

**KARYA TULIS ILMIAH  
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. Q DENGAN  
FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINNGGI  
TAHUN 2018**



**OLEH:**

**M. AZMI YAHYA  
NIM : 1514401010**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. Q DENGAN  
FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2018**

**LAPORAN STUDI KASUS**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan Pendidikan  
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang*



**OLEH:**

**M. AZMI YAHYA**

**NIM : 1514401010**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

**LEMBARAN PERSETUJUAN**

Nama Mahasiswa : M. Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Judul KTI : Auhan Keperawatan Pada Klien An. Q Dengan Febris Di  
Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar  
Bukittinggi Tahun 2018.

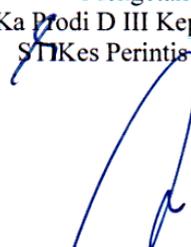
Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di  
hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes  
Perintis Padang.

Bukittinggi, 23 Juli 2018  
Pembimbing



Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed  
NIK. 1420106116893011

Mengetahui  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
NIK. 1420123106993012

## LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : M. Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Judul KTI : Auhan Keperawatan Pada Klien An. Q Dengan Febris Di  
Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar  
Bukittinggi Tahun 2018

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018  
Dewan Penguji

Penguji I



Ns. Endra Amalia, S.Kep. M.Kep  
NIK. 1420123106993012

Penguji II



Yendrizal Jafri, S.Kp. M.Biomed  
NIK. 1420106116893011

## KATA PENGANTAR



*Asalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatu.*

Segala puji syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunianya yang telah dilimpahkan sebagai sumber kekuatan hati dan peneguhan iman dan atas izin – Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus dan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ **Asuhan Keperawatan Pada Klien An. Q Dengan Febris Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018** “ Tanpa nikmat sehat yang diberikan oleh - Nya sekiranya penulis tidak akan mampu menyelesaikan Laporan Ujian Hasil Pengamatan Kasus, Ini merupakan salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep dan menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di STIKes Perintis Padang tahun 2018.

Sholawat berangkaian salam juga selalu tercurahkan kepada Junjungan Nabi Muhammmad SAW, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman – teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti, Amin Amin Amin Yarabbal Aalamin.

Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini terselesaikan berkat dukungan, dorongan motifasi, bimbingan, nasehat dan semangat dari orang terdekat dan orang yang berada disekitar penulis, sehingga penulis mampu menyelesaikannya. Tidak sedikit kesulitan dan hambatan yang penulis alami. Oleh karena itu penulis

mengucapkan banyak terimakasih terutama kepada yth. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed dan Ibu Ns. Susi Dewi Yanti, S.Kep Kepala Ruangan Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat selaku pembimbing yang telah meluangkan waktunya dengan penuh perhatian memberi arahan, petunjuk dan bimbingan sehingga Karya tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan. Selanjutnya penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada pihak-pihak yang telah banyak membantu dan membimbing terutama sekali kepada :

- a. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
- b. Ibu Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep selaku Kepala Prodi D Iii Keperawatan STIKes Perintis Padang.
- c. Kepada Direktur RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
- d. Bapak / Ibu dosen pengajar D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.
- e. Bapak / Ibu dosen serta seluruh Staf STIKes Perintis Padang Kampus II Bukittinggi yang telah banyak memberikan ilmu, kritik dan saran selama mengikuti pendidikan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
- f. Kepada mamaku dan kakakku tercinta yang telah memberikan kasih sayang, nasehat, do'a serta dukungan baik moril maupun materil sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

- g. Terimakasih kepada sahabat – sahabatku, keluarga Duta GenRe Bukittinggi 17' yang telah banyak memberikan motivasi dan bantuan dalam bentuk apapun mulai saat pendidikan samapai terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
- h. Rekan-rekan D III Keperawatan 2015 yang telah memberikan semangat dan kontribusi selama 3 tahun, baik langsung maupun tidak langsung dalam pendidikan & penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Mudah-mudahan Tuhan Yang Maha Esa selalu melimpahkan rahmat dan karunanya kepada semua pihak yang telah membantu dan dihitung sebagai amal ibadah disisi-Nya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran agar tersempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bisa bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya yang berhubungan dengan febris.

Bukittinggi, 24 Juni 2018

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	iv
<b>DAFTAR ISI</b> .....	viii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xiii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
<b>1.1. Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2. Tujuan</b> .....	3
1.2.1. Tujuan Umum .....	3
1.2.2. Tujuan Khusus .....	3
<b>1.3. Manfaat</b> .....	4
1.3.1. Bagi Rumah Sakit .....	4
1.3.2. Bagi Perawat .....	4
1.3.3. Bagi Institusi .....	4
1.3.4. Bagi Mahasiswa .....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
<b>2.1. Konsep Dasar Tumbuh Kembang</b> .....	5
2.1.1. Defenisi Tumbuh Kembang .....	5
2.1.2. Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang .....	6
2.1.3. Ciri Proses Tumbuh Kembang .....	9
2.1.4. Tahap – Tahap Tumbuh Kembang .....	12
2.1.5. Perkembangan Psikososial .....	16
<b>2.2. Defenisi Febris</b> .....	19
<b>2.3. Klasifikasi Febris</b> .....	20
2.3.1. Kasifikasi Febris Menurut Jefferson .....	20
2.3.2. Tipe – Tipe Demam .....	21
<b>2.4. Anatomi dan Fisiologi</b> .....	23
<b>2.5. Etiologi</b> .....	26

<b>2.6. Mnifestasi Klinis</b> .....	27
<b>2.7. Ptofisiologi dan WOC</b> .....	29
<b>2.8. Pemeriksaan Penunjang</b> .....	31
<b>2.9. Penatalaksanaan</b> .....	31
2.9.1. Medis .....	31
2.9.2. Keperawatan .....	31
<b>2.10.    Komplikasi</b> .....	34
<b>2.11.    Asuhan Keperawatan</b> .....	34
2.11.1. Pengkajian .....	34
2.11.2. Kemungkinan Diagnosa Ynag Muncul .....	39
2.11.3. Rencana Asuhan Keperawatn Medis .....	40
2.11.4. Implementasi .....	49
2.11.5. Evaluasi .....	49

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

<b>3.1. Pengkajian</b> .....	50
3.1.1. Identitas Klien .....	50
3.1.2. Alasan Masuk .....	50
3.1.3. Riwayat Kesehtan Sekarang .....	51
3.1.4. Riwayat Kesehatan Dahulu .....	51
3.1.5. Riwayat Kesehatan Keluarga .....	51
3.1.6. Genogram .....	51
3.1.7. Riwayat Kehamilan dan Kelahiran .....	52
3.1.8. Riwayat Sosial .....	54
3.1.9. Kebutuhan Dasar .....	55
3.1.10. Pemeriksaan Fisik .....	57
3.1.11. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan .....	60
3.1.12. Data Penunjang .....	61
3.1.13. Data Pengobatan .....	62
3.1.14. Data Fokus .....	62
<b>3.2. Diagnosa Keperawatan</b> .....	65
<b>3.3. Intervensi</b> .....	70
<b>3.4. Implementasi dan Evaluasi</b> .....	97

<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
<b>4.1. Pengakjian</b> .....	98
<b>4.2. Diagonsa Keperawatan</b> .....	101
<b>4.3. Intervensi</b> .....	103
<b>4.4. Implementasi</b> .....	106
<b>4.5. Evaluasi</b> .....	110
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
<b>5.1. Kesimpulan</b> .....	113
<b>5.2. Saran</b> .....	117
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	119

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Sitim Imun .....	19
Gambar 2.2 : Anatomi Hipotalamus .....	23

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Intervensi Secara Teoritis .....	49
Tabel 3.1 : Nilai ABGASKOR An. Q .....	53
Tabel 3.2 : Data Imunisasi An. Q .....	54
Tabel 3.3 : Porsi Makan An. Q .....	55
Tabel 3.4 : Pola Tidur An. Q .....	56
Tabel 3.5 : Eliminasi BAB An. Q .....	56
Tabel 3.6 : Eliminasi BAK An. Q .....	57
Tabel 3.7 : Analisa Data .....	65
Tabel 3.8 : Intervensi .....	76
Tabel 3.9 : Implementasi .....	78

## DAFTAR LAMPIRAN

Daftar hadir Ujian Pengamatan Kasus .....

Lembar konsultasi pemimbing .....

Daftar Riwayat Hidup .....

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**M.AZMI YAHYA  
1514401010**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An. Q DENGAN FEBRIS DI  
RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

**V BAB + 119 Halaman + Tabel + 2 Gambar + 3 Lampiran**

#### **ABSTRAK**

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual. Perkembangan (development) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan kematangan atau kedewasaan (maturation), dan pembelajaran (learning). Febris (panas) dapat didefinisikan keadaan ketika individual mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih dari 37,8 °C peroral atau 37,9°C perrectal karena faktor eksternal. Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi dan berinteraksi dengan mekanisme hospes. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan dengan pasien febris serta mendapatkan pengalaman nyata diruang rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. Hasil studi kasus pada An. Q di dapatkan 3 diagnosa keperawatan yaitu hipertemia berhubungan dengan proses pengobatan/ infeksi, resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif dan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makanan.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Febris, Hipertermia, resiko  
kebutuhan kekurangan volume cairan, nutrisi kuran dari  
tubuh.**  
**Daftar Bacaan : 13 (2009-2016)**

*School Of Health Science, Perintis Fndation, West Sumatra  
Diploma Of Nursing  
Scientific Papers, July 2018*

**M.AZMI YAHYA  
1514401010**

***NURSING CARE IN CLIENTS An. Q WITH FEBRIS IN ROOM  
INSPRIDTED CHILDREN RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINNGGI IN 2018  
V Chapter + 119 Page + **Table** + 2 Images + 3 Attachments***

### **ABSTRACT**

*Growth is a natural process that occurs in individuals, ie gradually, the weight and height of children is increasing and simultaneously experiencing improvement to function both cognitively, psychosocially and spiritually. Development (development) is gradual change and increase perfection of body tool function, increase and expand one's capacity through growth maturation or maturation (maturation), and learning (learning). Febris (heat) can be defined as the situation when individuals experience or at risk of rising body temperature continues to take care of more than 37.8 ° C or 37.9 ° C perrectal external factors. Fever occurs when various infectious and noninfectious processes interact with host mechanisms. The purpose of the writing of this scientific paper is able to perform Nursing Care with febris patients and get real experience inpatient room of Dr. RSUD Hospital. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018. Result of case study at An. Q in get 3 nursing diagnoses that hyperemia associated with treatment process / infection, risk of lack of fluid volume associated with less intake and loss of active fluid volume and nutrient imbalance less than body needs related to biological factors, inability to eat and less food intake.*

**Keywords** : *Nursing Care, Febris, Hyperthermia, risk of lack of fluid*  
**References** : *13 (2009-2016)*

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Menurut ( Tamsuri. 2006 ) Febris (panas) dapat didefinisikan keadaan ketika individual mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih dari 37,8 °C peroral atau 37,9°C perrectal karena faktor eksternal.

Menurut ( Ann M Arivin 2000 ) Suhu tubuh dapat dikatakan normal apabila suhu 36,5 °C – 37,5 °C, febris 37 °C - 40 °C dan febris > 40 °C. Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi dan berinteraksi dengan mekanisme hospes. Pada perkembangan anak demam disebabkan oleh agen mikrobiologi yang dapat dikenali dan demam menghilang sesudah masa yang pendek.

Menurut ( Sodikin. 2012 ) Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termogulasi) di hipotalamus penyakit – penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang system tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi.

Menurut ( Setiawati. 2013 ) Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan jumlah kasus demam di seluruh dunia mencapai 16 – 33

juta dengan 500 – 600 ribu kematian tiap tahunnya. Di Brazil terdapat sekitar 19% - 30% anak diperiksa karena menderita demam. Penelitian oleh Jalil Jumah & Al – Baghli (2007) di Kuwait menunjukkan bahwa sebagian besar anak usia 3 bulan sampai 36 bulan mengalami serangan demam rata – rata enam kali peratahunnya. Di Indonesia penderita demam sebanyak 465 (91,0 % ) dari 511 ibu yang memakai perabaan untuk menilai demam pada anak mereka sedangkan sisianya 23,1 saja yang menggunakan termometer.

Sebagian besar kondisi febris yang terjadi pada bayi serta anak disebabkan oleh virus, dan anak sembuh tanpa terapi spesifik. Namun infeksi bakteri serius seperti meningitis, sepsis, osteomilitis, artritis sepsis, infeksi traktus urinarius, pneumonia, endokarditis, gastroenteritis dapat mula – mula muncul sebagai demam tanpa tanda yang menunjuk pada suatu lokasi. Tantangan bagi klinis adalah melakukan penatalaksanaan adekuat semua anak dengan infeksi bakteri serius, tanpa melakukan pengobatan berlebihan terhadap mayoritas luas anak yang menderita infeksi virus.

Sedangkan di Rumah Sakit DR. Achmad Mochtar Bukittinggi pada saat pengambilan data tentang pasien febris pada 3 bulan terakhir di ruang rawatan anak yaitu dari 01 Maret 2018 sampai 7 Juni 2018 didapatkan pasien yang mengalami febris sebanyak 9 orang.

Berdasarkan latar belakang berikut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PADA

KLIEN An. Q DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP ANAK  
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018 “

**1.2.Tujuan**

1.2.1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien An. Q Dengan Febris Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2. Tujuan khusus

- a. Mampu mengetahui konsep dasar tumbuh kembang pada bayi
- b. Mampu mengetahui konsep dasar teori tentang febris
- c. Mampu mengetahui konsep teori dari asuhan keperawatan di ruangan anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang febris tahun 2018.
  - 1) Pengkajian pada anak.
  - 2) Diagnosa keperawatan febris pada anak.
  - 3) Intervensi keperawatan febris pada anak.
  - 4) Implementasi keperawayn febris pada anak.
  - 5) Evaluasi keperawatan febris pada anak.
  - 6) Dokumnetasi keperawatan febris pada anak.
- d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan di ruangan anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang febris tahun 2018.

- e. Mampu membandingkan konsep teori dengan tinjauan kasus yang didapatkan.

### **1.3.Manfaat**

#### 1.3.1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pada pihak rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dalam proses keperawatan sehingga tercapai sesuai tujuan.

#### 1.3.2. Bagi Perawat

Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien penderita dengan febris. Melatih berfikir kritis dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya pada pasien dengan febris.

#### 1.3.3. Bagi Instusi Pendidikan

Digunakan sebagai referensi dan literatur dalam pendidikan terutama bagi instusi pendidikan kesehatan di bidang keperawatan.

#### 1.3.4. Bagi mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien An. Q dengan febris.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1. Konsep Dasar Tumbuh Kembang**

##### **2.1.1. Defenisi Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan (growth) adalah merupakan peningkatan jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh selama sel-sel tersebut membelah diri dan mensintesis protein-protein baru, menghasilkan penambahan jumlah dan berat secara keseluruhan atau sebagian.

Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual (Supartini, 2000).

Perkembangan (development) adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkatkan dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan kematangan atau kedewasaan (maturation), dan pembelajaran (learning). Perkembangan manusia berjalan secara progresif, sistematis dan berkesinambungan dengan perkembangan di waktu yang lalu. Jadi kesimpulannya perkembangan terjadi perubahan dalam bentuk dan fungsi kematangan organ mulai dari aspek fisik, intelektual, dan emosional. Perkembangan secara fisik

yang terjadi adalah dengan bertambahnya sempurna fungsi organ. Perkembangan intelektual ditunjukkan dengan kemampuan secara simbol maupun abstrak seperti berbicara, bermain, berhitung. Perkembangan emosional dapat dilihat dari perilaku sosial lingkungan anak.

#### 2.1.2. Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Setiap manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan yang berbeda-beda antara satu dengan manusia lainnya, bisa dengan cepat bahkan lambat, tergantung pada individu dan lingkungannya. Proses tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor-faktor di antaranya :

##### a. Faktor heriditer/ genetik

Faktor heriditer Pertumbuhan adalah suatu proses alamiah yang terjadi pada individu, yaitu secara bertahap, berat dan tinggi anak semakin bertambah dan secara simultan mengalami peningkatan untuk berfungsi baik secara kognitif, psikososial maupun spiritual (Supartini, 2000).

Merupakan faktor keturunan secara genetik dari orang tua kepada anaknya. Faktor ini tidak dapat berubah sepanjang hidup manusia, dapat menentukan beberapa karakteristik seperti jenis kelamin, ras, rambut, warna mata, pertumbuhan fisik, dan beberapa keunikan sifat dan sikap tubuh seperti temperamen.

