1) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi.

Rasional : Identifikasi karakteristik nyeri dan faktor yang berhubungan merupakan suatu hal yang cocok dan mengevaluasi yang diberikan keefektifan terapi.

- 2) Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.

Rasional : Dengan komunikasi terapeutik maka pasien akan menceritakan pengalaman tentang nyeri.

- 3) Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan.

Rasional : Dukungan dari keluarga dan kerabat merupakan upaya yang dapat mengontrol nyeri.

- 4) Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan.

Rasional : Pasien dapat istirahat yang cukup dan tingkat aktivitas yang dapat ditoleran.

- 5) Ajarkan tentang teknik non farmakologi.

Rasional : Teknik non farmakologi dapat mengurangi dan mengontrol nyeri.

- 6) Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil.

Rasional : Pemberian obat analgetik dan antibiotik adalah untuk memnlok lintasan nyeri. Sehingga rasa nyeri dapat berkurang.

3. Diagnosa III : Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi mekanik pada kandung kemih.

- a. Kriteria Hasil (NOC) :

- 1) Kandung kemih kosong secara penuh.
- 2) Tidak ada residu urine >100-200cc.
- 3) Intake cairan dalam rentang normal.
- 4) Balance cairan seimbang.

b. Intervensi :

- 1) Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkontinensia (misalnya output urine, pola berkemih, dan masalah kencing).

Rasional : memberikan indikator langsung keseimbangan cairan

- 2) Gunakan kekuatan sugesti dengan menjalankan air atau disiram ditoilet.

Rasional : Kebiasaan mengenalkan toilet training pada anak merupakan sesuatu yang positif dilakukan anak sejak dini.

- 3) Sediakan waktu yang cukup untuk pengosongan kandung kemih.

Rasional : Kandung kemih yang penuh dapat mengakibatkan rasa nyeri pada klien serta menyebabkan terjadinya infeksi.

- 4) Anjurkan pasien atau keluarga untuk merekam output urine.

Rasional : Mengetahui karakteristik urine

- 5) Pantau asupan dan keluaran.

Rasional : keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal.

4. Diagnosa IV : Defisiensi pengetahuan tentang kondisi, prognosis, dan kebutuhan pengobatan berhubungan dengan kurangnya sumber informasi.

a. Kriteria Hasil :

- 1) Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan.
- 2) Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.

- 3) Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat atau tim kesehatan lainnya.

b. Intervensi :

- 1) Berikan penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien tentang proses penyakit yang spesifik.

Rasional : Dengan menggunakan sistem penilaian tentang tingkat pengetahuan pasien maka akan meningkatkan tingkat derajat pengetahuan kesehatan yang lebih baik.

- 2) Jelaskan patofisiologi dari penyakit dan bagaimana hal ini berhubungan anatomi dan fisiologi dengan cara yang tepat.

Rasional : Keluarga mengetahui patofisiologi dari penyakitnya.

- 3) Gambarkan tanda dan gejala yang biasa muncul pada penyakit, dengan cara yang tepat.

Rasional : Dengan Health edukasi mendorong keluarga lebih kooperatif.

- 4) Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat.

Rasional : Pasien dan keluarga mengetahui akan penyakitnya.

- 5) Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat.

Rasional : Dengan pemberian informasi keluarga akan merasa aman dan terlindungi.

- 6) Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi di masa yang akan datang dan atau proses pengontrolan penyakit.

Rasional : Gaya hidup dan pola hidup yang lebih baik akan mencegah timbulnya komplikasi yang berkelanjutan.

- 7) Instruksikan pasien mengenal tanda dan gejala untuk melaporkan pada pemberi perawatan kesehatan, dengan cara yang tepat.

Rasional : Dengan pemberian informasi yang cukup pasien dan keluarga mampu mengenal tanda dan gejala penyakitnya.