Faktor ini dapat ditentukan dengan adanya intensitas dan kecepatan dalam pembelahan sel telur, tingkat sensitifitas jaringan terhadap rangsangan, umur pubertas, dan berhentinya pertumbuhan tulang. Potensi genetik yang berkualitas hendaknya dapat berinteraksi dengan lingkungan yang positif agar memperoleh hasil yang optimal.

b. Faktor Lingkungan/ eksternal

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi individu setiap hari mulai lahir sampai akhir hayatnya, dan sangat mempengaruhi tercapainya atau tidak potensi yang sudah ada dalam diri manusia tersebut sesuai dengan genetiknya. Faktor lingkungan ini secara garis besar dibagi menjadi 2 yaitu :

- 1) Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan)

Faktor pranatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

2) Lingkungan postnatal (lingkungan setelah kelahiran).

Lingkungan postnatal dapat di golongkan menjadi :

- a) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- b) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah, dan radiasi.
- c) Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- c) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

c. Faktor Status Sosial ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

d. Faktor Nutrisi

Nutrisi adalah salah satu komponen penting dalam menunjang kelangsungan proses tumbuh kembang. Selama masa tumbuh kembang, anak sangat membutuhkan zat gizi seperti protein, karbohidrat, lemak, mineral, vitamin, dan air. Apabila kebutuhan tersebut tidak di penuhi maka proses tumbuh kembang selanjutnya dapat terhambat.

e. Faktor Kesehatan

Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh yang sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah. Namun sebaliknya, apabila kondisi status kesehatan kurang baik, akan terjadi perlambatan.

2.1.3. Ciri Proses Tumbuh Kembang

Menurut *Soetjiningsih*, tumbuh kembang anak dimulai dari masa konsepsi sampai dewasa memiliki ciri-ciri tersendiri yaitu :

- a. Tumbuh kembang adalah proses yang kontinyu sejak konsepsi sampai maturitas (dewasa) yang dipengaruhi oleh faktor bawaan dan lingkungan.
- b. Dalam periode tertentu terdapat percepatan dan perlambatan dalam proses tumbuh kembang pada setiap organ tubuh berbeda.

- c. Pola perkembangan anak adalah sama, tetapi kecepatannya berbeda antara anak satu dengan lainnya.
- d. Aktivitas seluruh tubuh diganti dengan respon tubuh yang khas oleh setiap organ.

Secara garis besar menurut *Markum (1994)* tumbuh kembang dibagi menjadi 3 yaitu :

a. Tumbuh kembang fisis

Tumbuh kembang fisis meliputi perubahan dalam ukuran besar dan fungsi organisme atau individu. Perubahan ini bervariasi dari fungsi tingkat molekuler yang sederhana seperti aktivasi enzim terhadap diferensi sel, sampai kepada proses metabolisme yang kompleks dan perubahan bentuk fisik di masa pubertas.

b. Tumbuh kembang intelektual

Tumbuh kembang intelektual berkaitan dengan kepandaian berkomunikasi dan kemampuan menangani materi yang bersifat abstrak dan simbolik, seperti bermain, berbicara, berhitung, atau membaca.

c. Tumbuh kembang emosional

Proses tumbuh kembang emosional bergantung pada kemampuan bayi untuk membentuk ikatan batin, kemampuan untuk bercinta kasih.

Prinsip tumbuh kembang menurut *Potter & Perry (2005)* yaitu :

- a. Perkembangan merupakan hal yang teratur dan mengikuti arah rangkaian tertentu.
- b. Perkembangan adalah suatu yang terarah dan berlangsung terus menerus, dalam pola sebagai berikut, Cephalocaudal yaitu pertumbuhan berlangsung terus dari kepala kearah bawah bagian tubuh, Proximodistal yaitu perkembangan berlangsung terus dari daerah pusat (proksimal) tubuh kearah luar tubuh (distal), Differentiation yaitu perkembangan berlangsung terus dari yang mudah kearah yang lebih kompleks.
- c. Perkembangan merupakan hal yang kompleks, dapat diprediksi, terjadi dengan pola yang konsisten dan kronologis.

#### 2.1.4. Tahap-tahap Tumbuh Kembang Manusia

Tahap-tahap tumbuh kembang pada manusia adalah sebagai berikut :

- a. Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh

kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

b. Bayi (Usia 1 bulan)

Di hari-hari pertama setelah kelahiran, bayi belum bisa membuka matanya. Namun setelah berjalan beberapa hari kemudian, ia akan bisa melihat pada jarak 20 cm. Bulan pertama ini bayi akan memulai adaptasinya dengan lingkungan baru, memiliki gerak refleks alami, memiliki kepekaan terhadap sentuhan. Secara refleks kepalanya akan bergerak ke bagian tubuh yang disentuh. Sedikit demi sedikit sudah bisa tersenyum.

Komunikasi yang digunakan adalah menangis. Arti dari tangisan itu sendiri akan Anda ketahui setelah mengenal tangisannya, apakah ia lapar, haus, gerah, atau hal lainnya. Peka terhadap sentuhan jari yang disentuh ke tangannya hingga ia memegang jari tersebut. Tiada hari tanpa menghabiskan waktunya dengan tidur.

c. Bayi (Usia 2 bulan)

Sudah bisa melihat dengan jelas dan bisa membedakan muka dengan suara. Bisa menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, dan ke tengah. Sudah bisa melihat dengan jelas dan bisa membedakan muka dengan suara. Bisa

menggerakkan kepala ke kiri atau ke kanan, dan ke tengah.  
Bereaksi kaget atau tekejut saat mendengar suara keras.

d. Bayi (Usia 3 bulan)

Sudah mulai bisa mengangkat kepala setinggi 35 derajat.  
Memberikan reaksi ocehan ataupun menyahut dengan ocehan. Tertawanya sudah mulai keras. Bisa membalas senyum di saat Anda mengajaknya bicara atau tersenyum. Mulai mengenal ibu dengan penglihatannya, penciuman, pendengaran, serta kontak.

e. Bayi (Usia 4 bulan)

Bisa berbalik dari mulai telungkup ke terlentang. Sudah bisa mengangkat kepala setinggi 90 derajat. Sudah bisa menggenggam benda yang ada di jari jemarinya. Mulai memperluas jarak pandangannya.

f. Bayi (Usia 5 bulan)

Dapat mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil.  
Mulai memainkan dan memegang tangannya sendiri.  
Matanya sudah bisa tertuju pada benda-benda kecil.

Bisa meraih benda yang terdapat dalam jangkauannya. Saat tertawa terkadang memperlihatkan kegembiraan dengan suara tawa yang ceria. Sudah bisa bermain sendiri. Akan tersenyum saat melihat gambar atau saat sedang bermain.

g. Bayi (Usia 7 bulan)

Sudah bisa duduk sendiri dengan sikap bersila. Mulai belajar merangkak. Bisa bermain tepuk tangan dan cilukba.

h. Bayi (Usia 8 bulan)

Merangkak untuk mendekati seseorang atau mengambil mainannya. Bisa memindahkan benda dari tangan satu ke tangan lainnya. Sudah bisa mengeluarkan suara-suara seperti, mamama, bababa, dadada, tatata. Bisa memegang dan makan kue sendiri. Dapat mengambil benda-benda yang tidak terlalu besar.

i. Bayi (Usia 9 bulan)

Sudah mulai belajar berdiri dengan kedua kaki yang juga ikut menyangga berat badannya. Mengambil benda-benda yang dipegang di kedua tangannya. Mulai bisa mencari mainan atau benda yang jatuh di sekitarnya. Senang melempar-lemparkan benda atau mainan.

j. Bayi (Usia 10 bulan)

Mulai belajar mengangkat badannya pada posisi berdiri. Bisa menggenggam benda yang dipegang dengan erat. Dapat mengulurkan lengannya untuk meraih mainan.

k. Bayi (Usia 11 bulan)

Setelah bisa mengangkat badannya, mulai belajar berdiri dan berpegangan dengan kursi atau meja selama 30 detik. Mulai senang memasukkan sesuatu ke dalam mulut. Bisa mengulang untuk menirukan bunyi yang didengar. Senang diajak bermain cilukba.

l. Bayi (Usia 12 bulan)

Mulai berjalan dengan dituntun. Bisa menyebutkan 2-3 suku kata yang sama. Mengembangkan rasa ingin tahu, suka memegang apa saja. Mulai mengenal dan berkembang dengan lingkungan sekitarnya. Reaksi cepat terhadap suara berbisik. Sudah bisa mengenal anggota keluarga. Tidak cepat mengenal orang baru serta takut dengan orang yang tidak dikenal/asing.

Pada tahap tumbuh kembang inilah, Anda bisa melihat pertumbuhan bayi di setiap usianya. Baik normal atau tidaknya, semua tergantung bagaimana cara Anda merawat si kecil dan cara penanganannya sedari dini. Oleh karena itu, sejak dini pun penting bagi Anda untuk selalu memberikan gizi dan nutrisi yang terbaik bagi buah hati, serta merawat dan mengasuh dengan penuh kasih sayang.

### 2.1.5. Perkembangan Psikoseksual

Dalam perkembangan psikoseksual dalam tumbuh kembang dapat dijelaskan beberapa tahap sebagai berikut :

a) Tahap oral-sensori (lahir sampai usia 12 bulan)

Dalam tahap ini biasanya anak memiliki karakter diantaranya aktivitasnya mulai melibatkan mulut untuk sumber utama dalam kenyamanan anak, perasaannya mulai bergantung pada orang lain (dependen), prosedur dalam pemberian makan sebaiknya memberikan kenyamanan dan keamanan bagi anak.

b) Tahap anal-muskular (usia 1-3 tahun/toddler)

Dalam tahap ini anak biasanya menggunakan rektum dan anus sebagai sumber kenyamanan, apabila terjadi gangguan pada tahap ini dapat menimbulkan kepribadian obsesif-kompulsif seperti keras kepala, kikir, kejam dan temperamen.

c) Tahap falik (3-6 tahun / pra sekolah)

Tahap ini anak lebih merasa nyaman pada organ genitalnya, selain itu masturbasi dimulai dari keingintahuan tentang seksual. Hambatan yang terjadi pada masa ini menyebabkan kesulitan dalam identitas seksual dan bermasalah dengan otoritas, ekspresi malu, dan takut.

d) Tahap latensi (6-12 tahun / masa sekolah)

Tahap ini anak mulai menggunakan energinya untuk mulai aktivitas intelektual dan fisik, dalam periode ini kegiatan seksual tidak muncul, penggunaan koping dan mekanisme pertahanan diri muncul pada waktu ini.

e) Genital (13 tahun keatas / pubertas atau remaja sampai dewasa)

Tahap ini genital menjadi pusat kesenangan seksual dan tekanan, produksi hormon seksual menstimulasi perkembangan heteroseksual, energi ditunjukkan untuk mencapai hubungan seksual yang teratur, pada awal fase ini sering muncul emosi yang belum matang, kemudian berkembang kemampuan untuk menerima dan memberi cinta.

#### 2.1.6. Perkembangan Biologis

Teori biologisme, biasa disebut teori nativisme menekankan pentingnya peranan bakat. Pendirian biologisme ini dimulai Leibniz (1646-1716) yang mengemukakan teori kontinuitas yang dilanjutkan dengan evolusionisme. Selanjutnya Haeckel (1834-1919) seorang ahli biologi Jerman mengemukakan teori biogenese, yang menyatakan bahwa perkembangan ontogenese (individu) merupakan rekapitulasi dari filogenese.

Para penganut biologisme menekankan pada faktor biologis, menekankan fase-fase perkembangan yang harus dilalui. Sedangkan penganut sosiologisme atau empirisme menekankan peranan lingkungan pada perkembangan pribadi.

Wolf menentang teori biogenese dan mengemukakan teori epigenese, yang menyatakan bahwa perkembangan organisme itu tidak ditentukan oleh performansinya, melainkan ada sesuatu yang baru. William Stern mengemukakan teori konvergensi yang berusaha mensitesakan kedua teori tersebut.

Sebagai makhluk kodrati yang kompleks, manusia memiliki inteligensi dan kehendak bebas. Dalam hal perkembangan, pada awalnya manusia berkembang alami sesuai dengan hukum alam. Kemudian perkembangan alami manusia ini menjadi jauh melampaui perkembangan makhluk lain melalui intervensi inteligensi dan kebebasannya.

## 2.2. Defenisi Febris



Gambar 2.1: Sistem imun

Menurut ( Tamsuri. 2006 ) Febris (panas) dapat didefinisikan keadaan ketika individual mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih dari 37,8 °C peroral atau 37,9°C perrectal karena faktor eksternal. Sedangkan menurut ( Ann M Arivin. 2000 ) Suhu tubuh dapat dikatakan normal apabila suhu 36,5 °C – 37,5 °C, febris 37 °C - 40 °C dan febris > 40 °C. Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi dan berinteraksi dengan mekanisme hospes. Pada perkembangan anak demam disebabkan oleh agen mikrobiologi yang dapat dikenali dan demam menghilang sesudah masa yang pendek. Menurut pendapat lain ( Sodikin. 2012 ) Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termogulasi) di hipotalamus penyakit – penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang system tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi.

Sebagian besar kondisi febris yang terjadi pada bayi serta anak disebabkan oleh virus, dan anak sembuh tanpa terapi spesifik. Namun infeksi bakteri serius seperti meningitis, sepsis, osteomilitis, srtritis spesis, infeksi traktus urinarius, pneumonia, endokarditis, gastroenteritis dapat mula – mula muncul sebagai demam tanpa tanda yang menunjuk pada suatu lokasi. Tantangan bagi klinis adalah melakukan penatalaksanaan adekuat semua anak dengan infeksi bakteri serius, tanpa melakukan

pengobatan berlebihan terhadap mayoritas luas anak yang menderita infeksi virus.

Jadi dapat disimpulkan febris keadaan dimana seseorang yang mengalami atau beresiko kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih dari batas normal suhu tubuh yaitu  $< 37,5$  °C, dan demam juga dapat berperan penting terhadap peningkatan perkembangan imunitas dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi, demam dapat terjadi karena berbagai proses infeksi dan non infeksi yang berinteraksi dengan hospes.

### **2.3. Klasifikasi Febris**

2.3.1. Klasifikasi febris/demam menurut Jefferson (2010), adalah :

1. Fever

Keabnormalan elevasi dari suhu tubuh, biasanya karena proses patologis.

2. Hyperthermia

Keabnormalan suhu tubuh yang tinggi secara intensional pada makhluk hidup sebagian atau secara keseluruhan tubuh, seringnya karena induksi dari radiasi (gelombang panas, infrared), ultrasound atau obat – obatan.

3. Malignant Hyperthermia

Peningkatan suhu tubuh yang cepat dan berlebihan yang menyertai kekakuan otot karena anestesi total.

### 2.3.2. Tipe - tipe demam.diantaranya:

#### 1. Demam Septik

Suhu badan berangsur naik ketinggian yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ketinggian diatas normal pada pagi hari. Sering disertai keluhan menggigil dan berkeringat. Bila demam yang tinggi tersebut turun ketinggian yang normal dinamakan juga demam hektik.

#### 2. Demam remiten

Suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu badan normal. Penyebab suhu yang mungkin tercatat dapat mencapai dua derajat dan tidak sebesar perbedaan suhu yang dicatat demam septik.

#### 3. Demam intermiten

Suhu badan turun ketinggian yang normal selama beberapa jam dalam satu hari. Bila demam seperti ini terjadi dalam dua hari sekali disebut tersiana dan bila terjadi dua hari terbebas demam diantara dua serangan demam disebut kuartana.

#### 4. Demam intermiten

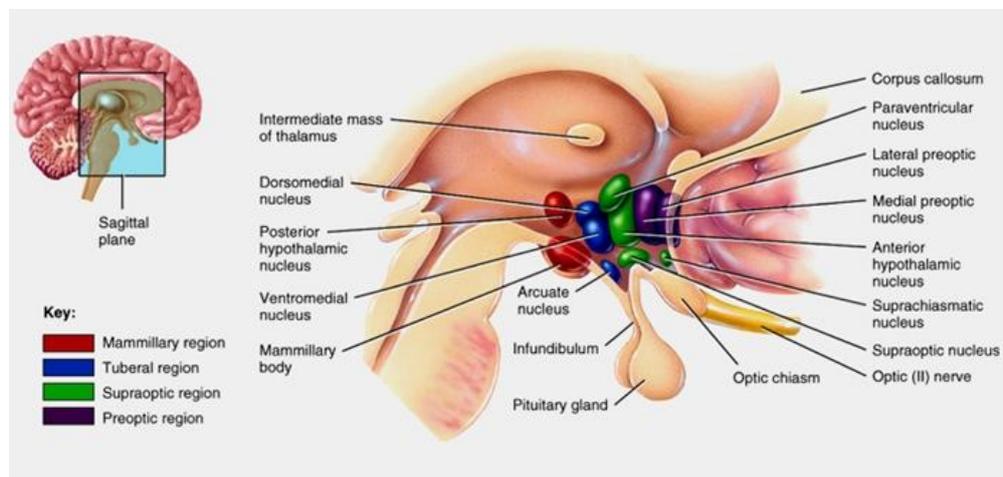
Variasi suhu sepanjang hari tidak berbeda lebih dari satu derajat. Pada tingkat demam yang terus menerus tinggi sekali disebut hiperpireksia

## 5. Demam siklik

Terjadi kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti oleh beberapa periode bebas demam untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula.

Suatu tipe demam kadang-kadang dikaitkan dengan suatu penyakit tertentu misalnya tipe demam intermiten untuk malaria. Seorang pasien dengan keluhan demam mungkin dapat dihubungkan segera dengan suatu sebab yang jelas seperti : abses, pneumonia, infeksi saluran kencing, malaria, tetapi kadang sama sekali tidak dapat dihubungkan segera dengan suatu sebab yang jelas.

## 2.4. Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.2: Anatomi hipotalamus

Hipotalamus merupakan bagian ujung anterior diensefalon dan di depan nucleus interpedunkularis. Hipotalamus terbagi dalam berbagai inti dan daerah inti. Hipotalamus terletak pada anterior dan inferior thalamus. Berfungsi mengontrol dan mengatur system saraf autonom, Pengaturan

diri terhadap homeostatic, sangat kuat dengan emosi dan dasar pengantaran tulang, Sangat penting berpengaruh antara system syaraf dan endokrin. Hipotalamus juga bekerjasama dengan hipofisis untuk mempertahankan keseimbangan cairan, mempertahankan pengaturan suhu tubuh melalui peningkatan vasokonstriksi atau vasodilatasi dan mempengaruhi sekresi hormonal dengan kelenjar hipofisis. Hipotalamus juga sebagai pusat lapar dan mengontrol berat badan. Sebagai pengatur tidur, tekanan darah, perilaku agresif dan seksual dan pusat respons emosional (rasa malu, marah, depresi, panic dan takut).

Adapun fungsi dari hipotalamus antara lain adalah:

- a. Mengontrol suhu tubuh
- b. Mengontrol rasa haus dan pengeluaran urin
- c. Mengontrol asupan makanan
- d. Mengontrol sekresi hormon-hormon hipofisis anterior
- e. Menghasilkan hormon-hormon hipofisis posterior
- f. Mengontrol kontraksi uterus pengeluaran susu
- g. Pusat koordinasi sistem saraf otonom utama, kemudian mempengaruhi semua otot polos, otot jantung, sel eksokrin
- h. Berperan dalam pola perilaku dan emosi

Peran hipotalamus adalah pengaturan hipotalamus terhadap nafsu makan terutama bergantung pada interaksi antara dua area : area “makan” lateral di anyaman nucleus berkas prosensefalon medial pada pertemuan dengan serabut polidohipotalamik, serta “pusat rasa kenyang:’ medial di nucleus vebtromedial. Perangsangan pusat makan membangkitkan perilaku makan

pada hewan yang sadar, sedangkan kerusakan pusat makan menyebabkan anoreksia berat yang fatal pada hewan yang sebenarnya sehat. Perangsangan nucleus ventromedial menyebabkan berhentinya makan, sedangkan lesi di regio ini menyebabkan hiperfagia dan bila erediaan makan banyak, sindrom obesitas hipotalamik.

Hubungan hipotalamus dengan fungsi otonom :

a. Hubungan aferen dan eferen hipotalamus

Jalur aferen dan eferen utama dari dan ke hipotalamus sebagian besar tidak bermielin. Banyak serabut menghubungkan hipotalamus dengan system limbic. Juga terdapat hubungan penting antara hipotalamus dengan nucleus-nucleus di tegmentum mesensefalon, pons dan rhombensefalon.

Neuron penghasil norepinefrin yang badan selnya berada di rhombensefalon berujung di berbagai bagian yang berbeda di hipotalamus. Neuron paraventrikel yang mungkin mengeluarkan oksitoksin dan vasopressin sebaliknya menuju ke rhombensefalon dan berakhir di hipotalamus ventral. Terdapat system neuron penghasil dopamine intrahipotalamus yang badan selnya terdapat di nucleus arkuata dan berujung pada atau dekat kapiler yang membentuk pembuluh portal di eminensia mediana. Neuron penghasil serotonin berproyeksi ke hipotalamus dari nucleus rafe.

b. Hubungan dengan kelenjar hipofisis

Terdapat hubungan saraf antara hipotalamus dan lobus posterior kelenjar hipofisis serta hubungan vascular antara hipotalamus

dengan lobus anterior. Secara embriologis, hipofisis posterior muncul sebagai besar ventrikel ketiga. Hipofisis posterior sebagian besar tersusun dari berbagai ujung akson yang muncul dari badan sel di nucleus supraoptik di hipofisis posterior melalui traktus hipotalamohipofisis.

c. Hubungan dengan fungsi otonom

Bertahun-tahun yang lalu, Sherrington menyebutkan hipotalamus sebagai “ganglian utama sisten otonom”. Perangsangan hipotalamus menimbulkan respons otonom, tetapi hipotalamus sendiri tampaknya tidak terpengaruh oleh pengaturan fungsi viseral yang dilakukannya. Sebaliknya, respons otonom yang ditimbulkan di hipotalamus merupakan bagian dari fenomena yang lebih kompleks seperti makan dan bentuk emosi lain seperti marah. Sebagai contoh, perangsangan terhadap berbagai bagian hipotalamus, terutama daerah lateral, menyebabkan pelepasan muatan dan peningkatan sekresi medulla adrenal seperti lepas-muatan simpatis massal yang di jumpai pada hewan yang terpajan stress.

d. Hubungan dengan tidur

zona tidur prosensefalon basal mencakup sebagian dari hipotalamus. Bagian-bagian ini serta fisiologi keseluruhan dari keadaan tidur dan terjaga dibakar.

e. Hubungan dengan fenomena siklik

Sel pada tumbuhan dan hewan mengalami fluktuasi ritmis dalam berbagai fungsinya yang lamanya sekitar 24 jam, yang disebut bersifat sirkadian. Pada mamalia, termasuk manusia, sebagian besar sel memiliki irama sirkadian. Dalam hati, irama ini dipengaruhi oleh pola asupan makanan, tetapi pada hampir semua sel lain irama diselaraskan oleh sepasang nucleus suprachiasmatic (SCN), satu di tiap-tiap sisi di atas kiasma optikum.

## **2.5. Etiologi**

Demam merupakan gejala yang muncul karena adanya berbagai macam reaksi yang timbul pada tubuh, dan menandakan bahwa melakukan perlawanan terhadap suatu penyakit. Namun berbagai penelitian setuju bahwa penyebab terbesar adalah infeksi. Penelitian di RSCM menemukan bahwa angka kejadian demam yang diakibatkan oleh infeksi mencapai angka 80%, sedangkan sisanya adalah karena kolagen-vaskuler sebanyak 6%, dan penyakit keganasan sebanyak 5%. Untuk penyakit infeksi karena bakteri mencakup tubercolosis, bakterimia, demam tifoid, dan infeksi saluran kemih (ISK) sebagai penyebab tertinggi ( Bakry b, Tumberlaka A, Chair I. 2008 )

Dalam studi yang dilakukan oleh Limper M et. al (2011), mereka mendapatkan temuan yang sama seperti yang dilakuakn di RSCM. Ditemukan bahwa infeksi merupakan penyebab demam terbanyak. Hal ini sudah dipastikan melalui kultur darah. Ditemukan bahwa bakteri yang di temukan paling banyak adalah bakteri gram positif dengan infeksi saluran pernafasan atas dan bawah sebagai diagnosis terbanyak. Untuk bakteri

gram negatif sendiri lebih cenderung menyebabkan bakteremia, atau dengan kata lain memberikan infeksi sistemik. Hanya 1 dari 20 pasien yang ditemukan dengan demam selain dari bakteri ( Limper M et, al. 2011 ). Penyebab demam paling non infeksi yang dapat ditemukan adalah demam karena kanker melalui jalur tumor, alergi, dan transfusi darah ( Dalal S, Donna S, Zhukovsky. 2006)

## **2.6. Manifestasi Klinis**

Terdapat banyak hal yang dapat menyebabkan demam. Pemecahan protein dan beberapa substansi lainnya seperti toksin liposakarida yang dilepaskan dari sel membran bakteri. Perubahan yang terjadi adalah peningkatan *set – point* meningkat. Segala sesuatu yang menyebabkan kenaikan *set – point* ini kemudian dikenal dengan sebutan *pyrogen*. Saat *set – point* lebih tinggi dari normal tubuh akan mengeluarkan mekanisme untuk meningkatkan suhu tubuh, termasuk konservasi panas dan produksi panas. Dalam hitungan jam suhu tubuh akan mendekati *set – point*.

Awal mulai *pyrogen* dilepaskan adalah saat terjadi pemecahan bakteri di jaringan atau di darah melalui mekanisme fagositosis oleh leukosit, makrofag, dan *large granular killer lymphocytes*. Ketiga sel tersebut akan melepaskan sitokin setelah melakukan pencernaan. Sitokin adalah sekelompok *peptide signalling molecule*. Sitokin yang paling berperan dalam menyebabkan demam adalah interleukin- 1 (IL-1) atau disebut juga *endogenous pyrogen*. IL-1 dilepaskan oleh makrofag dan sesaat setelah mencapai *hypothalamus*, mereka akan mengaktifasi proses yang menyebabkan demam (Guyton, Arthur C, Hall, John E. 2006)

Cyclooxygenase-2 (COX-2) adalah enzim yang membantu mekanisme kerja prostaglandin endogen untuk membentuk prostaglandin E<sub>2</sub> (Guyton, Arthur c, Hall, Jhon E. 2006). COX-2 dianggap sebagai sitokin proinflamatori. Prostaglandin bekerja dengan cara mengaktifkan termoregulasi neuron *hypothalamic* anterior dan menaikkan suhu tubuh. Rute utama dari sitokin untuk mempengaruhi *hypothalamus* adalah melalui rute *vaagal* saat *set – point* meningkat maka akan terjadi 2 hal yang menginduksi demam. Yang pertama adalah konservasi panas yang terjadi melalui vasokonstriksi, dan yang kedua adalah produksi panas melalui kontraksi otot secara involunter ( Dalal S, Donna S, Zhukovsky. 2006 )

## **2.7. Patofisiologi dan WOC**

Dengan peningkatan suhu tubuh terjadi peningkatan kecepatan metabolisme basa. Jika hal ini disertai dengan penurunan masukan makanan akibat anoreksia, maka simpanan karbohidrat, protein serta lemak menurun dan metabolisme tenaga otot dan lemak dalam tubuh cenderung dipecah dan terdapat oksidasi tidak lengkap dari lemak, dan ini mengarah pada ketosis (Sacharin. 1996 ).

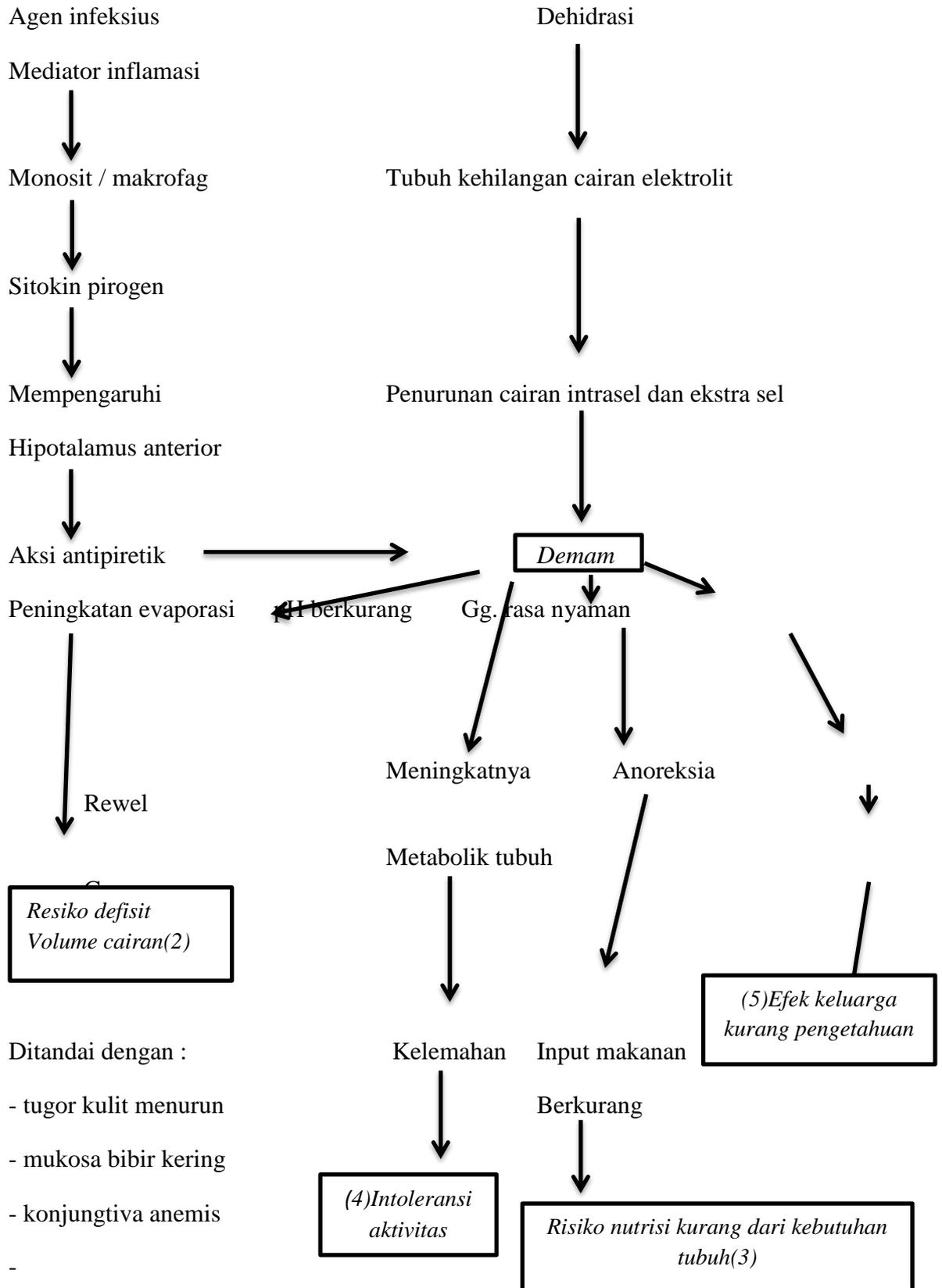
Dengan terjadinya peningkatan suhu, tenaga konsentrasi normal, dan pikiran lobus hilang. Jika tetap dipelihara anak akan berada dalam keadaan bingung, pembicaraan menjadi inkoheren dan akhirnya ditambah dengan timbulnya stupor dan koma (Sacharin. 1996 ).

Kekurang cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan demam, karena cairan dan elektrolit ini mempengaruhi keseimbangan termoregulasi di

hipotalamus anterior. Jadi apabila terjadi dehidrasi atau kekurangan cairan dan elektrolit maka keseimbangan termoregulasi di hipotalamus anterior mengalami gangguan.

Pada pasien febris atau demam pemeriksaan laboratorium perlu dilakukan, yaitu dengan pemeriksaan darah lengkap misalnya : Hb, Ht, Leukosit. Pada pasien febris atau demam biasanya pada Hb akan mengalami penurunan, sedangkan Ht dan Leukosit akan mengalami peningkatan. LED akan meningkat pada pasien observasi febris yang tidak diketahui penyebabnya, ( pemeriksaan sputum diperlukan untuk pasien yang menderita demam dan disertai batuk – batuk ) ( Isselbacher. 1999 )

## WOC



## **2.8. Pemeriksaan penunjang**

Pemeriksaan fisik pada anak demam secara kasar dibagi atas status generalis dan evaluasi secara detil yang menfokuskan pada sumber infeksi. Pemeriksaan status generalis tidak dapat diabaikan karena menentukan apakah pasien terdapat toksis atau tidak toksis. Skala penilaian terdiri dari evaluasi secara menagis, reaksi terhadap orang tua, variasi keadaan, respon social, warna kulit, dan status hidrasi.

Pemeriksaan awal : Pemeriksaan atas indikasi, kultur darah, urin atau feses, pengembalian cairan, Serebrospinal, foto toraks, Darah urin dan feses rutin, morfologi darah tepi, hitung jenis leukosit.

## **2.9. Penatalaksanaan**

### **2.9.1. Medis**

Pada keadaan hiperpireksia ( demam  $\geq 41$  °C ) jelas diperlukan penggunaan obat – obatan antipiretik. Ibuprofen mungkin aman bagi anak – anak dengan kemungkinan penurunan suhu yang lebih besar dan lama kerja yang serupa dengan kerja asetaminofin ( Isselbacher. 1999 ).

### **2.9.2. Keperawatan**

Pengelolaan pada penderita febris meliputi diagnosa keperawatan dan rencana tindakan sebagai berikut:

Diagnosa pertama yang muncul yaitu hipertemi yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh dari 37,8 °C peroral atau 38,8 °C perrektal. Diagnosa ini mempunyai tujuan yaitu : kaji tentang penyebab hipertemi, monitor tanda – tanda vital, berikan kompres

air hangat untuk merangsang penurunan panas atau demam, anjurkan pasien untuk banyak istirahat, pantau dan pengeluaran, ajarkan pentingnya peningkatan masukan cairan selama cuaca hangat dan latihan, jelaskan kebutuhan untuk menghindari alkohol, kafein, dan makan banyak selama cuaca panas, hindari aktivitas di luar ruangan antara pukul 11.00 – 14.00, ajarkan tanda – tanda awal hipertemi atau sengatan panas : kulit merah, sakit kepala, keletihan, kehilangan nafsu makan, kolaborasi dalam pemberian antipiretik.

Diagnosa keperawatan yang kedua muncul yaitu resiko defisit volume cairan yang ditandai dengan dehidrasi peningkatan penguapan / evaporasi ( Doenges. 2000 ). Tujuan yang hendak dicapai adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan, defisit volume cairan dapat diatasi. Kriteria hasil yang diharapkan adalah mempertahankan cairan dan elektrolit dalam tubuh. Intervensinya yaitu kaji masukan dan haluan cairan, kaji tanda – tanda vital pasien, ajarkan pasien pentingnya mempertahankan masukan yang adekuat ( sedikitnya 2000 ml / hari, kecuali terdapat kontra indikasi penyakit jantung, ginjal ), kaji tanda dan gejala dini defisit volume cairan ( mukosa bibir kering, penurunan berat badan ), timbang berat badan setiap hari.

Diagnosa ketiga yang akan muncul yaitu resiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan penurunan keinginan untuk makan ( anoreksi ) ( carpenito. 1999 ). Tujuannya yaitu kebutuhan

nutrisi terpenuhi. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu berat badan normal, nafsu makan ada / bertambah. Intervensi yang akan dilakukan yaitu timbang berat badan pasien tiap hari. Jelaskan pentingnya nutrisi yang adekuat beri diet lunak, ajarkan pasien untuk makan sedikit tapi sering, pertahankan kebersihan mulut dengan baik, sajikan makan dalam bentuk yang menarik.

Diagnosa keempat yang akan muncul yaitu gangguan intoleransi aktivitas ditandai dengan ketidakmampuan untuk mempertahankan rutinitas sehari – hari, meningkatnya keluhan fisik ( Carpenito. 2000, Carpenito. 1999 ). Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan gangguan intoleransi aktivitas dapat diatasi. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu klien dapat meningkatkan toleransi terhadap aktivitas sehari. Intervensi yang akan dilakukan : ukur tanda – tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas, tingkatkan aktivitas perawatan diri klien dari perawatan diri parsial sampai lengkap sesuai dengan indikasi, ajarkan pasien teknik penghematan energi, rencanakan periode istirahat sesuai jadwal harian klien, identifikasi dan dorong kemajuan klien.

Diagnosa keperawatan kelima yaitu kurang pengetahuan ditandai dengan mengungkapkan kurang pengetahuan atau keterampilan atau permintaan informasi ( Carpenito, 2000 ). Tujuannya yaitu pengetahuan keluarga tentang demam bertambah. Kriteria hasil yang diharapkan yaitu keluarga menyatakan keahamannya tentang perawatan demam di rumah. Intervensinya yaitu kaji

tingkat pengetahuan tentang anak demam dirumah. Beri penyuluhan atau pendidikan kesehatan tentang perawatan anak demam dirumah. Beri evaluasi tentang pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat, beri reword kepada orang tua atas keberhasilan menjawab yang di ajukan oleh perawat.

## **2.10. Komplikasi**

2.10.1. Dehidrasi : demam ↑penguapan cairan tubuh

2.10.2. 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.

Menurut Corwin (2000),komplikasi febris diantaranya:

- a. Takikardi
- b. Insufisiensi jantung
- c. Insufisiensi pulmonal
- d. Kejang demam

## **2.11. Asuhan keperawatan**

2.11.1. Pengkajian

- a. Identitas klien

Meliputi : nama, tempat/ tanggal lahir, umur, jenis kelamin, nama orang tua, pekerjaan orang tua, alamat, suku, bangsa, agama.

- b. Keluhan utama

Klien yang biasanya menderita febris mengeluh suhu tubuh panas > 37,5 °C, berkeringat, mual/muntah.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada umumnya didapatkan peningkatan suhu tubuh diatas 37,5 °C, gejala febris yang biasanya yang kan timbul menggigil, mual/muntah, berkeringat, nafsu makan berkurang, gelisah, nyeri otot dan sendi.

d. Riwayat kesehatan dulu

Pengkajian yang ditanyakan apabila klien pernah mengalami penyakit sebelumnya.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang pernah di derita oleh keluarga baik itu penyakit keturunan ataupun penyakit menular, ataupun penyakit yang sama.

f. Genogram

Petunjuk anggota keluarga klien.

g. Riwayat kehamilan dan kelahiran

Meliputi : prenatal, natal, postnatal, serta data pemebrian imunisasi pada anak.

h. Riwayat sosial

Pengkajian terhadap perkembangan dan keadaan sosial klien

i. Kebutuhan dasar

1) Makanan dan minuman

Biasa klien dengan febris mengalami nafsu makan, dan susah untuk makan sehingga kurang asupan nutrisi.

2) Pola tidur

Biasa klien dengan febris mengalami susah untuk tidur karena klien merasa gelisah dan berkeringat.

3) Mandi

4) Eliminasi

Eliminasi klien febris biasanya susah untuk buang air besar dan juga bisa mengakibatkan terjadi konsistensi bab menjadi cair.

j. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Biasanya kesadaran klien dengan febris 15 – 13, berat badan serta tinggi badan

2) Tanda – tanda vital

Biasa klien dengan febris suhunya  $> 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$ , nadi  $> 80 \times i$

3) Head to toe

a) Kepala dan leher

Bentuk, kebersihan, ada bekas trauma atau tidak

b) Kulit, rambut, kuku

Turgor kulit (baik-buruk), tidak ada gangguan / kelainan.

c) Mata

Umumnya mulai terlihat cekung atau tidak.

d) Telingga, hidung, tenggorokan dan mulut

Bentuk, kebersihan, fungsi indranya adanya gangguan atau tidak, biasanya pada klien dengan febris mukosa bibir klien akan kering dan pucat.

e) Thorak dan abdomen

Biasa pernafasan cepat dan dalam, abdomen biasanya nyeri dan ada peningkatan bising usus bising usus normal pada bayi 3 – 5 x i.

f) Sistem respirasi

Umumnya fungsi pernafasan lebih cepat dan dalam.

g) Sistem kardiovaskuler

Pada kasus ini biasanya denyut pada nadinya meningkat

h) Sistem muskuloskeletal

Terjadi gangguan apa tidak.

i) Sistem pernafasan

Pada kasus ini tidak terdapat nafas yang tertinggal / gerakan nafas dan biasanya kesadarannya gelisah, apatis atau koma

k. Pemeriksaan tingkat perkembangan

1) Kemandirian dan bergaul

Aktivitas sosial klien

2) Motorik halus

Gerakan yang menggunakan otot halus atau sebagian anggota tubuh tertentu, yang dipengaruhi oleh kesempatan untuk belajar dan berlatih.

Misalnya : memindahkan benda dari tangan satu ke yang lain, mencoret – coret, menggunting

3) Motorik kasar

Gerakan tubuh yang menggunakan otot – otot besar atau sebagian besar atau seluruh anggota tubuh yang di pengaruhi oleh kematangan fisik anak contohnya kemampuan duduk, menendang, berlari, naik turun tangga ( Lerner & Hultsch. 1983)

4) Kognitif dan bahasa

Kemampuan klien untuk berbicara dan berhitung.

l. Data penunjang

Biasanya dilakukan pemeriksaan labor urine, feses, darah, dan biasanya leukosit nya > 10.000 ( meningkat ) , sedangkan Hb, Ht menurun.

m. Data pengobatan

Biasanya diberikan obat antipiretik untuk mengurangi suhu tubuh klien, seperti ibuprofen, paracetamol.

#### 2.11.2. Kemungkinan diagnosa yang akan muncul

- a. **Hipertemia** berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi
- b. **Resiko kekurangan volume cairan** berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif
- c. **Ketidakseimbangan nutrisi kurang** dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makan.
- d. **Gangguan intoleransi aktivitas** berhubungan dengan kelemahan anggota tubuh.
- e. **Kurangnya pengetahuan** berhubungan dengan kurangnya informasi.

### 2.11.3. Rencana asuhan keperawatan

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<b>Hipertemia</b> berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, suhu tubuh kembali normal, dengan KH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu tubuh dalam rentang normal</li> <li>- Nadi dan RR dalam rentang normal</li> <li>- Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</li> </ul>	<b>Fever Treatmen</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda – tanda vital ( Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernafasan )</li> <li>2. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam</li> <li>3. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</li> <li>4. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh</li> <li>5. Kalaborasi pemberian terapi antipiretik, antibiotik atau agen anti menggigil</li> <li>6. Berikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh.</li> <li>7. Berikan pakaian menyerap keringat</li> <li>8. Berikan pakaian yang tipis</li> </ol>

---

		<p>9. Catat adanya fluktuasi tekanan darah</p> <p>10. Monitor penurunan tingkat kesadaran</p> <p>11. Pantau komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala, kondisi penyebab demam</p>
<p>2 <b>Kekurangan volume cairan</b> berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, <b>fluid balance</b> yang kurang dan kehilangan <b>Hydration Nutritional Status Food and Fluid Intake</b> dengan KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB,BJ urine, pH, urine normal</li> <li>- TTV dalam batas normal</li> <li>- Tidak ada tanda – tanda dehidrasi, Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan</li> </ul>	<p><b>Manajemen cairan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat</li> <li>2. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa , nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan</li> <li>3. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan ( BUN, Hmt, osmolalitas urin, albumin, total protein )</li> <li>4. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam.</li> <li>5. Monitor intake dan output setiap hari</li> </ol>

- 
- Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal
  - Intake oral dan intravena adekuat
6. Berikan cairan oral
  7. Kalaborasi pemberian cairan IV
  8. Timbangan BB/ hari
  9. Berikan ralutan oralit
  10. Berikan penggantian nasogatrik sesuai output
  11. Kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk
  12. Konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan dan atau elektrolit menetap atau memburuk
- 

3 **Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, **Status Nutrisi** berhubungan dengan Faktor : **Asupan Nutrisi** dengan KH:

biologis, ketidak mampuan – Adanya peningkatan berat badan sesuai

**Manajemen nutrisi**

1. Kaji adanya alergi makanan
2. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang

---

---

makan dan kurang asupan

dengan tujuan

dibutuhkan pasien

makanan

- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan
- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- Tidak ada tanda – tanda malnutrisi
- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecaoan dan menelan
- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

3. Anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien
4. Berikan substansi gula
5. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
6. Berikan makanan yang terpilih
7. Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering
8. Anjurkan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien

**Monitoring nutrisi**

9. Monitor adanaya penurunan berat badan
-

			<p>10. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan</p> <p>11. Monitor interaksi anak dan orang tua selama makan</p> <p>12. Monitor mual dan muntah</p> <p>13. Monitor kadar albumin, total protein, Hb</p> <p>14. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva</p>
4	<p><b>Gangguan intoleransi aktivitas</b> berhubungan dengan kelemahan anggota tubuh.</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, <b>SEKF CARE, toleransi aktivitas, konservasi energi</b> dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Berpartisipasi dalam aktivitas fisik tanpa disertai peningkatan tekanan darah, nadi dan RR.</li> <li>– Mampu melakukan aktivitas sehari –</li> </ul>	<p>1. Observasi adanya pembatas klien dalam melakukan aktivitas.</p> <p>2. Kali adanya fktor yang menyebabkan kelelahan.</p> <p>3. Monitor nutrisi dan sumber energi yang adekuat.</p> <p>4. Monitor klien akan adanya kelelahan fisik dan emosi secara berlebihan.</p>

---

hari ( ADLs ) secara mandiri.

- Keseimbangan aktivitas dan istirahat.

5. Monitor respon kardiovaskular terhadap aktivitas

6. Monitor pola tidur dan lamayan pola tidur.

7. Bantu untuk mengidentifikasi aktivitas yang disukai.

5. **Kurangnya pengetahuan** Setelah dilakukan tindakan keperawatan berhubungan dengan kurangnya informasi. **Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, Knowledge : Disease Process, Knowledge : Health**

**Behavior** dengan KH:

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

Teaching : Disease Proses

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

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

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

---

- 
- |   |   |
|---|---|
| – Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya | 4. Identifikasi kemungkinan penyebab, dengan cara yang tepat  |
|   | 5. Sediakan informasi pada pasien tentang kondisi, dengan cara yang tepat   |
|   | 6. Hindari jaminan yang kosong  |
|   | 7. Sediakan bagi keluarga atau SO informasi tentang kemajuan pasien dengan cara yang tepat  |
|   | 8. Diskusikan perubahan gaya hidup yang mungkin diperlukan untuk mencegah komplikasi dimasa yang akan datang dan ata proses pengontrolan penyakit |
- 

*Tabel 2.1: Intervensi secara teoritis*

### 2.1.1. Implementasi

Setelah rencana tindakan keperawatan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan obesrvasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau keluarga tentang tindakan yang akan di lakukan.

### 2.1.2. Evaluasi

Evaluasi adalah langkah terakhir dalam asuhan keperawatan, evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP ( data subjektif, data objektif, analisa, planning ). Dalam evaluasi ini dapat ditentukan sejauh mana keberhasilan rencana tindakan keperawatan yang harus dimodifikasi.

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **3.1. Pengkajian**

Tanggal pengambilan data : 7 Juni 2018  
MRS : 480868  
Ruang : Anak, kelas 2, RSAM Bukittinggi

##### **3.1.1. Identitas klien**

Nama : An.Q  
Tempat/tgl lahir : Bukittinggi, 10 September 2017  
Umur : 8 Bulan 23 Hari  
Jenis Kelamin : Laki - laki  
Nama ayah/Ibu : Tn.R  
Pekerjaan Ayah : Wirasawasta  
Pekerjaan Ibu : Ibu rumah tangga  
Alamat : Jl. SY Ibrahim Musa, Aur Tajungkang  
Suku bangsa : Minang ( Piliang ) / Indonesia  
Agama : Islam  
Biaya ditanggung : BPJS

##### **3.1.2. Alasan masuk**

Klien masuk melalui IGD RS. Achmad Muchtar pada Hari Rabu Tanggal 07 Juni 2018. Orang tau klien mengatakan klien demam sejak Hari Selasa setelah klien melakukan imunisasi campak, suhu tubuh klien naik turun, pada saat masuk ke IGD suhu tubuh 39,3

°C, orang tua klien juga mengatakan klien mengalami mual muntah, klien juga menggigil dan akral dingin.

### 3.1.3. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengalami hipertermi dengan suhu 38 °C, orang tua klien mengatakan klien muntah sudah 2 kali dari malam, kemaren malam dan tadi pagi saat menyusui, orang tua klien juga mengatakan klien buang air besarnya encer sudah 2 kali, kemaren sore dan tadi pagi, klien tampak berkeringat, wajah klien tampak memerah.

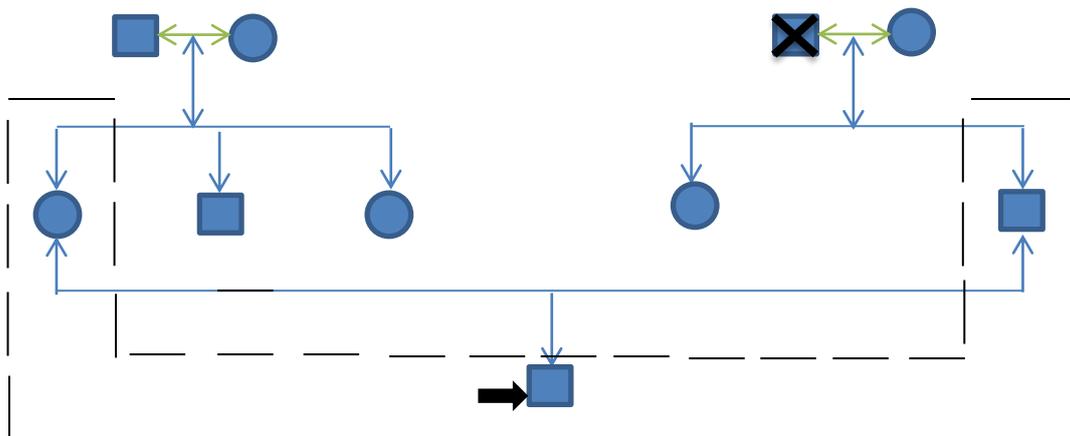
### 3.1.4. Riwayat kesehatan dahulu

Klien pernah di rawat di ruangan perinatologi saat baru lahir karena asi ibu klien tidak keluar saat itu.

### 3.1.5. Riwayat kesehatan keluarga

Ayah klien mengatakan pernah mengalami kejang waktu kecil.

### 3.1.6. Genogram



Keterangan :



: Laki - laki



: Wanita



: Sudah meninggal



: Pasien

- - - - : Tinggal serumah

Orang tua klien mengatakan keluarga tidak pernah mengalami penyakit keturunan seperti : Diabetes, Hipertensi dan lain - lain

### **3.1.7. Riwayat kehamilan dan kelahiran**

a. Prenatal :

- 1) Ibu klien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan 1 x 1 bulan pada saat hamil di Puskesmas Rasimah Ahmad Tengah Sawah.
- 2) Riwayat pengobatan saat hamil tidak ada mengkonsumsi obat - obatan

b. Natal :

Ibu klien melahirkan klien secara normal di RS. Achmad Muchtar, usia kehamilan saat lahir 9 bulan 15 hari, dengan fisik :

- 1) Berat badan : 2.9 kg
- 2) Panjang badan : 48 cm
- 3) Lingkar kepala : 35 cm
- 4) Lingkar dada : 32 cm
- 5) Lingkar lengan : 12 cm

6) Penelian Abgaskor :

	SCORING
<i>Appearance</i>	1
<i>Pulse</i>	2
<i>Grimace</i>	2
<i>Activity</i>	1
<i>Respiration</i>	2
Jumlah	8

Tabel 3.1: Nilai Abgaskor An.Q

Keterangan : pada *appearance* ( warna kulit ) warna kulit biru pada ekstremitas, warna kulit pink pada tubuh dengan score 1, pada *pulse* ( nadi ) >100 kali/menit dengan score 2, pada *grimace* ( reflek ) bayi menangis & batuk atau bersin dengan score 2, pada *activity* ( tonus otot ) sedikit gerakan dengan score 2, pada *respiration* ( pernafasan ) pernafasan baik dan teratur, menangis kuat dengan score 2, dan jumlah nya 8/10 digolongkan baik

c. Postnatal :

- 1) Ibu : Keadaan ibu saat pasca melahirkan tidak mengalami pendarahan, ASI ibu tidak dapat keluar karena puting pada ibu tidak timbul.
- 2) Bayi : Pada saat 2 hari setelah melahirkan bayi di rawat di ruangan perinatalogi RSAM karena bayi menguning

akibat tidak dapat asupan ASI, dengan tindakan fototrap  
selama 1 minggu.

3) Imunisasi :

UMUR ( Bulan )	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi									
HB-0 ( 0-7 hari )	11.9.17									
BCG		11.10.17								
Polio	11.9.17									
DPT-HB-Hib 1			13.11.17							
Polio 2			13.11.17							
DPT-HB-Hib 2				13.12.17						
Polio 3				13.12.17						
DPT-HB-Hib 3					16.1.18					
Polio 4					16.1.18					
IPV					16.1.18					
Campak										5.6.18

Tepat pemberian  
Masih boleh diberikan  
waktu yang tidak boleh



Tabel 3.2: Data imunisasi An. Q

**3.1.8. Riwayat sosial**

a. Yang mengasuh :

Ayah dan Ibu klien

b. Hubungan dengan anggota keluarga :

Ibu klien mengatakan hubungan dengan keluarga baik yaitu anak dapat berinteraksi dengan ayah dan ibunya seabliknya juga dengan keluarga – keluarga yang lain, klien juga dapat mudah beradaptasi dengan keluarga yang baru ia kenal.

c. Hubungan dengan teman sebaya :

Tidak dilakukan pengkajian karena klien masih berumur 8 bulan.

d. Pembawaan secara umum :

Klien tampak baik – baik saja dari segi fisik tidak ada mengalami kecacatan dan klien dapat mudah berinteraksi dengan yang lain.

e. Lingkungan rumah :

Orang tua dan klien tinggal di kontrakan, orang tua klien juga mengatakan lingkungan sekitar padat dengan lingkungan, di depan rumah terdapat selokan yang pernah mengakibatkan banjir.

### 3.1.9. Kebutuhan dasar

a. Makanan yang disukai/tidak disukai :

Orang tua klien mengatakan pada saat sehat klien makan nasi tim, dan asi, klien juga mendapatkan asi eksklusif, pada saat sakit sekarang nafsu makan klien kurang, dan jika dikasih makan klien muntah, orang tua klien mengatakan susah untuk makan dan klien tampak susah untuk makan.

Sehat	Sakit
1 porsi	¼ porsi

*Tabel 3.3: Porsi makanan An.Q*

b. Pola tidur :

Pada saat sakit sekarang klien lebih sering menangis dan susah tidur.

Sehat	Sakit
12 jam	8 jam

*Tabel 3.4: Pola tidur An.Q*

c. Mandi :

Pada saat sehat klien mandi 2x sehari sedangkan saat sakit sekarang klien hanya di lap dengan waslap basah.

d. Aktifitas bermain :

Pada saat sehat orang tua klien mengatakan klien aktif bermain seperti melempar, menggenggam barang – barang di sekitarnya dan pada saat sakit klien cenderung lebih diam dan sering menangis.

e. Eliminasi :

Orang tua klien mengatakan pada saat sehat klien buang air besar dan kecil tidak ada mengalami gangguan, pada saat sakit sekarang buang air besar klien cair.

	Sehat	Sakit
Frekuensi	± 1 – 2 x sehari	± 4 x sehari, < 1 gelas
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Lembek	Cair

*Tabel 3.5: Eliminasi BAB An.Q*

	Sehat	Sakit
Frekuensi	Tidak di ukur karena klien memakai pempers	Tidak di ukur karena klien memakai pempers
Warna	Kuning	Kuning
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Cair	Cair

*Tabel 3.6: Eliminasi BAK An.Q*

f. Pemeriksaan fisik perkembangan

Terlungkup : 4 bulan

Duduk : 7 bulan

Merangkak : 8 bulan

**3.1.10. Pemeriksaan fisisk**

Kesadaran : Compost mentis

GCS : 15

BB/TB : 7,2 kg / 67 cm

Lingkar kepala : 52 cm

Lingkar perut : 52 cm

Lingkar lengan : 17 cm

Lingkar paha : 22 cm

**Tanda Vital**

Suhu : 38 °C

Pernafasan : 27 x menit

Nadi : 125 x menit

TD : tidak di ukur

a. Kepala

1) Rambut/ kepala

Rambut klien tampak bersih, tidak kusam dan tidak terdapat lesi disekitar kepala

2) Mata

Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri kanan, konjungtiva normal, pupil isokor, sklera tidak iterik, tidak terdapat oedem.

3) Telinga

Bersih tidak terdapat serumen, tidak ada gangguan, telinga simetris kiri dan kanan.

4) Hidung

Bersih tidak terdapat serumen, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terdapat polip, pernafasan 27 x menit

5) Mulut dan gigi

Bersih, tidak terdapat kotoran, gigi susu sedang tumbuh, mukosa bibir agak kering, bibir simetris kiri kanan, keadaan rahang normal, tidak ada kelainan.

b. Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, tidak kelaianan pada leher

c. Thorak

1) Paru-paru

I: Simetris kiri kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 27 x menit

P: Pergerakan dinding dada teratur, traktil fermitus sama,  
tidak ada oedem

P: Sonor

A: Irama pernafasan vesikuler, ronchi (-), wheezing (-)

2) Jantung

I: Simetris kiri dan kanan, Iqtus Cordis terlihat, tidak ada  
palpitasi

P: Ictus Cordis teraba di ICS ke V

P: Gallop

A: Suara jantung terdengar S1 S2, lup dup

d. Abdomen

I: Perut klien simetris, tidak terdapat lesi, ositakrik tidak  
ada

P: Supel, tidak ada oedem atau masa, nyeri tekan tidak ada,  
nyeri lepas tidak ada, pembesaran hepar tidak ada.

P: Tympani

A: Suara peristaltik terdengar, bising usus  $\pm$  10 x menit

e. Punggung

Tidak ada kelainan pada punggung, tidak terdapat luka dan  
lesi.

f. Ekstremitas

1) Atas :Terpasang infus RL 10 tts / menit di tangan kiri.

2) Bawah :Tidak ada gangguan

3) Kekuatan Otot

5555	5555
5555	5555

g. Genitalia

Tidak terdapat gangguan

h. Integumen

Respon kembali masih baik

### 3.1.11. Pemeriksaan tingkat perkembangan

a. Kemandirian dan Bergaul

Klien dapat berinteraksi dengan keluarga secara baik.

b. Motorik halus

Klien bisa memindahkan benda dari tangan satu ke yang lain, klien juga melakukan memasukan makanan/ benda ke dalam mulut klien.

c. Kognitif dan Bahasa

Klien bisa berbicara tetapi masih kurang jelas dan klien dapat memanggil orangtua dengan kata “ ayah “ , “ bunda “

d. Motorik Kasar

Klien mampu duduk, menendang, menungkup dan menelentang, klien juga bisa melempar barang yang ada di sekitar klien.

### 3.1.12. Data penunjang

#### a. Pemeriksaan labor veses 7 Juni 2018:

##### Makroskopis:

- 1) Warna : Kuning
- 2) Konsistensi : Lunak
- 3) Darah : -
- 4) Lendir : +

##### Mikroskopis:

- 1) Eritrosit : -
- 2) Leukosit : -
- 3) Telur cacing : -
- 4) Bakteri : -
- 5) Amoeba : -

#### b. Pemeriksaan labor darah 7 Juni 2018:

- 1) HGB : 7,9 g/dl (12,0 – 14,0)
- 2) RBC : 3,84  $10^6$ /ul (4,0 – 5,0)
- 3) HCT : 24,1 % (37,0 – 43,0)
- 4) WBC : 24,19  $10^3$ /uL (5,0 – 10,0)
- 5) PLT : 323  $10^3$ /uL (150 – 400)

#### c. Pemeriksaan labor urine 8 Juni 2018:

- 1) Warna : Kuning muda
- 2) Kekeruhan : +
- 3) Eritrosit : -
- 4) Leukosit : + banyak

- 5) Epitel : +
- 6) Kristal : -
- 7) Oval fat bodies : -
- 8) Bakteri : -
- 9) pH : 7,5
- 10) Bj : 1.015

### **3.1.13. Data pengobatan**

a. Obat non parenteral

- 1) Paracetamol 3 x 0,8 ml
- 2) Lasto b 2 x 1 bungkus

b. Obat parenteral

- 1) Dumin supos 125

c. Cairan intra vena

- 1) IVFD RL 10 tetes / menit
- 2) Amoxilin 3 x 100 mg

### **3.1.14. Data fokus**

a. Data subjektif

- 1) Orang tua klien mengatakan badan pasien panas sejak 3 hari terakhir
- 2) Orang tua klien mengatakan klien habis imunisasi campak
- 3) Orang tua klien mngatakan panas pasien naik turun
- 4) Orang tua klien mengatakan klien mengalami mual,

muntah 2x sejak kemaren

- 5) Orang tua klien mengatakan nafsu makan berkurang
- 6) Orang tua klien mengatakan bab klien encer sudah 2x
- 7) Orang tua klien mengatakan klien menggigil
- 8) Orang tua klien mengatakan klien susah untuk makan

b. Data objektif

- Suhu tubuh klien 38 °C
- RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit
- Klien tampak gelisah
- Klien tampak lemas, lesu
- Klien tampak muntah
- Respon turgor kulit baik
- Mukosa bibir agak kering
- Klien tampak hanya sedikit minum susu
- Porsi makan yang di habiskan ¼ dari porsi biasanya
- Klien tampak berkeringat
- Klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit
- Buang air besar klien tampak encer

	Sehat	Sakit
Frekuensi	± 1 – 2 x sehari	± 4 x sehari, < 1 gelas
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning
Bau	Khas	Khas
Konsistensi	Lembek	Cair

- Klien tampak muntah
- Wajah klien tampak memerah
- Pemeriksaan fisik :
  - a) GCS : 15
  - b) BB/TB : 7,2 kg / 67 cm
  - c) Lingkar kepala: 52 cm
  - d) Lingkar perut : 52 cm
  - e) Lingkar lengan: 17 cm
  - f) Lingkar paha : 22 cm
- Pemeriksaan labor darah :
  - a) HGB : 7,9 g/dl (12,0 – 14,0)
  - b) RBC : 3,84  $10^6$ /ul (4,0 – 5,0)
  - c) HCT : 24,1 % (37,0 – 43,0)
  - d) WBC : 24,19  $10^3$ /uL (5,0 – 10,0)
  - e) PLT : 323  $10^3$ /uL (150 – 400)
- Pemeriksaan labor urine : didapatkan banyak leukosit
- Pemeriksaan labor veses :
  - a) Warna : Kuning muda
  - b) Kekeruhan : +
  - c) Epitel : +
  - d) pH : 7,5
  - e) Bj : 1.015

### 3.2. Diagnosa keperawatan

#### ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1	Data subjektif <ul style="list-style-type: none"><li>– Orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien panas.</li><li>– Orang tua klien mengatakan suhu panas sejak 3 hari terakhir</li><li>– Orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien naik turun .</li></ul> Data objektif <ul style="list-style-type: none"><li>– Temperatur : 38 °C</li><li>– RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit</li><li>– Pemeriksaan labor darah :<ul style="list-style-type: none"><li>– HGB : 7,9 g/dl (12,0 – 14,0)</li><li>– RBC : 3,84 10<sup>6</sup>/ul (4,0 – 5,0)</li><li>– HCT : 24,1 %</li></ul></li></ul>	Hipertermia	Proses pengobatan / infeksi

---

---

(37,0 – 43,0)

– WBC : 24,19  $10^3/uL$

(5,0 – 10,0)

– PLT : 323  $10^3/uL$

(150 – 400)

– Klien tampak berkeringat

– Klien tampak lemah, lesu

– Wajah klien tampak  
memerah

– Mukosa bibir agak kering

---

2	Data subjektif	Resiko	Intake	yang
---	----------------	--------	--------	------

–	Orang tua klien mengatakan suhu panas sejak 3 hari terakhir	kekurangan volume cairan	kurang dan kehilangan volume cairan
---	---	--------------------------	-------------------------------------

–	Orang tua klien mengatakan bab klien encer sudah 2x		aktif
---	---	--	-------

–	Orang tua klien mengatakan klien mengalami mual, muntah 2x dari kemaren		
---	---	--	--

Data objektif

– Klien tampak lemas, lesu

– Suhu tubuh klien 38 °C

---

- 
- RR : 27 x menit, Nadi : 88  
x menit
  - Respon turgor kulit baik
  - Klien tampak muntah
  - Buang air besar klien tampak encer dengan frekuensi 4 x sehari sebanyak < 1 gelas
  - Klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit
  - Pemeriksaan labor veses :
    - a) Warna :  
Kuning muda
    - b) Kekeruhan : +
    - c) Epitel : +
    - d) pH :  
7,5
    - e) Bj :  
1.015

---

3	Data subjektif	Ketidak	Faktor
-	Orang tua klien mengatakan nafsu makan berkurang	seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	biologis, ketidakmampuan makan dan kurang asupan makanan
-	Orang tua klien		

---

---

mengatakan klien

mengalami mual, muntah

2x sejak kemaren

– Orang tua klien

mengatakan klien susah

untuk makan

#### Data objektif

– Klien tampak lemas, lesu

– Klien tampak muntah

– Klien tampak hanya  
sedikit minum susu

– Porsi makan yang di  
habiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi  
biasanya

–

---

*Tabel 3.7: Analisa data*

Diagnosa keperawatan :

1. **Hipertemia** berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi
2. **Resiko kekurangan volume cairan** berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif
3. **Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** berhubungan dengan Faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makanan

### 3.3. Intervensi

NO	DIAGNOSA	NOC	NIC
1	<p><b>Hipertemia</b> berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien.</li> <li>– Orang tua klien mengatakan suhu panas sejak 3 hari terakhir</li> <li>– Orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien naik turun .</li> </ul> <p>Data objektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, suhu tubuh kembali normal, dengan KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Suhu tubuh dalam rentang normal</li> <li>– Nadi dan RR dalam rentang normal</li> <li>– Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</li> </ul>	<p><b>Fever Treatmen</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Monitor tanda – tanda vital ( Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Pernafasan )</li> <li>13. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam</li> <li>14. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila</li> <li>15. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh</li> <li>16. Kalaborasi pemberian terapi antipiretik, antibiotik atau agen anti menggigil</li> <li>17. Berikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh.</li> <li>18. Berikan pakaian menyerap keringat</li> <li>19. Berikan pakaian yang tipis</li> </ol>

- 
- Temperatur : 38 °C
  - RR : 27 x menit, Nadi :  
88 x menit
  - Pemeriksaan labor darah  
:
    - HGB : 7,9  
g/dl (12,0 –  
14,0)
    - RBC : 3,84  
10<sup>6</sup>/ul (4,0 –  
5,0)
    - HCT : 24,1 %  
(37,0 – 43,0)
    - WBC : 24,19  
10<sup>3</sup>/uL (5,0 – 10,0)
    - PLT : 323  
10<sup>3</sup>/uL (150 –  
400)
-

- 
- Klien tampak berkeringat
  - Klien tampak lemah, lesu
  - Wajah klien tampak memerah
  - Mukosa bibir agak kering

---

2	<b>Kekurangan volume cairan</b> berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, <b>fluid balance Hydration Nutritional Status Food and Fluid Intake</b> dengan KH : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan urine output sesuai dengan usia dan BB,BJ urine, pH, urine normal</li> <li>- TTV dalam batas normal</li> <li>- Tidak ada tanda – tanda dehidrasi,</li> </ul>	<b>Manajemen cairan</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua klien mengatakan suhu panas sejak 3 hari terakhir</li> <li>- Orang tua klien</li> </ul>		13. Pertahankan catatan intake dan output yang akurat 14. Monitor status hidrasi ( kelembaban membran mukosa , nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan 15. Monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan ( BUN, Hmt, osmolalitas urin, albumin, total protein )

---

---

mengatakan bab klien  
encer sudah 2x

- Orang tua klien mengatakan klien mengalami mual, muntah 2x dari kemaren

Data objektif

- Klien tampak lemas, lesu
- Suhu tubuh klien 38 °C
- RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit
- Klien tampak muntah
- Mukosa bibir agak kering
- Buang air besar klien tampak encer dengan frekuensi 4 x sehari sebanyak < 1 gelas

Elastisitas turgor kulit baik, membran mukosa lembab, tidak ada rasa haus yang berlebihan

- Elektrolit, Hb, Hmt dalam batas normal
- Intake oral dan intravena adekuat

- 16. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam.
  - 17. Monitor intake dan output setiap hari
  - 18. Berikan cairan oral
  - 19. Kalaborasi pemberian cairan IV
  - 20. Timbangan BB/ hari
  - 21. Berikan ralutan oralit
-

---

– Klien terpasang IVFD

RL 10 tetes / menit

– Pemeriksaan labor veses:

• Warna :

Kuning muda

• Kekeruhan : +

• Epitel : +

• pH :

7,5

• Bj :

1.015

---

<p>3 <b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b> berhubungan dengan Faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makanan</p> <p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua klien mengatakan nafsu makan berkurang</li> <li>- Orang tua klien mengatakan klien mengalami mual, muntah 2x sejak kemaren</li> <li>- Orang tua klien mengatakan klien susah</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, <b>Status Nutrisi</b> : <b>Asupan Nutrisi</b> dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan</li> <li>- Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan</li> <li>- Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi</li> <li>- Tidak ada tanda – tanda malnutrisi</li> <li>- Menunjukkan peningkatan fungsi pengecaoan dan menelan</li> <li>- Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti</li> </ul>	<p><b>Manajemen nutrisi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. Kaji adanya alergi makanan</li> <li>16. Kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>17. Anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien</li> <li>18. Berikan substansi gula</li> <li>19. Yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>20. Berikan makanan yang terpilih</li> <li>21. Anjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering</li> <li>22. Anjurkan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien</li> </ol>
--	---	---

---

untuk makan

Data objektif

- Klien tampak lemas, lesu
  - Klien tampak muntah
  - Klien tampak hanya sedikit minum susu
  - Porsi makan yang di habiskan  $\frac{1}{4}$  dari porsi biasanya
  - Pemeriksaan fisik :
    - g) GCS :  
15
    - h) BB/TB :  
7,2 kg / 67 cm
    - i) Lingkar kepala:  
52 cm
    - j) Lingkar perut :  
52 cm
- 

**Monitoring nutrisi**

23. Monitor adanya penurunan berat badan
24. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan
25. Monitor interaksi anak dan orang tua selama makan
26. Monitor mual dan muntah
27. Monitor kadar albumin, total protein, Hb
28. Monitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva

---

k) Lingkar lengan:

17 cm

l) Lingkar paha :

22 cm

---

*Tabel 3.8: Intervensi*

### 3.4. Implementasi

NO	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Kamis / 7 Juni 2018	<b>Hipertemia</b> berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi	09:00 09:30  10:00 13:00  11:00 11: 30 Ketika	<p><b>Fever Treatmen</b></p> <p>1. Memonitor tanda – tanda vital di dapatkan :</p> <p>T: 38 °C, RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit</p> <p>2. Memberikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Paracetamol 3 x 0,8 ml</li> <li>- Dumin supostoria</li> <li>- Amoxilin 3 x 100 ml</li> </ul> <p>3. Mengompres pasien dengan cara tebit sponge</p> <p>4. Membeikan air minum</p>	<p>Pukul : 13:00</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang.</li> <li>– Orang tua klien mengatakan wajah klien masih memerah</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatur : 37,5 °C</li> <li>– Klien tampak masih berkeringat</li> <li>– Klien tampak mulai beraktifitas</li> </ul>	

---

			dibutuhkan	sesuai dengan kebutuhan tubuh yaitu 125 ml x 7,2 kg = 900 ml	– Wajah klien tampak memerah A: Hipertermi belum teratasi
			13:00	5. Berikan pakaian menyerap keringat seperti pakaian yang berdasar kan kaos dan tipis seperti katun	P: Intervensi dilanjutakn no : 1, 2, 3, 4, 5, 6
			13:00		
2	Kamis / 7 Juni 2018	<b>Kekurangan cairan</b>	<b>volume</b>	<b>Manajemen cairan</b>	<b>Pukul : 13:00</b>
		berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	Selama dibutuhkan	1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus RL 10 tetes / menit selama 6 jam didapatkan 138 ml kemudian dikurang dengan IWL / 6 jam	S: – Orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang. – Orang tua klien mengatakan klien masih muntah
			08:00	–	

---

13:00	adalah 52,56 ml dan hasil urine dan veses 250 ml, jadi hasilnya -164,56 ml sedangakn cairan yang	– Orang tua klien mengatakan bab klien masih encer
09:00 –	900 ml jadi total cairan	O : – Suhu tubuh klien 37,5 °C
09:30	yang dibutuhkan oleh tubuh klien adalah 1.064 ml/ 6 jam	– Klien tampak muntah – Buang air besar klien tampak masih encencer
	2. Memonitor status hidrasi didapatkan :	– Klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit
	T: 38 °C, RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir.	A : Masalah sebagian belum tertasi.
	3. Memonitor hasil lab didapatkan :	P : Intervensi dilanjutkan no:
	• HGB : 7,9 g/dl (12,0 – 14,0)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

---

---

09:00	–	• RBC : 3,84
13:00		10 <sup>6</sup> /ul (4,0 –
Selama		5,0)
dibutuhkan		• HCT : 24,1 %
tubuh		(37,0 – 43,0)
		• WBC : 24,19
		10 <sup>3</sup> /uL (5,0 – 10,0)
		• PLT : 323
10:00	–	10 <sup>3</sup> /uL (150 –
10:15		400)
12:00		4. Monitor vital sign setiap
		15 menit – 1 jam.
		5. Memberikan cairan oral
		yaitu air minum sedikit –
		sedikit dengan sendok
		6. Berkolaborasi pemberian
		cairan IV yaitu RL 10
		tetes / menit

---

- 
7. Menimbang BB/ hari di dapatkan 7,3 kg
  8. Memberikan larutan oralit yaitu Lastob 2 x 1 sehari

---

3	Kamis / 7 Juni 2018	<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b> berhubungan dengan Faktor biologis, ketidakmampuan makan dan kurang asupan makanan	<b>Manajemen nutrisi</b>	Pukul : 13:00
			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji adanya alergi makanan yaitu memperhatikan reaksi setelah makan</li> <li>2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li> <li>3. Menganjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien</li> </ol>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit - sedikit</li> <li>- Orang tua klien mengatakan klien masih muntah tadi siang</li> </ul> <p>O :</p>

---

---

09:00	4. Memberikan substansi gula seperti roti, teh 5. Memberikan makanan yang terpilih 6. Mengajukan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering	– Porsi yang di habiskan 1/3 dari porsi biasa – Klien tampak muntah – Klien sudah tampak beraktivitas. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan
12:00	7. Mengajukan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien	no :1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12.

**Monitoring nutrisi**

- 8. Memonitor adanaya penurunan berat badan di dapatkan 7,3 kg
  - 9. Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa
-

---

	dialakukan yaitu seperti sudah mampu duduk dan berinteraksi dengan sekitar
Selama dinas	10. Memonitor mual dan muntah
	11. Menonitor kadar albumin, total protein, Hb di dapatkan Hb klien 7,9 g/dl
09:00	12. Memonitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva di dapatkan mukosa bibir masih kering, kunjungtiva tidak anemis.

---

NO	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Jumad / 8 Juni 2018	<b>Hipertemia</b> berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi	08:30 – 09:00  10:00 – 13:00  08:30 – 11:30 Ketika dibutuhkan	<b>Fever Treatmen</b>  1. Memonitor tanda – tanda vital di dapatkan : T: 39,2 °C, RR : 25 x menit, Nadi : 85 x menit  2. Memberikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam : - Paracetamol 3 x 0,8 ml - Dumin supostoria - Amoxilin 3 x 100 ml  3. Mengompres pasien dengan cara tebit sponge  4. Membeikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh yaitu 125 ml x 7,2	Pukul : 13:00  S : – Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang.  O: – Temperatur : 38 °C – Klien tampak masih berkeringat – Klien tampak mulai beraktifitas  A: Hipertermi belum tertasi P: Intervensi dilanjutakn no : 1, 2, 3, 4, 5, 6	

---

				kg = 900 ml/ 24 jam	
			09:00	5. Berikan pakaian menyerap keringat seperti pakaian yang berdasar kan kaos dan tpis seperti katun	
			09:00		
2	Jumad / 8 Juni 2018	<b>Kekurangan volume cairan</b> berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	Selama dibutuhkan	<b>Manajemen cairan</b> 1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus RL 10 tetes / menit selama 6 jam didapatkan 138 ml kemudian dikurang dengan IWL / 6 jam adalah 52,56 ml dan hasil urine dan veses 250 ml, jadi hasilnya -164,56 ml sedangakn cairan yang	Pukul : 13:00 S: – Orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang. – Orang tua klien mengatakan klien hanya mual saja tidak mengalami muntah lagi. – Orang tua klien mengatakan
			09:00 – 13:15		

---

		dibutuhkan oleh tubuh	frekuensi	bab
		900 ml jadi total cairan	berkurang	
09:00	–	yang dibutuhkan oleh	O :	
13:00		tubuh klien adalah 1.064	– Suhu tubuh klien 38	
Selama		ml/ 6 jam	°C	
dibutuhkan		2. Memonitor status hidrasi	– Buang air besar klien	
tubuh		didapatkan :	tampak masih encer	
		T: 39,2 °C, RR : 25 x	– Klien terpasang	
		menit, Nadi : 85 x menit ,	IVFD RL 10 tetes /	
		memperhatikan	menit	
10:45	–	kelembapan mukosa bibir	A : Masalah sebagian belum	
11:00		sudah tidak mkering lagi.	tertasi	
12:00		3. Monitor vital sign setiap	P : Intervensi dilanjutkan no:	
		15 menit – 1 jam.	1, 3, 4, 5, 6, 7.	
		4. Memberikan cairan oral		
		yaitu air minum sedikit –		
		sedikit dengan sendok		
		5. Berkalaborasi pemberian		
		cairan IV yaitu RL 10		

---

---

tetes / menit

6. Menimbang BB/ hari di dapatkan 7,3 kg
7. Memberikan larutan oralit yaitu Lasto b 2 x 1 sehari

---

3	Jumad / 8 Juni 2018	<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b> berhubungan dengan Faktor biologis, ketidakmampuan makan dan kurang asupan makanan	12:00	<b>Manajemen nutrisi</b>	Pukul : 13:00
				<ol style="list-style-type: none"><li>1. Mengkaji adanya alergi makanan yaitu memperhatikan reaksi setelah makan</li><li>2. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien</li><li>3. Menganjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien</li></ol>	S : – Orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit dan sering – Orang tua klien mengatakan klien masih hanya mengalami mual saja O : – Porsi yang di

10:00

---

- 
- 12:00
4. Memberikan substansi gula seperti roti, teh habiskan  $\frac{1}{2}$  dari porsi makan biasa.
  5. Memberikan makanan yang terpilih – Klien tampak mual  
A : Masalah belum teratasi
  6. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering P : Intervensi di lanjutkan  
no :2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11.
  7. Menganjurkan keluarga untuk memberi makanan dalam porsi hangat pada pasien

08:00

**Monitoring nutrisi**

8. Memonitor adanya penurunan berat badan di dapatkan 7,3 kg
  9. Memonitor tipe dan
-

---

Selama  
dinas

jumlah aktivitas yang bisa dilakukan yaitu seperti sudah mampu duduk dan berinteraksi dengan sekitar

10. Memonitor mual dan muntah dan klien hanya mengalami mual saja dan tidak mengalami muntah

11. Menonitor kadar albumin, total protein, Hb di dapatkan Hb klien 9 g/dl

12. Memonitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva di dapatkan mukosa bibir sudah lembab, kunjungtiva tidak anemis.

---

NO	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf	
1	Sabtu / 9 Juni 2018	<b>Hipertemia</b> berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi	09:30 10:00  10:00 13:00  09:30 10:30 Ketika dibutuhkan	– –  – –  –	<b>Fever Treatmen</b>  1. Memonitor tanda – tanda vital di dapatkan : T: 37,8 °C, RR : 22 x menit, Nadi : 83 x menit  2. Memberikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam : - Paracetamol 3 x 0,8 ml - Dumin supostoria - Amoxilin 3 x 100 ml  3. Mengompres pasien dengan cara tebit sponge  4. Membeikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh yaitu 125 ml x 7,2	Pukul : 13:00  S : – Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang.  O: – Temperatur : 37,8 °C – Klien tampak sudah beraktifitas  A: Hipertermi belum teratasi P: Intervensi dilanjutakn no : 1, 2, 3	

---

				kg = 900 ml/ 24 jam
			09:00	5. Berikan pakaian menyerap keringat seperti pakaian yang berdasar kan kaos dan tipis seperti katun
			09:00	
2	Sabtu / 9 Juni 2018	<b>Kekurangan cairan</b> berhubungan dengan Intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif	<b>volume</b> Selama dibutuhkan	<b>Manajemen cairan</b> 1. Mempertahankan intake dan output yang akurat yaitu hasil dari pemasnagan infus RL 10 tetes / menit selama 6 jam didapatkan 138 ml kemudian dikurang dengan IWL / 6 jam adalah 52,56 ml dan hasil urine dan veses 250 ml, jadi hasilnya -164,56 ml
				Pukul : 13:00 S: - Orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang. - Orang tua klien mengatakan frekuensi bab berkurang O : - Suhu tubuh klien

---

		sedangkkn cairan yang dibutuhkan oleh tubuh 900 ml jadi total cairan yang dibutuhkan oleh tubuh klien adalah 1.064 ml/ 6 jam	37,8 °C – Buang air besar klien tampak masih encer – Klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit
09:00 13:15	–	2. Memonitor status hidrasi didapatkan : T: 39,2 °C, RR : 25 x menit, Nadi : 85 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir sudah tidak mkering lagi.	A : Masalah sebagian belum tertasi P : Intervensi dilanjutkan no: 1, 3, 4, 5, 6, 7.
09:00 13:00	–	3. Monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam.	
Selama dibutuhkan tubuh		4. Memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok 5. Berkalaborasi pemberian	

---

			cairan IV yaitu RL 10 tetes / menit
	10:45	–	6. Menimbang BB/ hari di
	11:00		dapatkan 7,3 kg
	12:00		7. Memberikan larutan oralit yaitu Lasto b 2 x 1 sehari
3	Sabtu / 9 Juni 2018	<b>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</b> berhubungan dengan Faktor biologis, ketidakmampuan makan dan kurang asupan makanan	<b>Manajemen nutrisi</b> 1. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 2. Memberikan substansi gula seperti roti, teh 3. Memberikan makanan yang terpilih 4. Menganjurkan keluarga untuk memberikan
		10:00	Pukul : 13:00 S : – Orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit dan sering – Orang tua klien mengatakan klien masih hanya mengalami mual saja

---

12:00      makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering  
5. Menganjurkan keluarga untuk memberi makanan dalam porsi hangat pada pasien

O :  
– Porsi yang di habiskan ½ dari  
– Klien masih tampak susah untuk makan  
A : Masalah belum teratasi  
P : Intervensi di lanjutkan  
no :1, 2, 3 , 4, 5, 6, 7, 8.

**Monitoring nutrisi**

6. Memonitor adanya penurunan berat badan di dapatkan 7,3 kg
  7. Memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan yaitu seperti sudah mampu duduk dan berinteraksi dengan sekitar
  8. Memonitor mual dan muntah dan klien hanya
-

- 
- mengalami mual saja dan tidak mengalami muntah
9. Menonitor kadar albumin, total protein, Hb di dapatkan Hb klien 9 g/dl
  10. Memonitor pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva di dapatkan mukosa bibir sudah lembab, kunjungtiva tidak anemis.

---

*Tabel 3.9: Implementasi*

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. Q dengan Febris di ruangan anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 7 Juni 2018 sampai 9 Juni 2018 ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan. Dalam penerapan asuhan keperawatan pada An. Q dengan Febris sesuai dengan teori – teori yang ada untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan tahap – tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Menurut ( Carpet & Moyet ) Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu keluarga dan kelompok. Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

##### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus tidak ada terdapat kesenjangan, secara teoritis suhu tubuh panas  $> 37,5$  °C, berkeringat, mual/muntah. Pada saat dialkuakan pengkajian suhu tubuh klien didapatkan 38° C dan klien juga mengalami muntah dengan frekuensi  $\pm 2$  x disertai mual, dan klien sering berkeringat.

b. Riwayat kesehatan keluarga

Tidak terdapat kesenjangan sesuai dengan toritis febris bukanlah penyakit degeneratif / keturunan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Secara teoritis biasanya kesadaran klien dengan febris 15 – 13, dan pada saat dilakukan pengkajian kesadaran klien di dapatkan 15 ( E: 4, M: 6, V: 5 ), tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

2) Tanda – tanda vital

Secara teoritis biasanya klien dengan febris suhunya  $> 37,5^{\circ}\text{C}$ , nadi  $> 80 \times i$  dan pada saat dilakukan pengkajian suhu klien di dapatkan  $38^{\circ}\text{C}$  dan nadi klien  $88 \times i$ , tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus

3) Head to toe

a) Kepala dan leher

Secara teoritis yang di kaji bentuk, kebersihan, ada bekas trauma atau tidak, yang di dapatkan saat melakukan pengkajian rambut klien tampak bersih, tidak kusam dan tidak terdapat lesi disekitar kepala, tidak terdapat masalah di bagian kepala klien, tidak ada kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

b) Mata

Secara teoritis umumnya mata mulai terlihat cekung dan saat dilakukan pengkajian terdapat kesenjangan antara teoritis dan tinjauan kasus dimana saat pengkajian mata klien tidak cekung, konjuktiva normal, pupil isokor, sklera tidak iterik, tidak terdapat oedem.

c) Telingga, hidung, tenggorokan dan mulut

Secara teoritis yang di kaji yaitu bentuk, kebersihan, fungsi indranya adanya gangguan atau tidak, biasanya pada klien dengan febris mukosa bibir klien akan kering dan pucat. Dan pada saat dilakukan pengkajian tidak terdapat gangguan namun pada pemeriksaan mulut, mukosa bibir klien tampak kering, jadi tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

d) Thorak dan abdomen

Secara teoritis tidak biasa pernafasan cepat dan dalam, abdomen biasanya nyeri dan ada peningkatan bising usus biasanya bising usus normal 3 – 5 x i , pada saat dilakukan pengkajian thorak didapatkan ( I: Simetris kiri kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 27 x menit, P: Pergerakan dinding dada teratur, traktil fermitus sama, tidak ada oedem, P: Sonor, A: Irama pernafasan vesikuler, ronchi -, wheezing - ), pada abdomen bising usus klien 10 x

i yaitu mengalami peningkatan dari bising usus normal, jadi tidak terdapat kesenjangan antarateoritis dan tinjauan kasus.

e) Sistem respirasi

Secara teoritis umumnya fungsi pernafasan lebih cepat dan dalam disini terdapat kesenjangan antara teoritis dan tinjauan kasus saat di lakukan pengkajian pernafasan klien normal tidak terjadi kecepatan pernafasan, pernafasan klien 27 x i.

f) Sistem kardiovaskuler

Secara teoritis pada kasus ini biasanya denyut pada nadinya meningkat, pada saat di lakukan pengkajian denyut nadi klien 125 x i, jadi tidak terdapatnya kesenjangan secara teori dan tinjauan kasus.

#### 4.2.Diagnosa keperawatan

Menurut ( Carpento. 2006 ) Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia ( status kesehatan atau resiko perubahan pola ) dari individu atau kelompok diaman perawat secara akontibilitas dapat mengidentitifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menuru, membatasi, mencegah, dan merubah.

Pada tinjauan teoritis ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. **Hipertemia** berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi
- b. **Kekurangan volume cairan** berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif

- c. **Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh** berhubungan dengan faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makan.
- d. **Gangguan intoleransi** aktivitas berhubungan dengan kelemahan anggota tubuh
- e. **Kurangnya pengetahuan** berhubungan dengan kurangnya informasi

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosa prioritas, aktual, dan potensial. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah :

- a. Hipertermia

Faktor pendukung diagnosa pertama yaitu, saat dilakukan pengkajian hari Kamis 7 Juni 2018 pukul 08:00 WIB orang tua klien mengatakan suhu tubuh klien panas sejak  $\pm$  3 hari terakhir dan suhu tubuh klien naik turun. Suhu tubuh klien  $38^{\circ}\text{C}$ , pernafasan  $27 \times / \text{menit}$ , nadi  $88 \times / \text{menit}$ . Hasil labor HGB :  $7,9 \text{ g/dl}$ , RBC :  $3,84 \times 10^6 / \text{ul}$ , HCT :  $24,1 \%$ , WBC :  $24,19 \times 10^3 / \text{uL}$ . Klien tampak berkeringat, tampak lemah / lesu, wajah tampak memerah, mukosa bibir kering.

- b. Kekurangan volume cairan

Faktor pendukung kedua yaitu, saat dilakukan pengkajian orang tua klien mengatakan suhu tubuh panas sejak  $\pm$  3 hari terakhir, buang air besar klien encer sudah 2x dari kemarin, mual dan

muntah 2x dari kemaren. Klien tampak lemas / lesu, suhu tubuh klien 38 °C, Nadi : 88 x i, tampak muntah, buang air besar klien tampak enecer dengan frekuensi 4 x sehari sebanyak < 1 gelas, didapatkan hasil labor warna : kuning muda, kekeruhan : +, epitel : +, pH : 7,5, Bj : 1.015.

c. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Faktor pendukung ketiga yaitu, saat dilakukan pengkajian orang tua klien mengatakan nafsu makan berkurang, mengalami mual muntah 2x, klien susah untuk makan. Klien tampak lemas / lesu, tampak muntah, klien hanya sedikit minum susu, porsi yang dihabiskan klien ¼ dari porsi biasanya.

d. Adapun diagnosa yang tidak bisa di angkat yaitu gangguan intoleransi aktivitas dan kurangnya pengetahuan disebabkan karena data penunjang untuk di angkat nya diagnosa tersebut tidak ditemukan pada saat dilakukan pengkajian.

### **4.3. Intervensi**

Menurut ( potter perry. 2005 ) Perencanaan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi : meletakkan pusat tujuan pada klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan.

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan

kausis disesuaikan dengan keluhan yang diraskan klien saat dilakukan pengkajian.

Diagnosa yang pertama adalah hipertermi berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi yaitu secara teoritis intervensi yang dilakukan adalah sebanyak 11 intervensi [monitor tanda – tanda vital ( tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan ), berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam, kompres klien pada lipat paha dan aksial, selimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, kalaborasi pemberian terapi antipiretik dan antibiotik atau agen anti menggigil, berikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh, berikan pakain yang menyerap keringat, berikan pakaian yang tipis, catat adanya fluktuasi tekanan darah, monitor penurunan tingkat kesadaran, pantau komplikasi yang berhubungan dengan demam serta tanda dan gejala, kondisi penyebab demam ] namun yang penulis ambil dari intervensi tersebut hanya 8 intervensi karena intervensi tersebut tidak sesuai dengan hal yang terajadi pada klien seperti monitor tingkat keadaran sedangkan klien tersebut tidak mengalami penurunan kesadaran, dan karena waktu yang tidak cukup bagi penulis. 8 diagnosa yang diambil tersebut adalah [ monitor tanda – tanda vital ( tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan ), berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam, kompres klien pada lipat paha dan aksial, selimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, kalaborasi pemberian terapi antipiretik dan antibiotik atau agen anti menggigil, berikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh, berikan pakain yang menyerap keringat, berikan pakaian yang tipis ].

Diagnosa yang kedua adalah kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif yaitu secara teoritis intervensi yang dilakukan ada 12 intervensi [ pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status hidrasi ( kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan, monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan ( BUN, Hmt, osmolalitas urin, albumin, total protein ), monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam, monitor intake dan output setiap hari, berikan cairan oral, kalaborasi pemberian cairan IV, timbangan BB/ hari, berikan ralutan oralit, berikan penggantian nasogatrik sesuai output, kolaborasi dokter jika tanda cairan berlebih muncul meburuk, konsultasikan dengan dokter jika tanda-tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan dan atau elektrolit menetap atau meburuk ] namun intervensi yang penulis ambil hanya 9 intervensi disebabkan adanya intervensi yang tidak bisa dilakukan seperti intervensi “berikan penggantian nasogatrik sesuai output” karena klien tidak terpasang nasogatrik kemudian ada juga beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan karena tidak kecukupan waktu dan harus berkolaborasi dengan dokter. Jadi 9 diagnosa yang penulis angkat yaitu [pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status hidrasi ( kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan, monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan ( BUN, Hmt, osmolalitas urin, albumin, total protein ), monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam, monitor intake dan output setiap hari, berikan

cairan oral, kolaborasi pemberian cairan IV, timbangan BB/ hari, berikan ralutan oralit ].

Diagnosa yang ketiga adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidakmampuan makan dan kurang asupan makanan yaitu secara teoritis intervensi yang di temukan 14 intervensi [ kaji adanya alergi makanan, kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien, berikan substansi gula, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpilih, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering, anjurkan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien, monitor adanya penurunan berat badan, monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan, monitor interaksi anak dan orang tua selama makan, monitor mual dan muntah, monitor (kadar albumin, total protein, Hb), monitor ( pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva )]. Dalam diagnosa yang ke tiga ini penulis melakukan intervensi secara teoritis tersebut yaitu sebanyak 14 intervensi yang akan di lakukan terhadap diagnosa tersebut.

#### **4.4.Implementasi**

Menurut ( Potter dan Perry. 2000 ) Implementasi keperawatan adalah suatu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus

kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan.

Setelah rencana tindakan ditetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakukan pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa yang pertama, dalam melakukan implementasi penulis hanya melakukan 6 implementasi dari 9 intervensi yang penulis ambil diantaranya : memonitor tanda – tanda vital di dapatkan ( T: 38 °C, RR : 27 x menit, Nadi : 125 x menit ), memberikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam ( Paracetamol 3 x 0,8 ml, Dumin supostoria, Amoxilin 3 x 100 ml ), mengompres pasien dengan cara tebit sponge, memberikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh yaitu  $100 \text{ ml} \times 7,2 \text{ kg} = 720 \text{ ml}$ , berikan pakaian menyerap keringat seperti pakaian yang berdasarkan kaos, berikan pakaian yang tipis seperti pakaian dari katun. Penulis tidak melakukan implementasi selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh karena klien tidak mengalami hipotermi dan klien juga tidak menggigil sehingga implementasi tersebut tidak bisa dilaksanakan sedangkan implementasi kolaborasi pemberian terapi antipiretik, antibiotik, agen anti menggigil sudah dilaksanakan pada implementasi yang kedua dan pada saat melakukan tindakan tepid sponge karena alat yang

tidak memadai maka sponge nya diganti dengan kapas yang dibalut dengan kasa untuk melakukan tindakan tersebut.

Diagnosa yang kedua, dalam melakukan implementasi penulis hanya dapat melakukan 8 implementasi dari 9 intervensi diantaranya [mempertahankan intake dan output yang akurat dengan cara pemasangan infus RL 10 tetes / menit, mengkonsumsi air yang diperlukan oleh tubuh sebanyak 72 ml, memonitor status hidrasi didapatkan (T: 38 °C, RR : 27 x menit, Nadi : 88 x menit , memperhatikan kelembapan mukosa bibir), memonitor hasil lab, monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam, memberikan cairan oral yaitu air minum sedikit – sedikit dengan sendok, berkolaborasi pemberian cairan IV yaitu RL 10 tetes / menit, menimbang BB/ hari di dapatkan 7,3 kg, memberikan larutan oralit yaitu Lastob 2 x 1 sehari].penulis tidak melakukan implemtasi monitor dan output karena dalam implementasi yang pertama implementasi tersebut sudah dilaksanakan.

Diagnosa yang ketiga, dalam melakukan implementasi penulis hanya dapat melakukan 12 implementasi dari 14 intervensi yang direncanakan diantaranya : [mengkaji adanya alergi makanan, berkolaborasi dengan ahli gizi untuk mentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, menganjurkan keluarga untuk meningkatkan intake (Fe ,protein dan vitamin C pada pasien), memberikan substansi gula, meyakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, memberikan makanan yang terpilih, menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering,

menganjurkan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien, memonitor adanya penurunan berat badan, memonitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan, memonitor interaksi anak dan orang tua selama makan, memonitor mual dan muntah, memonitor (kadar albumin, total protein, Hb), memonitor ( pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva )]. Implementasi yang tidak penulis lakukan adalah yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat dan mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpelih. Dalam melakukan implementasi yang memonitor kadar albumin, protein, Hb penulis mengalami masalah karena klien hanya sekali melakukan pemeriksaan labor sehingga penulis hanya melakukan implementasi tersebut di hari pertama.

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis menemukan sedikit kesulitan karena klien sering istirahat, namun kesulitan tersebut bisa segera diatasi karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapat bantuan dalam melakuakn tindakan keperawatan.

#### 4.5. Evaluasi

Dari tiga diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, petugas perawat ruangan, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Diagnosa pertama teratasi dalam batas penggunaan obat :

- a) Hari pertama didapatkan S : Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang, orang tua klien mengatakan wajah klien masih memerah), O: Temperatur : 37,5 °C, klien tampak masih berkeringat, klien tampak mulai beraktifitas, wajah klien tampak memerah), A: Masalah teratasi dalam penggunaan obat, P: Intervensi dilanjutkn no : 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- b) Hari kedua didapatkan S : Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang), O: (temperatur : 38 °C, klien tampak masih berkeringat, klien tampak mulai beraktifitas), A: Masalah teratasi dalam penggunaan obat, P: Intervensi dilanjutkn no : 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- c) Hari ketiga didapatkan S : Orang tua klien mengatakan suhu tubuh Panas berkurang, O: (temperatur : 37,8 °C, klien tampak sudah beraktifitas), A: Masalah teratasi dalam penggunaan obat, P: Intervensi dilanjutkn no : 1, 2, 3.

Diagnosa yang kedua sebagian masalah sudah teratasi :

- a) Hari pertama didapatkan S : (orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang, orang tua klien mengatakan klien masih muntah, orang tua klien mengatakan bab klien masih encer), O :(suhu tubuh klien 37,5 °C, klien tampak muntah, buang air besar klien tampak masih encerencer, klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit), A : Masalah sebagian belum tertasi, P : Intervensi dilanjutkan no: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- b) Hari kedua didapatkan S: (orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang, orang tua klien mengatakan klien hanya mual saja tidak mengalami muntah lagi, orang tua klien mengatakan frekuensi bab berkurang), O : (suhu tubuh klien 38 °C, buang air besar klien tampak masih encer, klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit), A : Masalah sebagian belum tertasi, P : Intervensi dilanjutkan no: 1, 3, 4, 5, 6, 7.
- c) Hari ketiga didapatkan S: (orang tua klien mengatakan panas mulai berkurang, orang tua klien mengatakan frekuensi bab berkurang), O : (suhu tubuh klien 37,8 °C, buang air besar klien tampak masih encer, klien terpasang IVFD RL 10 tetes / menit), A : Masalah sebagian belum tertasi, P : Intervensi dilanjutkan no: 1, 3, 4, 5, 6, 7.

Diagnosa yang ketiga sebagian masalah sudah teratasi :

- a) hari pertama didapatkan : S : (orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit, orang tua klien mengatakan klien masih muntah tadi siang), O : (porsi yang di habiskan  $\frac{1}{3}$  dari porsi biasa, klien tampak muntah, klien sudah tampak beraktivitas), A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi di lanjutkan no :1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12.
- b) Hari kedua didapatkan : S : (orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit dan sering, orang tua klien mengatakan klien masih hanya mengalami mual saja), O : (porsi yang di habiskan  $\frac{1}{2}$  dari porsi makan biasa), klien tampak mual), A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi di lanjutkan no :2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11.
- c) Hari ketiga didapatkan : S : (orang tua klien mengatakan klien sudah mau makan sedikit – sedikit dan sering, orang tua klien mengatakan klien masih hanya mengalami mual saja), O : (porsi yang di habiskan  $\frac{1}{2}$  dari, klien masih tampak susah untuk makan), A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi di lanjutkan no :1, 2, 3 , 4, 5, 6, 7, 8.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1. Kesimpulan**

Febris merupakan keadaan ketika individual mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh terus menerus lebih dari 37,8 °C peroral atau 37,9°C perrectal karena faktor eksternal dan Suhu tubuh dapat dikatakan normal apabila suhu 36,5 °C – 37,5 °C, febris 37 °C - 40 °C dan febris > 40 °C. Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi dan berinteraksi dengan mekanisme hospes. Pada perkembangan anak demam disebabkan oleh agen mikrobiologi yang dapat dikenali dan demam menghilang sesudah masa yang pendek. Sebagian besar demam pada anak merupakan akibat dari perubahan pada pusat panas (termogulasi) di hipotalamus penyakit – penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang system tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi. demam juga dapat berperan penting terhadap peningkatan perkembangan imunitas dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi, demam dapat terjadi karena berbagai proses infeksi dan non infeksi yang berinteraksi dengan hospes. Demam terdiri dari beberapa tipe yaitu demam septik, demam remiten, demam intermiten.

a. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang penderita febris biasanya akan mengalami suhu tubuh panas yaitu  $> 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$  dan mengalami mual, muntah, berkeringat. Seperti yang ditemui pada kasus tersebut suhu tubuh klien  $38\text{ }^{\circ}\text{C}$ , klien juga mengalami mual disertai muntah dengan frekuensi  $\pm 2\text{ x}$ , klien juga berkeringat dan klien juga mengalami buang air besar encer. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik anak akan lebih sering rewel karena kondisi suhu tubuh anak meningkat sehingga kesulitan pada saat dilakukan pemeriksaan fisik.

b. Diagnosa

Secara teoritis diagnosa yang didapatkan ada 5 diagnosa yaitu Hipertemia berhubungan dengan proses pengobatan / infeksi, Kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif, Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor biologis, ketidak mampuan makan dan kurang asupan makan, Gangguan intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan anggota tubuh, Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, sedangkan diagnosa yang dapat di angkat pada kasus hanya 3 diagnosa karena kurangnya data penunjang untuk dapat menegakkan 2 diagnosa lainnya yaitu diagnosa gangguan intoleransi aktivitas dan kurangnya pengetahuan.

c. Intervensi

Diagnosa yang pertama, tidak semua dari intervensi teoritis yang bisa dilaksanakan hanya 8 intervensi yang dapat dilaksanakan yaitu [ monitor tanda – tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan), berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam, kompres klien pada lipat paha dan aksial, selimuti klien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh, kalaborasi pemberian terapi antipiretik dan antibiotik atau agen anti menggigil, berikan air minum sesuai dengan kebutuhan tubuh, berikan pakaian yang menyerap keringat, berikan pakaian yang tipis ].

Diagnosa yang kedua, tidak semua dari intervensi teoritis yang bisa dilaksanakan hanya 9 diagnosa yang dapat dilaksanakan yaitu [pertahankan catatan intake dan output yang akurat, monitor status hidrasi ( kelembapan membran mukosa, nadi adekuat, tekanan darah ortostatik ), jika diperlukan, monitor hasil lab yang sesuai dengan retensi cairan ( BUN, Hmt, osmolalitas urin, albumin, total protein ), monitor vital sign setiap 15 menit – 1 jam, monitor intake dan output setiap hari, berikan cairan oral, kalaborasi pemberian cairan IV, timbangan BB/ hari, berikan ralutan oralit ].

Diagnosa yang ketiga dari 14 intervensi teoritis, semua intervensinya dapat dilakukan yaitu [ kaji adanya alergi makanan, kalaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien, anjurkan keluarga untuk meningkatkan intake Fe ,protein dan vitamin C pada pasien,

berikan substansi gula, yakinkan diet yang dimakan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, berikan makanan yang terpilih, anjurkan keluarga untuk memberikan makanan pasien dalam porsi sedikit tapi sering, anjurkan keluarga untuk memberi makana dalam porsi hangat pada pasien, monitor adanya penurunan berat badan, monitor tipe dan jumlah aktivitas yang bisa dilakukan, monitor interaksi anak dan orang tua selama makan, monitor mual dan muntah, monitor (kadar albumin, total protein, Hb), monitor ( pucat, kemerahan dan kekeringan jaringan kunjungtiva )]

d. Implementasi

Diagnosa yang pertama 9 dari intervensi tersebut hanya 6 implemntasi yang dapat dilakukan karena adanya implementasi yang tidak bisa dilakukan terhadap klien. Dan pada saat melakukan tindakan tepid sponge karena alat yang tidak ada spongenya diganti dengan menggunakan kapas dan kasa untuk tindakan tersebut.

Diagnosa yang kedua 9 dari intervensi tersebut hanya 8 implementasi yang dapat dilaksanakan karena adanya implemnetasi yang dapat dilaksanakan secara bersamaan.

Diagnosa yang ketiga 14 dari intervensi tersebut hanya 12 implementasi yang dapat dilaksanakan karena adanya implementasi yang mengontrol kadar albumin, protein, Hb tersebut hanya bisa dilakukan di hari pertama karena klien hanya sekali melakukan pemeriksaan labor darah.

e. Evaluasi

Dari 3 diagnosa tersebut sebagian masalah sudah teratasi tetapi ada sebagian masalah teratasi dalam penggunaan obat seperti masalah hipertermi.

## **5.2.Saran**

a. Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang diajukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal. Dan adapun untuk klien yang telah mengalami kasus febris maka harus segera dilakukan perawatan, agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit febris.

b. Bagi Perawat

Jadi pertolongan pertama yang dapat kita lakukan pada penderita febris yaitu dengan cara tepid sponge / komres panas. Perawat mampu memberikan asuhan keperawatan yang maksimal kepada pasien febris.

c. Bagi Instusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan febris secara komprehensif. Semoga karya tulis yang penulis susun dapat dimanfaatkan secara maksimal, sehingga dapat membantu proses pembelajaran, Selain itu, diperlukan lebih banyak referensi.

d. Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan febris karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai febris, dan faktor – faktor pencetusnya dan bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

Anatomi Fisiologi Saraf 2. Anak Kedokteran. <http://ibnufajarew.blogspot.com/2013/05/anatomi-dan-fisiologi-saraf.html>.

Anonimus. <http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtptunimus-gdl-siswanto02-5263-2-bab2.pdf>.

Ilmu Kesehatan. Askep Febris. <http://stikesbp.blogspot.com/2013/06/askep-febris.html>.

Kykle T, Carman S. 2014. *Keperawatan Pediatri*. Praptiani W, Tiar E, Yuliani D, Wildiarti D. (editor). EGC Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta. Vol 2. Hal 467 – 481.

Laurralee Sherwood. .2001. Fisiologi Manusia. Edisi 2, Jakarta : EGC.

NANDA , NOC – NIC. Edisi ke 6. Editor bahasa Gloria M. Bulecheck, dkk: elsevier.

Nuratif AH, Kusuma H. 2015. Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC – NOC. Jogjakarta. Media Action.

Setiawati, *Pengaruh Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh dan Kenyamanan pada Anak Usia Pra Sekolah Dan Sekolah yang Mengalami demam di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung Tahun 2009*. Skripsi, Universitas Indonesia Fakultas Keperawatan. 2009.

Setyowati, Lina. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Orang tua dengan Penanganan Demam Pada anak Balita di Kmapung Bakalan Kdipiro Banjarsari Surakarta*. Skripsi. STIKES PKU Muhammdadiyah Surakarta. 2013.

Sodikin. *Prinsip Perawatan Demam Pada Anak*. Pustaka Belajar. Yogyakarta 2012

Suryanto, Sukatmi, Jayanti TW. 2012. *Efektivitas Bawang Merah Terhadap Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Febris Usia 1 – 5 Tahun*. Dosen Akper Pamenag – Pare, Perawat Magang Pamenag – Pare. No 6. Hlm 63 – 65.

Tamsuri. Anas. (2006). *Tanda – tanda Vital Suhu Tubuh*. Jakarta: EGC.

Wardiyah A, Setiawati, Rohayati U. 2016. *Perbandingan Efektifitas Pembrian Kompres Panas dan Tepid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak yang Mengalami Demam Ruang Alamanda RSUD dr. H. Abdul Moeloek Lampung*. Jurnal Kesehatan Holistik. Vol 10. No 1. Hal 36 – 44.

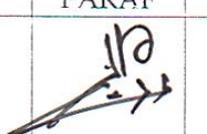
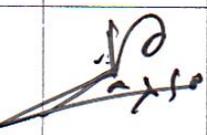
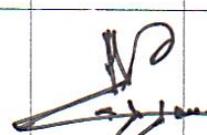
## RIWAYAT HIDUP



- Nama : M. AZMI YAHYA
- Tempat, Tanggal Lahir : Bukittinggi, 24 Maret 1997
- Agama : Islam
- Alamat : Jln. Panorama Baru, Panganak, RT 01 RW 02, Kel.  
Puhun Pintu Kabun, Kec. MKS, Bukittinggi,  
Sumatera Barat
- Nama Orang Tua
- Ibu : Sumiati ( Almh )
- Jumlah saudara : 3
- Motto : Do the Best, and Be The Best. Don't be afraid  
being different be afraid being the same as  
everyone else
- Riwayat Pendidikan :
1. 2003 - 2009 SD Negeri 10 Puhun Pintu Kabun Kota Bukittinggi
  2. 2009 - 2012 MTs Negeri 2 Kota Bukittinggi
  3. 2012 - 2015 SMA Negeri 4 Kota Bukittinggi
  4. 2015 - 2018 STIKes Perintis Padang, Prodi D III Keperawatan

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS**  
**PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**  
 TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA : M. Azmi Yahya  
 NIM : 15144010  
 RUANGAN : R. Anak  
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada An. Q  
 dengan FEBRIS di ruang Anak  
 RSUD. Dr. Achmad Mochtar  
 Bukittinggi, thn 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
	Kamis. 07/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
	Jum'at 08/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB		
	Sabtu 09/06/2018	07.00 WIB		12.00 WIB.		

Bukittinggi, 09 - Juni 2018

Ka Ruangan

Preceptor

Ns. SUSI DEWIYANTI, S.Kep

(.....)

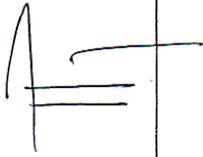
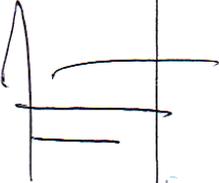
(.....)

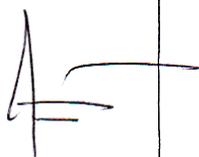
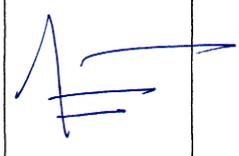


PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : M.Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Pemimbing : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed  
Judul KTI Studi Kasus : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.Q  
DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP  
ANAK RSUD DR. ACHMADMOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	08 / 6 - 2018	Perbaikan Sesi Sesi 2 dan 3 Bab II	
2	11 / 6 - 2018	Perbaikan Sesi Sesi	

3	13/6-2010	Pembahar: pembahas	
4	20/6-2010	Pembahar: a. Sara	
5	2/7-2010	by a. Sara	
6	2/7-2010	ada diujikan.	
7			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : M.Azmi Yahya  
 Nim : 1514401010  
 Pemimbing : Ns. Susi Dwi Yanti,S.Kep  
 Judul KTI Studi Kasus : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.Q  
 DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP  
 ANAK RSUD DR. ACHMADMOCHTAR  
 BUKITTINGGI TAHUN 2018**

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	Kamis/ 07/6-2018	- perbaikan pengkajian - perbaikan Dx - perhatikan Spasi - sesuai saran	 Ns. SUSI DWI YANTI, S.Kep
2	Jumat/ 08/6-2018	- perbaikan intervensi - tambahkan dx - sesuai saran	 Ns. SUSI DWI YANTI, S.Kep

3	Sakti/ 9/06-2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>- perlihatkan penerbitan</li> <li>- Tambah gambar</li> <li>- wbc</li> </ul>	 <small>Ms. SUSI DEWIYANTI, S.Kom</small>
4		<p style="text-align: center;">Ace</p> 	 <small>Ms. SUSI DEWIYANTI, S.Kom</small>
5			
6			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

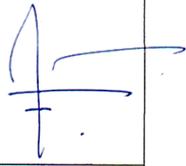
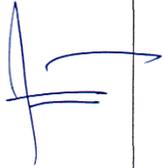
Nama Mahasiswa : M.Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Penguji 2 : Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
Judul KTI Studi Kasus : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.Q  
DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP  
ANAK RSUD DR. ACHMADMOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	28 / 7 / 18	Perbaiki sesuai Saran & lengkapi	Ah
2	30 / 7 - 2018	Acc ditid.	Ah

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : M.Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Penguji 2 : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed  
Judul KTI Studi Kasus : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.Q  
DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP  
ANAK RSUD DR. ACHMADMOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	28/7-10	Perbaiki format Jy haf	
2	3/7-2010	are dijilid.	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEMBAR KONSULTASI MANUSKRIPSI**

Nama Mahasiswa : M.Azmi Yahya  
Nim : 1514401010  
Pemimbing : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed  
Judul KTI Studi Kasus : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.Q  
DENGAN FEBRIS DI RUANG RAWAT INAP  
ANAK RSUD DR. ACHMADMOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018**

NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	1/8-2018	Berpakaian sesuai sana	
2	1/8-2018	Rae fitri d	