5. Diagnosa V : Retensi urine berhubungan dengan kesulitan berkemih

a. Kriteria Hasil :

- 1) Kandung kemih kosong secara penuh.
- 2) Tidak ada residu urine >100-200cc.
- 3) Balance cairan seimbang

b. Intervensi :

- 1) Pantau intake dan output.

Rasional : keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal.

- 2) Instruksikan pada pasien atau keluarga untuk mencatat output cairan.

Rasional : Untuk mencatat karakteristik urine

- 3) Stimulasi reflex bladder dengan kompres dingin pada abdomen.

Rasional : Kompres dingin menyebabkan proses terjadinya panas dari tubuh kekompres.

- 4) Sediakan privasi untuk eliminasi.

Rasional : Privasi pasien merupakan sesuatu yang harus diperhatikan.

6. Diagnosa VI : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan mual

a. Kriteria Hasil :

- 1) Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.
- 2) Mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLS) secara mandiri.
- 3) Tanda-tanda vital normal.
- 4) Mampu berpindah dengan atau tanpa bantuan alat.

b. Intervensi :

- 1) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan.
Rasional : Merencanakan intervensi dengan tepat.
- 2) Bantu untuk mengidentifikasi dan mendapatkan sumber yang diperlukan untuk aktivitas yang diinginkan.
Rasional : Dengan pemberian informasi kepada pasien dan keluarga akan merasa aman dan terlindungi.
- 3) Bantu untuk mengidentifikasi aktifitas yang disukai.
Rasional : Aktifitas yang disukai membuat rasa nyaman.
- 4) Bantu klien untuk membuat jadwal latihan diwaktu luang.
Rasional : Untuk menurunkan stress dan rangsangan yng berlebihan, serta membuat rasa nyaman pada pasien.
- 5) Kaji respon fisik, emosi, sosial dan spiritual.
Rasional : Mengevaluasi tingkat respon fisik, emosi, sosial, dan spiritual.
- 6) Bantu untuk mendapatkan alat bantuan aktivitas seperti kursi roda, krek.

Rasional : Membantu dalam memudahkan aktivitas

- 7) Kolaborasikan dengan tenaga rehabilitasi dalam merencanakan program terapi yang tepat.

Rasional : Terapi untuk mengoptimalkan kegiatan atau aktivitasnya.

7. Diagnosa VII : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

a. Kriteria Hasil :

- 1) Suhu tubuh dalam rentang normal.
- 2) Nadi dan RR dalam rentng normal.
- 3) Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing.

b. Intervensi :

- 1) Kaji suhu setiap 4 jam

Rasional : Peningkatan suhu tubuh melebihi 39°C dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat karena akan meningkatkan neorotransmeter yang dapat meningkatkan ekstasi neuron.

- 2) Pantau warna dan suhu kulit.

Rasional : Mengetahui tanda dan gejala terjadinya infeksi

- 3) Observasi tanda-tanda vital.

Rasional : Untuk mengetahui tingkat status perkembangan pasien.

- 4) Hitung intake dan output.

Rasional : keseimbangan antara intake dan output akan mengetahui masukan dan berhubungan dengan fungsi ginjal.

- 5) Berikan anti piretik.

Rasional : Pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi pemberian obat antipiretik untuk penurunan panas.

6) Monitor IWL.

Rasional : Mengetahui jumlah cairan yang hilang

7) Berikan kompres pada lipat paha dan axilla.

Rasional : Dengan kompres akan terjadi perpindahan panas secara konduksi dan kompres hangat akan mendilatasi pembuluh darah

8) Kolaborasikan pemberian cairan intravena.

Rasional : Pemberian obat antibiotik untuk mencegah infeksi pemberian obat antipiretik untuk penurunan panas.

2.3.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nikmatur, 2012)

2.3.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan criteria hasil yang dibuat pada ttahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatn, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012)

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

S : data subyektif (Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan).

O : data objektif (Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan).

A : analisis (Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah/diagnosis baru yng terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif).

P : planning (Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya).