

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS
FEBRIS CONVULUS DI RUANG V
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA



1

OLEH:

MUHAMMAD FAIZZUL ZIDANE
NIM. 19.20024

PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS
FEBRIS CONVULUS DI RUANG V
RSPAL Dr. RAMELAN
SURABAYA

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



OLEH:

MUHAMMAD FAIZZUL ZIDANE
NIM. 19.20024

PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 05 Februari 2022
Penulis

Materai
10.000 + ttd

MUHAMMAD FAIZZUL ZIDANE
19.20024

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Muhammad Faizzul Zidane
NIM. : 19.20024
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.H dengan Diagnosa
Medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui laporan karya tulis ilmiah ini guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)

Surabaya, 05 Februari 2022

Pembimbing

Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.003

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Muhammad Faizzul Zidane
NIM. : 19.20024.
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An.H dengan Diagnosa
Medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr.
Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang
Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : Senin, 21 Februari 2022
Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III
Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep
Penguji II : Sri Reny Rachmawati, S.Kep., Ns
Penguji III : Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI D3 KEPERAWATAN

Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Tanggal : 21 Februari 2022

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An.H dengan Diagnosa Medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis ini bukan hanya karena kemampuan penulis tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Kolonel Dr. Gigih Imanta J., So.PD., Finasim., M.M selaku Kepala Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL Dr.Ramelan Surabaya.
2. Dr. A. V. Sri Suhardiningsih, S. Kep., M. Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Ibu Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan.
4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep., Ns., M.Kep selaku selaku penguji pertama, yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam

memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

5. Ibu Sri Reny Rachmawati, S.Kep., Ns selaku penguji kedua dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Ibu Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes selaku penguji ketiga dan pembimbing, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Ibu dan ayah tercinta beserta keluarga yang senantiasa mendoakan dan memberi semangat setiap hari.
9. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 05 Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR.....	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	2
1.3 Tujuan Penulisan	2
1.3.1 Tujuan Umum	2
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat Penulisan	3
1.5 Metode Penulisan	4
1.6 Sistematika Penulisan	5
BAB 2	9
2.1 Konsep Dasar Anak	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Pembagian Usia pada anak	9
2.1.3 Pertumbuh Dan Perkembang Anak	10
2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang.....	12
2.2 Konsep Dasar Penyakit Febris	14
2.2.1 Anatomi dan Fisiologi.....	15
2.2.2 Definisi	16
2.2.3.1 Kejang demam sederhana	17
2.1.4.2 Kejang demam kompleks	18
2.2.4 Etiologi	18
2.2.5 Patofisiologi	19
2.2.7 Komplikasi.....	20
2.2.8 Pemeriksaan Penunjang.....	21
2.2.9 Penatalaksanaan	21
2.2.10 Obat-Obat Febris	23
2.3 Imunisasi	24
2.3.1 Pengertian munisasi	24
2.3.2 Lokasi Pemberian	24
2.4.3 Jenis Vaksin	24
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Febris.....	26
2.4.1 Pengkajian	26
2.4.2 Diagnosis Keperawatan	29
2.4.3 Intervensi Keperawatan	30
2.4.4 Implementasi Keperawatan	33
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	34

2.5 Kerangka Asuhan Keperawatan	35
BAB 3	36
3.1 Pengkajian	36
3.1.1 Identitas Pasien	36
3.1.11 Pemeriksaan Fisik	42
3.2 Intervensi Keperawatan	49
3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	52
BAB 4	58
4.1 Pengkajian	58
4.2 Diagnosis Keperawatan	59
4.3 Intervensi Keperawatan	59
4.4 Implementasi Keperawatan	60
4.5 Evaluasi Keperawatan	61
BAB 5	62
5.1 Kesimpulan	62
5.2 Saran	63
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN 1.....	656

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Terapi pemberian obat dan dosisnya.....	23
Tabel 2.2 Cara pemberian vaksin Imunisasi dan dosis pemberiannya.....	24
Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan.....	30
Tabel : 3.1 Pemeriksaa Laboratorium An. H.....	45
Tabel 3.2 Terapi Obat An. H.....	46
Tabel 3.3 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan) An. H.....	46
Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.....	49
Tabel 3. 5 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada An. H dengan diagnosa medis Febris di RSPAL Dr. R amelan Surabaya.....	52

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Bagian-bagian hipotalamus.....	15
Gambar 2.2 Kerangka Asuhan Keperawatan Febris.....	35

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 SOP Injeksi Pemberian Obat Intravena.....	66
--	----

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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 sistem tubuh. Selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan non spesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi.

Menurut (Hayuni, 2019). Adapun dampak dari demam yaitu memicu pertambahan jumlah leukosit serta meningkatkan fungsi interferon yang membantu leukosit menerangi mikroorganisme. Dampak negatif dari demam dapat membahayakan pada anak diantaranya dehidrasi, kekurangan oksigen, kerusakan neurologis, dan kejang demam. Demam harus ditangani dengan benar agar terjadinya dampak negatif menjadi minimal.

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 Kwait menunjukkan bahwa sebaian 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 sisanya 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, sritis 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. Berdasarkan latar belakang berikut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul Asuhan Keperawatan Pada An.H dengan Diagnosa Medis Fibris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan Fibris Convulus maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan Fibris Convulus dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah asuhan keperawatan pada An.H dengan diagnosis medis Fibris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Fibris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan tindakan keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1. Akademisi

Hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris Convulus di Ruang V RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

2. Praktisi

a. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Fibris Convulus.

b. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien Fibris Convulus dengan baik.

c. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil karya tulis ilmiah ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien Fibris Convulus.

1.5 Metode Penulisan

1. Metode

Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu objek tertentu yang diangkat sebagai sebuah kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realitas di balik fenomena.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

b. Observasi

Data yang diambil melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik

c. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

3. Sumber Data

a. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

c. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas.

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari :

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa Febris Convulus

BAB 3: Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak Febris. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit Febris dengan melakukan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Anak

2.1.1 Definisi

Menurut Undang-Undang No. 23 Tahun 2002 tentang perlindungan anak, anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang dalam perlindungan terhadap anak sudah mulai sejak anak tersebut dalam kandungan hingga berusia 18 tahun (Astri & Kep, 2020)

2.1.2 Pembagian Usia pada anak

Pembagian usia anak adalah :

1. Bayi: 0 – 12 bulan
2. Usia toodler: 1 – 3 tahun
3. Anak prasekolah: 4 – 6 tahun
4. Anak sekolah: 7 – 12 tahun
5. Anak remaja: 13 – 18 tahun

2.1.3 Pertumbuh Dan Perkembang Anak

1. Pertumbuhan anak

Pertumbuhan merupakan suatu perubahan jumlah, besar, ukuran yang dapat dinilai dengan ukuran gram (gram, pound, kilogram) serta tinggi badan dan berat badan.

a). Indikator pemeriksaan pertumbuhan :

1). Pengukuran tinggi badan

Pada anak usia 0 samapai 2 tahun pengukuran tinggi badan dilakukan dengan cara berbaring, sedangkan pada anak usia lebih dari 2 tahun dilakukan dengan cara berdiri.

2). Pengukuran berat badan

Pengukuran berat badan dilakukan dengan menggunakan timbangan yang berguna untuk mengetahui keadaan gizi dari tumbuh kembang anak/

3). Lingkar kepala.

Lingkar kepala menggambarkan pemeriksaan patologis dari besarnya kepala atau peningkatan ukuran kepala atau peningkatan ukuran kepala. Perkembangan otak mempengaruhi pertumbuhan tengkorak.

4). Lingkar lengan atas

Tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh cairan tubuh dapat digambarkan oleh ukuran lingkar lengan atas. Pengukuran ini berguna untuk skrining malnutrisi pada anak.

2. Perkembangan Anak

Perkembangan merupakan bertambahnya kemampuan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Proses ini menyangkut perkembangan sel tubuh, organ dan system tubuh yang berkembang untuk memenuhi fungsinya, termasuk juga perkembangan intelektual, emosi dan tingkah laku.

Ada 5 aspek perkembangan yang perlu dibina dan dipantau, yaitu:

a). Perkembangan motoric

1). Motorik kasar

Dalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak melakukan pergerakan dengan sikap tubuh yang melibatkan otot-otot besar seperti duduk dengan berdiri.

2). Motorik halus

Adalah aspek berhubungan dengan kemampuan anak melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi melakukan koordinasi yang cermat seperti mengamati sesuatu, menjepit, menulis.

b). Perkembangan kognitif

Merupakan proses berfikir, yang meliputi kemampuan individu untuk menilai, menghubungkan, dan mempertimbangkan suatu peristiwa.

c). Perkembangan Bahasa

Kemampuan bicara dan Bahasa adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuan untuk memberikan respon terhadap suara, berbicara, berkomunikasi, mengikuti perintah.

d). Perkembangan sosial

Sosialisasi dan kemandirian adalah aspek yang berhubungan dengan kemampuanman diri anak (makan sendiri, membereskan mainan setelah bermain), berpisah dengan ibu atau pengasuh, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungan.

e). Pengukuran perkembangan

Perkembangan merupakan proses untuk anak belajar lebih mengenal, memakai, dan menguasai sesuatu yang lebih dari sebuah aspek. Perkembangan Bahasa salah satunya tujuan dari perkembangan satu Bahasa ialah agar anak mampu

berkomunikasi secara verbal dengan lingkungan.(Astri & Kep, 2020)

2.1.4 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. 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 golongan 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.

d) 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

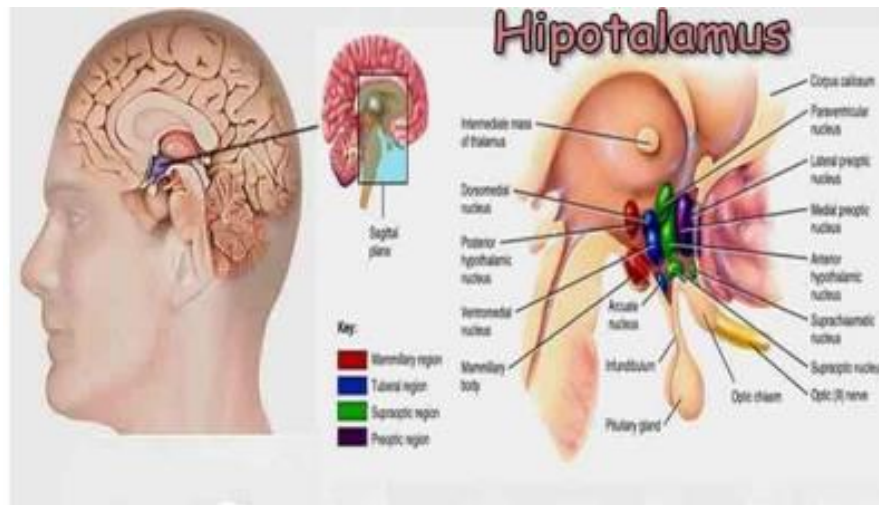
Status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh yang sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah. Namun sebaliknya, apabila kondisi status kesehatan kurang baik, akan terjadi perlambatan.

(Priadi, 2018)

2.2 Konsep Dasar Penyakit Febris

2.2.1 Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Bagian-bagian 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. (Priadi, 2018)

2.2.2 Definisi

Menurut pendapat lain 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, sritis 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.(Priadi, 2018)

2.2.3 Klasifikasi (Kejang et al., 2020)

2.2.3.1 Kejang demam sederhana

Umur anak ketika kejang antara 6 bulan & 4 tahun, kejang berlangsung kurang dari 15 menit, kejang bersifat umum, kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbulnya demam.

2.1.4.2 Kejang demam kompleks

Pada umumnya tetap sadar, kejang lama dan bersifat lokal, umur lebih dari 6 tahun, frekuensi serangan lebih dari 4 kali/ tahun Kejang demam lebih dari 15 menit..

2.2.4 Etiologi

Zat yang menyebabkan demam adalah pirogen. Ada 2 jenis pirogen yaitu pirogen eksogen dan endogen. Pirogen eksogen berasal dari luar tubuh dan berkemampuan untuk merangsang interleukin-1. Sedangkan pirogen endogen berasal dari dalam tubuh dan memiliki kemampuan untuk merangsang demam dengan mempengaruhi kerja pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Zat-zat pirogen endogen, seperti interleukin-1, tumor necrosis factor (TNF), serta interferon (INF). Penyebab demam selain infeksi juga dapat disebabkan oleh keadaan toksemia, keganasan atau reaksi terhadap pemakaian obat, juga pada gangguan pusat regulasi suhu sentral (misalnya: perdarahan otak, koma). Pada dasarnya untuk mencapai ketepatan diagnosis penyebab demam diperlukan ketelitian pengambilan riwayat penyakit pasien, pelaksanaan pemeriksaan fisik, observasi perjalanan penyakit dan mengevaluasi pemeriksaan laboratorium, serta penunjang lain secara tepat dan holistik. Pada perdarahan internal, saat terjadinya reabsorpsi darah dapat pula menyebabkan peningkatan temperatur. Suatu kenyataan sering perlu diketahui dalam praktek adalah penyakit-penyakit andemik di lingkungan tempat tinggal pasien. Beberapa hal khusus perlu diperhatikan pada demam adalah cara timbul demam, lama demam, tinggi demam serta keluhan dan gejala lain yang menyertai demam (Astri & Kep, 2020)

2.2.5 Patofisiologi

Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan non infeksi berinteraksi dengan mekanisme pertahanan hospes. Saat mekanisme ini berlangsung bakteri atau pecahan jaringan akan difagositosis oleh leukosit, makrofag, serta limfosit pembunuh yang memiliki granula dalam ukuran besar. Seluruh sel ini kemudian mencerna hasil pemecahan bakteri, dan melepaskan zat interleukin ke dalam cairan tubuh (zat pirogen leukosit/pirogen endogen). Pada saat interleukin-1 sudah sampai ke hipotalamus akan menimbulkan demam dengan cara meningkatkan temperatur tubuh dalam waktu 8-10 menit. Interleukin-1 juga memiliki kemampuan untuk menginduksi pembentukan prostaglandin ataupun zat yang memiliki kesamaan dengan zat ini, kemudian bekerja dibagian hipotalamus untuk membangkitkan reaksi demam.

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.

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.

Kekurang cairan dan elektrolit dapat mengakibatkan demam, karna 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) (Astri & Kep, 2020)

2.2.6 Manifestasi Klinis (Kejang et al., 2020)

2.2.6.1 Kejang umum biasanya diawali kejang tonik kemudian klonik berlangsung 10 sampai 15 menit , bisa juga lebih

2.2.6.2 Takikardi : pada bayi frekuensi sering diatas 150-200 per menit

2.2.6.3 Pulsasi arteri melemah dan tekanan nadi mengecil yang terjadi sebagai akibat menurunnya curah jantung.

2.2.6.4 Gejala bendungan system vena:

1. Hepatomegaly
2. Peningkatan vena jugularis

2.2.7 Komplikasi

2.2.7.1. Dehidrasi : demam ↑penguapan cairan tubuh

2.2.7.2. 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 (Priadi, 2018) komplikasi febris diantaranya:

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

2.2.8 Pemeriksaan Penunjang

2.2.8.1 Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.

2.2.8.2 Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis, yang meliputi :

- 1) Bayi <12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas.
- 2) Bayi antara 12 bulan – 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali pasti bukan meningitis.

2.2.8.3 Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.

2.2.8.4 Pemeriksaan foto kepala, CT scan atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologis karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak.(Kejang et al., 2020)

2.2.9 Penatalaksanaan

- a. Pemberian antipiretik

Terapi antipiretik bermanfaat pada penderita berisiko tinggi yang menderita penyakit kardiopulmonal kronis, gangguan metabolik, atau penyakit neurologis

dan pada mereka yang berisiko mengalami kejang demam. Selain memberikan kesembuhan simptomatis, terapi antipiretik tidak mengubah perjalanan infeksi biasa pada anak normal, dan dengan demikian penggunaannya tetap kontroversial pada penderita demam (Nelson, 2012). Indikasi pemberian antipiretik, antara lain:

1. Demam lebih dari 39°C yang berhubungan dengan gejala nyeri atau tidak nyaman, bisa timbul pada keadaan otitis media maupun mialgia
2. Demam lebih dari 40°C
3. Demam berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme. Keadaan-keadaan berikut juga memerlukan pemberian antipiretik seperti gizi buruk, penyakit jantung, luka bakar, atau pascaoperasi.
4. Anak dengan riwayat kejang atau delirium yang disebabkan demam

b. Metode fisik

Tindakan pendinginan secara tradisional, seperti memakaikan pakaian minimal, memajan kulit dengan udara, dan menurunkan suhu kamar, meningkatkan sirkulasi udara, dan pemberian kompres pada bagian tubuh (misalnya di dahi) efektif jika diberikan kurang lebih 1 jam setelah pemberian antipiretik sehingga set point dapat menurun. Metode penanganan demam secara fisik, memungkinkan tubuh kehilangan panas dengan cara konduksi, konveksi, atau penguapan. Berikan minum ±1000-1.500 cc, karena adanya penguapan cairan yang berlebihan pada saat demam melalui keringat.

d. Metode kompres hangat

Kompres hangat adalah tindakan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh. Pemberian

kompres hangat pada daerah aksila lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit. (Astri & Kep, 2020)

2.2.10 Obat-Obat Febris

Tabel 2.1 Terapi pemberian obat dan dosisnya

Terapi	Dosis	Indikasi
Ondancentron	4mg (imm)	Untuk mencegah mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
Antrain	500mg (imm)	Meringakan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi.
Ranitidin	25mg (imm)	Obat untuk menurunkan produksi asam lambung.
Infus D5 ½ NS	500ml (imm)	Untuk perawatan cairan dan nutrisi pengganti, kadar natrium yng rendah,kadar magnesium yang rendah,

		darah dan kehilangan cairan.
--	--	------------------------------

2.3 Imunisasi

2.3.1 Pengertian munisasi

Imunisasi adalah upaya yang di lakukan dengan sengaja memberikan kekebalan (imunitas) pada bayi/anak sehingga terhindar dari penyakit, pentingnya imunisasi di dasarkan pada pemikiran bahwa pencegahan penyakit merupakan upaya terpenting dalam pemeliharaan kesehatan anak(Saraswati, 2019)

2.3.2 Lokasi Pemberian

Tabel 2.2 Cara pemberian vaksin Imunisasi dan dosis pmberiannya

Vaksin	Dosis	Cara Pemberian
BCG	0,05 cc	Intrakutan tepat di insersio muskulus deltoideus kanan
DPT	0,5 cc	Intramuskular
Polio	2 tetes	Di teteskan ke Mulut
Campak	0,5 cc	Subkutan, biasanya di lengan kiri atas
Hepatitis B	0,5 cc	Intramuskular pada paha bagian luar

2.4.3 Jenis Vaksin

1. Vaksin BCG (Basillus Calmatte Guerin)

Merupakan imunisasi yang di gunakan untuk mencegah terjadinya penyakit TBC yang berat sebab terjadinya penyakit TBC yang primer/ yang ringan

dapat terjadi walaupun sudah di lakukan imunisasi BCG. TBC yang berat contohnya adalah TBC pada selaput otak, TBC milier pada seluruh lapangan paru, atau TBC tulang. Vaksin BCG merupakan vaksin yang mengandung kuman TBC yang telah dilemahkan.

2. Vaksin DPT (Difteria, Pertussis, Tetanus)

Merupakan imunisasi yang di gunakan untk mencegah terjadinya penyakit difteri, pertussis dan tetanus. Vaksin DPT ini merupakan vaksin yang mengandung racun kuman difteri yang telah di hilangkan sifat racunnya, namun masih dapat merangsang pembentukan zat anti (toksoid). Pemberian DPT dapat berefek samping ringan ataupun berat. Efek ringan misalnya terjadi pembekakan, nyeri pada penyuntikan, dan demam. Efek berat misalnya terjadi menangis hebat, kesakitan kurang lebih empat jam, kesadaran menurun, terjadi kejang, ensepalopati dan syok.

3. Vaksin polio

Imunisasi polio merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit poliomyelitis yang dapat menyebabkan kelumpuhan pada anak. Kandungan vksin ini adalah virus yang dilemahkan.

4. Vaksin campak

Imunisasi campak merupakan imunisasi yang di gunakan untuk mencegah terjadinya penyakit campak pada anak karena termasuk penyakit menular. Kandungan vaksin ini adalah virus yang dilemahkan. Imunisasi ini memiliki efek samping seperti terjadinya ruam pada tempat suntikan dan panas.

5. Imunisasi Hepatitis B

Merupakan imunisasi yang digunakan untuk mencegah terjadinya penyakit hepatitis. Kandungan vaksin ini adalah HbsAg dalam bentuk cair. Frekuensi pemberian imunisasi hepatitis sebanyak 3 kali dan penguatnya dapat diberikan pada usia 6 tahun (Saraswati, 2019)

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan Febris

2.4.1 Pengkajian

a. Identitas pasien

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

b. Keluhan utama

Pasien yang biasanya menderita febris mengeluh suhu tubuh panas $> 37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$, berkeringat, mual/muntah.

c. Riwayat kesehatan sekarang

Pada umumnya didapatkan peningkatan suhu tubuh diatas $37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$, 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 pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya.

e. Pemeriksaan fisik

A.) Keadaan umum dan tanda-tanda vital : Adanya peningkatan suhu tubuh, kejang, dan batuk. Diwaspada peningkatan suhu tubuh yang terlalu tinggi sehingga menyebabkan kejang

a. Pernafasan (B1 : breathing)

Kondisi anak mengalami gangguan karena di hidung terpasang sonde (NGT)

b. Kardiovaskuler (B2 : blood)

Kondisi pembuluh darah dan jantung normal tidak ada keluhan

c. Persyarafan (B3 : brain)

Kondisi pasien bagian kaki mengalami kelumpuhan dan tidak bias berjalan. Untuk dibagian kepala ada cairan sereospinal

d. Perkemihan (B4 : bladder)

Kondisi urologi pasien normal tidak ada keluhan

e. Pencernaan (B5 : bowel)

Kondisi pencernaan pasien normal tidak ada keluhan hanya saja pasien makan menggunakan sonde (NGT)

f. Integrumen (B6 : bone)

Kondisi gerak sendi terbatas, ROM terbatas dan kaki mengalami pengecilan

Kekuatan otot :

5555	5555
4444	4444

B.) Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data terakhir dikelompokkan lalu dianalisa data sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan dapat dirumuskan diagnose masalah

f. Riwayat kesehatan keluarga

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

g. Genogram

Petunjuk anggota keluarga kpasien.

h. Riwayat kehamilan dan kelahiran

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

i. Riwayat sosial

Pengkajian terhadap perkembangan dan keadaan sosial pasien

j. Kebutuhan dasar

1) Makanan dan minuman

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

2) Pola tidur

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

3) Mandi

4) Eliminasi

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

k. Pemeriksaan tingkat perkembangan

1) Kemandirian dan bergaul

Aktivitas sosial pasien

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.

4) Kognitif dan bahasa

Kemampuan pasien untuk berbicara dan berhitung.

l. Data penunjang

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

m. Data pengobatan

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

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain.

Berdasarkan SDKI 2017, diagnosa keperawatan yang muncul yaitu :

- 1). Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas
- 2). Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif
- 3). Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan

- 4). Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan
- 5). Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

2.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

NO.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Interverensi
1.	Hipertermi b/d terpapar lingkungan panas	Setelah di lakukan Intervensi keperawatan 3x24 jam, di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik 	Manajemen hipertermi Tindakan : Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab hipertermi - Monitor suhu tubuh - Monitor haluaran urin - Monitor komplikasi hipertermi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal (kompres). Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Pemberian cairan dan elektrolit intravena
2.	Resiko kekurangan volume cairan b/d intake yang kurang dan kehilangan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam	Manajemen cairan Tindakan : Observasi

	volume cairan aktif	<p>diharapkan, cairan terpenuhi dengan KH :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asupan cairan meningkat - Kelembaban membrane mukosa bibir meningkat - Asupan makanan meningkat - Turgor kulit menurun 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status dehidrasi - Monitor berat badan harian - Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catat intakeoutput dan hitung - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan - Berikan cairan intravena, jika perlu <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu
3.	Defisit Nutrisi b/d Ketidakmampuan mencerna makanan	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Porsi makanan yang dihabiskan meningkat - Berat badan membaik - Nafsu makan membaik 	<p>Manajemen nutrisi seimbang</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi - Monitor berat badan - Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

			<ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan tinggi serat <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan makan dengan posisi duduk - ajarkan diet yang <p>Diprogramkan kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - pemberian medikasi sebelum makan dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
4.	Intoleransi aktifitas b.d terjadinya kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam respon fisiologi terhadap aktifitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemudahan dalam aktifitas sehari-hari <p>Meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluhan lelah menurun - perasaan lelah menurun 	<p>Manajemen energy</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang <p>Mengakibatkan kelelahan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus - Lakukan rentang gerak pasif dan aktif - Berikan aktifitas distraksi yang menenangkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring

			<ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.
5.	Kurangnya Pengetahuan b/d kurangnya informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan, kurangnya pengetahuan teratasi dengan KH:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dan keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit, kondisi, prognosis, dan program pengobatan - Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar 	<p>Edukasi kesehatan</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesepian dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan Kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan factor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

2.4.4 Implementasi Keperawatan

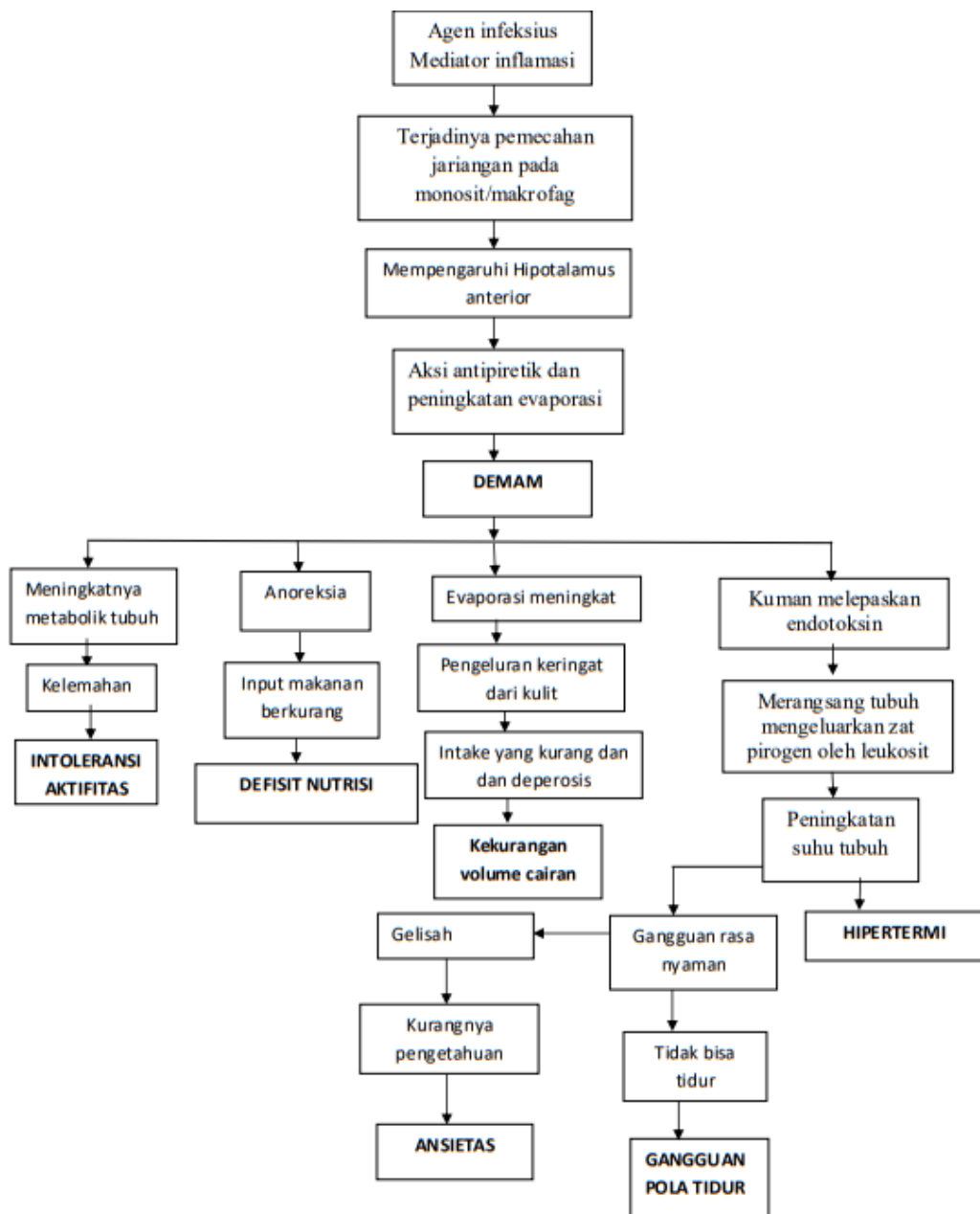
Setelah rencana tindakan keperawatan di susun maka untuk selanjutnya adalah pengolahan data dan kemudian pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah di susun tersebut. Dalam pelaksanaan implementasi maka perawat dapat melakukan obesrvasi atau dapat mendiskusikan dengan klien atau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

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

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..

2.5 Kerangka Asuhan Keperawatan

Gambar 2.2 Kerangka Asuhan Keperawatan Febris



BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnosa medis Febris, maka menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 Januari 2022 sampai dengan 22 Januari 2022 dengan data pengkajian pada tanggal 18 Januari 2022 jam 09.00 WIB. Dengan anamnesa yang diperoleh dari ibu pasien.

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Pasien

Nama : An. H
Umur/Tgl Lahir : 3 Tahun 4 Bulan/28-09-2018
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Bahasa yang di pakai : Indonesia
Anak ke : 2 (Dua)
Jumlah Saudara : 1 (Satu)
Alamat : Sidoarjo

3.1.2 Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Tn. A	Nama Ibu : Ny. S
Umur : 36 Tahun	Umur : 34 Tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku/bangsa : Jawa/Indonesia	Suku/bangsa : Jawa/Indonesia
Pendidikan : SMA	Pendidikan : S1 (Sarjana)

Pekerjaan	: TNI-AL	Pekerjaan	: Guru
Penghasilan	: +/- Rp. 2.000.000	Penghasilan	: +/- Rp. 2.000.000
Alamat	: Sidoarjo	Alamat	: Sidoarjo

3.1.3 Keluhan Utama

Keluarga Pasien mengatakan tubuh pasien panas dan suhu tubuhnya mencapai 39°C

3.1.4 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga Pasien mengatakan panas pada tubuh pasien mencapai 39°C pada hari Sabtu sore kemudian keluarga pasien mengompres hangat dan hasilnya panas pada tubuh pasien turun, ketika Minggu pagi panas lagi sampai kejang keluarga masih tetap mengompres hangat pada tubuh pasien, pada Senin pagi pasien di bawa ke UGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dan pasien diberi tindakan pasang infus, ambil darah, dan kemudian di pindahkan ke Ruang V Anak dengan di bantu pemandu.

3.1.5 Riwayat Kehamilan dan Persalinan

A. Prenatal Care :

Keluarga pasien mengatakan Pasien lahir di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan cara secar dengan BB : 3,25 TB : 48

B. Natal Care :

Keluarga Pasien mengatakan pada waktu kehamilan tidak ada masalah hanya saja waktu melahirkan ibu pasien mengalami hyperemesis

C. Post Natal Care :

Keluarga Pasien mengatakan ASI yang di dapatkan Pasien secara normal yaitu selama 2 tahun dan ASI Eksklusif elama 6 bulan

3.1.6 Riwayat Masa Lampau

A. Penyakit – Penyakit Waktu Kecil

Keluarga Pasien mengatakan Pasien pernah mengalami kejang pada saat usia 1 tahun.

B. Pernah Di Rawat Di Rumah Sakit

Keluarga Pasien mengatakan Pasien pernah di rawat di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.

C. Penggunaan Obat-obatan :

Ibu pasien hanya memberikan obat yang diberikan oleh dokter.

D. Tindakan (Operasi atau tindakan lain) :

Keluarga Pasien mengatakan kalau pasien tidak memiliki riwayat operasi.

E. Alergi :

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat alergi obat-obatan maupun makanan.

F. Kecelakaan :

Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah jatuh kecelakaan.

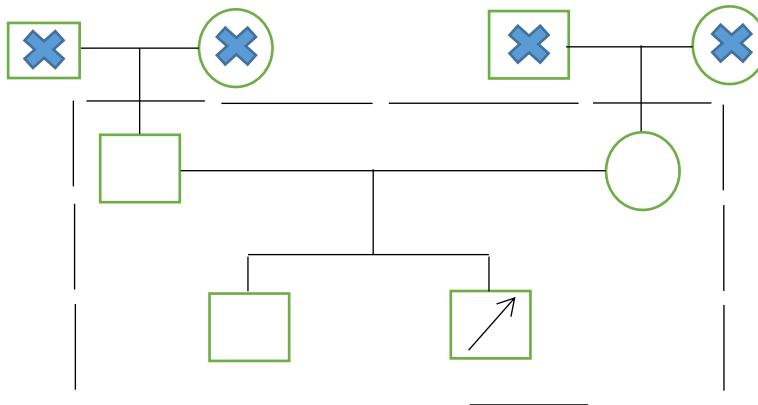
G. Imunisasi :

Ibu pasien mengatakan anaknya dari bayi sudah di imunisasi,

- a BCG saat lahir dan hepatitis 1 polio1, pada usia 1 bulan
- b DPT 1, Polio 2, Hib 1, dan hepatitis 2 pada usia 2 bulan
- c DPT 3, Polio 3, Hib 2, Hepatitis 3 pada usia 4 bulan
- d DPT 3, Polio4, Hib 3, Hepatitis 4 usia 6 bulan
- e Campak 9 bulan

3.1.7 Pengkajian Keluarga

1. Genogram



- Keterangan :
- : Laki-Laki
 - : Perempuan
 - ✕ : Meninggal
 - : Garis Penghubung
 - - : Garis Tinggal Satu Atap
 - ↗ : Pasien

2. Psikososial Keluarga:

Keluarga Pasien sangat khawatir dan merasa gelisah terhadap kondisi pasien saat ini, Keluarga Pasien sering bertanya terhadap kondisi anaknya karena keluarga Pasien mengetahui anaknya memiliki riwayat kejang dan takut jika terjadi kejang kembali

3.1.8 Riwayat Sosial

1. Yang Mengasuh Anak:

Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien diasuh oleh kedua orang tuanya sendiri

2. Hubungan Dengan Anggota Keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan hubungan dengan keluarga baik, karena kedua orang tua pasien selalu mendampingi perawatan pasien saat di rumah sakit maupun di rumah

3. Hubungan Dengan Teman Sebaya:

Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien sangat ceria dan aktif apalagi dirawat pasien bergurau dengan teman sebayanya yang di rawat

4. Pembawaan Secara Umum:

Pasien terlihat lemah

3.1.9 Kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

SMRS : Pasien Makan 3x1 hari, porsi selalu habis, tidak memilih makanan

MRS : Pasien Makan 1x1 hari, porsi tidak habis, pasien memilih makanan yang dia mau saja, pasien juga mengatakan kalau menelan terasa sakit.

2. Pola Tidur

SMRS : Pasien tidur 2x1 hari, tidur sering mendengarkan lantunan ayat al-qur'an, tidak ada barang yang di bawa ketika pasien tidur

MRS : Pasien Tidur 1x1 hari, tidur masih sering mendengarkan lantunan ayat al-qur'an, dan masih tidak ada barang yang di bawa pasien ketika tidur

3. Pola Aktivitas/Bermain:

SMRS : Pasien sering bermain dengan teman sekolahnya dan teman rumahnya, Pasien tampak riang gembira ketika dengan teman sebayanya

MRS : Pasien masih bermain tetapi dengan raut muka yang berbeda, Pasien mengatakan bahwa di rumah sakit temannya hanya itu-itu saja

4. Pola Eliminasi:

SMRS : Pasien BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan bau khas konsistensi lembek, BAK +/- 400cc/hari.

MRS : Pasien menggunakan pempers BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan bau khas konsistensi lembek, BAK +/- 500cc/hari.

5. Pola Kognitif Perseptual

SMRS : Pasien kalau terasa haus dan ingin apapun pasien selalu mengambil sendiri sebisanya pasien

MRS : Pasien ketika menginginkan sesuatu selalu merengek kepada keluarga karena pasien di Rumah Sakit terlihat lemah

6. Pola Koping Toleransi Stress

Keluarga Pasien mengatakan bahwa pasien ketika di Rumah Sakit terlihat bosan karena rekan sebayanya hanya itu-itu saja dan ketika di Rumah Sakit pasien tidak bisa tidur dengan nyenyak dan selalu terlihat lemah

3.1.10 Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Pasien dibawa oleh orang tuanya ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dengan menggunakan kendaraan pribadi pada tanggal 17 Januari 2022 Pukul 05.30 WIB, kemudian pengkajian pasien padatanggal 18 Januari 2022 pukul 09.00 WIB.

2. Keadaan Umum:

Anak demam, Perapasan normal, Kesadaran GCS:456 Composmenti:15.

3.1.11 Tanda – tanda vital

observasi pasien :

suhu/nadi: 39,1°C / 102x/menit,

RR: 28x/menit,

TB: 96 cm,

BB: 14,7 kg.

Lingkar kepala : 52 cm

Lingkar perut : 52 cm

Lingkar lengan : 17 cm

Lingkar paha : 22 cm

3.1.11 Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

1) Rambut/ kepala

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

2) Mata

Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri kanan, konjuktiva 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 28 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 kelainan pada leher

c. Thorak

1) Paru-paru

I: Simetris kiri kanan, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, tidak menggunakan cuping hidung, pernafasan 28x / 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 -/+ 10 x / menit

e. Punggung

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

f. Ekstremitas

1) Atas :Terpasang infus D5 ½ NS 10 tts / menit di tangan kiri.

2) Bawah :Tidak ada gangguan

3) Kekuatan Otot

5555	5555
4444	4444

g. Genitalia

Tidak terdapat gangguan

h. Integumen

Respon kembali masih baik

3.1.12 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi Sosial:

Pasien dapat merasakan kehadiran perawat, dapat dilihat ketika anak sedang menangis dan kemudian ditenangkan oleh ibu/perawat maka bayi akan tenang.

2. Bahasa:

Pasien dapat bersuara dan tersenyum jika diajak bercanda

3. Motorik Halus:

Pasien sudah dapat merespon dengan mata nya jika dipanggil dan gerak terbatas karena penurunan kekuatan otot

4. Motorik Kasar:

Pasien ROM terbatas karena terdapat pengecilan pada kaki

Kesimpulan dari pemeriksaan perkembangan

Tumbuh kembang pasien sesuai dengan usianya karena penyakit yang dideritanya pasien mengalami keterbatasan

3.1.13 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium :

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Leukosit (H)	12.20		4.0-12.0
Eosinofil % (L)	0.20		0.5-5.0
Neutrofil # (H)	8.65		2.00-8.00
Neutrofil % (H)	71.90		50.0-70.0
Hemoglobin (L)	11.30		13-17
Hematokrit (L)	33.00		35.0-49.0
MCHC(H)	34.2		21-34
PCT (L)	0.228		1.08-2.82
NS1	Positif		Negatif
BACT (Bakteri) (H)	3.3		0-2

Tabel : 3.1 Pemeriksaan Laboratorium An. H

2. Torax :

Aorta dan mediastinum tidak melebar, trachea di tengah

Cor : Besar dan bentuk normal

Pulmo : Tidak tampak infiltrasi, corakan bronchovaskuler baik

Sinus Costophrenicus dan diafragma baik

Tulang dan soft tissue baik

Kesan : Tidak ada kelainan

3.1.14 Terapi Obat

Terapi	Dosis	Indikasi
Ondancentron	4mg (imm)	Untuk mencegah mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.
Antrain	500mg (imm)	Meringakan rasa sakit, terutama nyeri kolik dan sakit setelah operasi.
Ranitidin	25mg (imm)	Obat untuk menurunkan produksi asam lambung.
Infus D5 ½ NS	500ml (imm)	Untuk perawatan cairan dan nutrisi pengganti, kadar natrium yng rendah, kadar magnesium yang rendah, darah dan kehilangan cairan.

Tabel 3.2 Terapi Obat An. H

3.2 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan)

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga Pasien mengatakan suhu tubuh pasien panas. - Keluarga Pasien mengatakan anaknya demam dari tanggal 15 Januari 2022 - Keluarga Pasien mengatakan suhu tubuh pasien naik turun . <p>DO :</p> <p>Suhu tubuh di atas nilai</p>	Terpapar lingkungan panas	Hipertermi

	<p>normal 39,1°C</p> <p>RR : 28x/menit ,</p> <p>N : 102x/menit</p> <p>- Kulit klien terasa hangat</p> <p>- Kulit klien tampak memerah</p>		
2.	<p>DS:</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan badan anaknya terasa lemas</p> <p>- Keluarga Pasien mengatakan ADL klien di bantu semua</p> <p>DO :</p> <p>- Badan Pasien tampak lemah</p> <p>- ADL tampak di bantu semuanya</p>	terjadinya kelemahan	Intoleransi aktifitas
3.	<p>DS :</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan anaknya merasa mual dan muntah,</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun</p> <p>- Keluarga pasien mengatakan pasien susah untuk makan</p> <p>DO :</p> <p>- Berat badan pasien</p>	Ketidakmampuan menelan makanan	Resiko defisit nutrisi

<p>tampak menurun (BB : 14,7 Kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pengukuran memakai rumus IMT dan tabel standar antropometri hasilnya yaitu 13,9 = -1 SD dengan indeks massa tubuh menurut umur (IMT/U) yaitu kategori masih normal - Pasien tampak lemas, lesu - Pasien tampak muntah - Pasien tampak hanya sedikit minum susu - Porsi makan yang di habiskan ¼ dari porsi biasanya - Mukosa bibir pasien tampak kering - Konjungtiva tampak Anemis. 		
---	--	--

Tabel 3.3 Analisa Data (Diagnosa Keperawatan) An. H

3.2 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi keperawatan pada An.H dengan diagnosa medis Febris di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas	Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Suhu tubuh membaik (36,00°C-37,50°C) - Suhu kulit membaik (36,00°C-37,50°C)	Manajemen hipertermi Tindakan : Observasi - Identifikasi penyebab hipertermi - Monitor suhu tubuh Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Berikan kompres hangat dengan campuran irisan bawang merah Edukasi - Anjurkan tirah baring	- Untuk mengetahui penyebab hipertensi pada pasien - Untuk mengetahui perkembangan suhu tubuh pasien - Supaya suhu tubuh pasien dapat menurun dengan cepat dengan adanya bantuan dari suhu lingkungan - Supaya suhu tubuh pasien dapat menurun dengan di bantu dengan zat kimia yang ada pada bawang merah - Agar memudahkan pasien untuk beristirahat - Agar pasien dapat segera menerima obat menurun panas dan segera meminumnya.

			<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian antipiretik 	
2.	Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemudahan dalam aktifitas sehari-hari meningkat - keluhan lelah menurun - perasaan lemah menurun 	<p>Manajemen energy</p> <p>Tindakan :</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan aktifitas secara bertahap <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> - Untuk mengetahui bagian tubuh pasien mana yang sering mengalami dan sering membuat pasien tampak lelah - Untuk memudahkan perawat dan keluarga mengetahui letak bagian tubuh pasien yang mengakibatkan tidak nyaman - Supaya pasien dapat menjadi nyaman dan juga memudahkan perawat untuk merawat pasien - Supaya pasien tidak kaget sewaktu melakukan kegiatan berat - Agar memudahkan pasien dalam menerima asupan nutrisi sewaktu di Rumah Sakit

3.	Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan	Setelah di lakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, di harapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : - Nafsu makan membaik - Porsi makan di habiskan - Perasaan cepat kenyang menurun - Membran mukosa membaik	Manajemen nutrisi Tindakan : Observasi - Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan - Monitor berat badan - Monitor asupan makanan Terapeutik - Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein - Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi - Berikan suplemen makanan jika perlu Edukasi - anjurkan makan dengan posisi duduk kolaborasi	- Untuk Melihat status nutrisi pasien - Untuk mengetahui apakah pasien mempunyai alergi atau tidak - Untuk mengetahui berat badan pasien ketika sebelum masuk Rumah Sakit dan setelah masuk Rumah Sakit - Untuk mengetahui nafsu makan dari pasien - Supaya nutrisi pasien dapat tercukupi dan meningkat - Agar pasien makan dan minum tidak tersedak - Agar perawat memberikan nutrisi kepada pasien dengan porsi yang seharusnya.
----	--	--	--	---

			- pemberian medikasi sebelum makan dan jenis nutrisi yang dibutuhkan	
--	--	--	--	--

3.3 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi dan evaluasi keperawatan pada An. H dengan diagnosa medis Febris di RSPAL Dr. R amelan Surabaya

No Dx	Tanggal/waktu	Implementasi	Paraf	Tanggal/waktu	Evaluasi	Paraf
123	18-01-2022	Memberi salam, Membina hubungan saling percaya dengan pasien dan pengenalan	<i>Faiz</i>	18-01-2022	Dx1 : S : Keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien masih panas O : Suhu tubuh An. H sedikit menurun Nadi : 102x/mnt, suhu 38,9°C,RR: 28x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15	<i>Faiz</i>
	09.00	Pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien panas dengan TTV :		13.00		
	09.10	Mengidentifikasi penyebab Hipertermi		13.00	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
	09.15	Mengompres An.H yang mengalami			Dx 2 :	

		demam dengan air hangat kuku di bagian aksilla dengan cara memposisikan klien senyaman mungkin lalu letakan washlap yang sudah di rendam air hangat kuku aksilla lakukan selama 15 menit setelah di lakukan tindakan kompres air hangat perawat melakukan pengukuran suhu tubuh pasien			
	09.30				
	10.00	Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan pada An.H		13.00	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien lelah</p> <p>O : Pasien tampak lelah, aktivitas di bantu sebagian</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
	11.00	Menganjurkan An.H untuk melakukan aktifitas secara bertahap			<p>Dx 3 :</p> <p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien makan sedikit</p> <p>O : Nafsu makan pasien menurun, pasien menghabiskan porsi makannya ¼ dari porsi makan</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
	11.05	Melakukan pemantauan asupan nutrisi An. H : An.H hanya menghabiskan ¼ porsi makananya, nafsu makan menurun, serta An.H tampak pucat			
	11.15	Menganjurkan ibu untuk meningkatkan asupan nutrisi An.H serta menganjurkan untuk memberi An.H makan sedikit tapi sering, karena An.H sering muntah sehabis			
	11.30				

		makan Monitor asupan makan Memberikan terapi obat injeksi Antrain, Ranitidine, dan Ondansentron				
123	19-01-2022	Pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien panas dengan TTV : 09.00 Nadi : 102x/mnt, suhu 38,9°C,RR: 28x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15 09.10 Mengidentifikasi penyebab Hipertermi 09.15 Mengompres An.H yang mengalami demam dengan air hangat kuku di bagian aksilla dengan cara memposisikan klien nyaman mungkin lalu letakan washlap yang sudah di rendam air hangat kuku aksilla lakukan selama 15 menit setelah di lakukan tindakan kompres air hangat perawat melakukan pengukuran suhu tubuh pasien 09.30 Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh	<i>Faiz</i>	19-01-2022 13.00 13.00	Dx1 : S : Keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien summer O : Suhu tubuh An. H sedikit menurun Nadi : 102x/mnt, suhu 37,5°C,RR: 24x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15 A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan Dx 2 : S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa makan sendiri dan minum sendiri O : Pasien sudah tidak lemah, aktivitas	<i>Faiz</i>

		yang mengakibatkan kelelahan pada An.H		13.00	di bantu sebagian	
	09.45	Menganjurkan An.H untuk melakukan aktifitas secara bertahap			A : Masalah teratasi	
	10.05	Melakukan pemantauan asupan nutrisi An. H : An.H hanya menghabiskan ¼ porsi makanannya, nafsu makan menurun, serta An.H tampak pucat			P : Intervensi dihentikan	
	10.30	Monitor asupan makan			Dx 3 :	
	10.45	Memberikan terapi obat injeksi Antrain, Ranitidine, dan Ondansentron			S : Keluarga pasien mengatakan pasien makan sudah mulai banyak	
	11.00	Menganjurkan ibu untuk mempertahankan tirah baring pada An.H agar energy anak tidak terbuang sehingga anak tidak letih			O : Nafsu makan pasien meningkat, pasien menghabiskan porsi makannya ½ dari porsi makan	
	11.30	Menganjurkan An.H untuk tirah baring			A : Masalah teratasi sebagian	
					P : Intervensi dilanjutkan	

13	20-01-2022	<p>Pada saat pengkajian keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien panas dengan TTV :</p> <p>09.00 Nadi : 102x/mnt, suhu 37,5°C,RR: 24x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15</p> <p>09.10 Mengidentifikasi penyebab Hipertermi</p> <p>09.15 Mengompres An.H yang mengalami demam dengan air hangat kuku di bagian aksilla dengan cara memposisikan klien senyaman mungkin lalu letakan washlap yang sudah di rendam air hangat kuku aksilla lakukan selama 15 menit setelah di lakukan tindakan kompres air hangat perawat melakukan pengukuran suhu tubuh pasien</p> <p>09.30 Melakukan pemantauan asupan nutrisi An. H : An.H hanya menghabiskan ½ porai makananya, nafsu makan menurun, serta An.H tampak pucat</p> <p>09.45 Menganjurkan ibu untuk meningkatkan asupan nutrisi An.H serta menganjurkan untuk memberi An.H makan sedikit tapi sering, karena An.H sering muntah sehabis</p>	<i>Faiz</i>	20-01-2022	<p>Dx1 : S : Keluarga pasien mengatakan suhu tubuh pasien tidak panas lagi O : Suhu tubuh An. H menurun Nadi : 102x/mnt, suhu 36,5°C,RR: 24x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15 A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <p>13.00</p> <p>Dx 2 : S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah bisa makan sendiri dan minum sendiri O : Pasien sudah tidak lemah, aktivitas di bantu sebagian A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan</p> <p>13.00</p> <p>Dx 3 : S : Keluarga pasien mengatakan pasien</p>	<i>Faiz</i>
----	------------	--	-------------	------------	--	-------------

		makan			makan sudah habis satu porsi	
	09.50	Monitor asupan makan			O : Nafsu makan pasien meningkat, pasien menghabiskan porsi makannya	
	10.30	Memberikan terapi obat injeksi Antrain, Ranitidine, dan Ondansentron			A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 ini membahas tentang proses asuhan keperawatan pada An. H di Ruang V (anak) RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 18-Januari 2022 - 20 Januari 2022. Pendekatan studi kasus dilakukan untuk mendapatkan pembahasan antara fakta di lapangan dan teori yang disertai analisis atau opini penulis. Pembahasan terhadap proses asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada An. H dengan cara anamnesa pada keluarga karena pasien masih anak-anak, pemeriksaan fisik dan mendapatkan data pemeriksaan penunjang medis. Pengkajian dimulai dari identitas pasien, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, riwayat masa lampau. Pada saat pengkajian 18-02-2022 didapatkan kondisi pasien lemah, suhu tubuh pasien panas mencapai 39°C, pasien sempat mengalami kejang dan keluarga pasien mengompres pasien dengan kompres hangat suhu pasien sempat turun dan naik lagi kemudian di bawa ke UGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien diberi tindakan pasang infus, ambil darah, dan kemudian di pindahkan ke Ruang V Anak dengan diagnosa medis febris. Pasien memiliki riwayat kejang pada usia 1 tahun dan dilakukan tindakan di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, pasien memiliki riwayat alergi bersin ketika terkena debu, pasien mendapatkan imunisasi lengkap,

pada pemeriksaan fisik tidak didapatkan masalah atau gangguan fisik, pada pengkajian kebutuhan dasar didapatkan masalah pada pola nutrisi pasien karena asupan pola makan yang menurun, sebelum masuk rumah sakit pasien aktif bermain dan beraktivitas setelah masuk rumah sakit aktivitas pasien berkurang.

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada lima yaitu :

- 1). Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas
- 2). Resiko kekurangan volume cairan berhubungan dengan intake yang kurang dan kehilangan volume cairan aktif
- 3). Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan
- 4). Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan
- 5). Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi

Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan tiga diagnosa keperawatan yaitu :

- 1). Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas
- 2). Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan
- 3). Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan mencerna makanan

4.3 Intervensi Keperawatan

Pada penyusunan tindakan keperawatan tidak semua rencana tindakan pada tinjauan pustaka dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan kondisi pasien saat dilakukan pengkajian. Dalam tujuan tindakan kasus dituliskan waktu pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung.

Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi

membaik dengan kriteria hasil Menggigil menurun, Suhu tubuh membaik ($36,00^{\circ}\text{C}$ - $37,50^{\circ}\text{C}$), Suhu kulit membaik ($36,00^{\circ}\text{C}$ - $37,50^{\circ}\text{C}$).

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam toleransi aktifitas meningkat dengan kriteria hasil kemudahan dalam aktifitas sehari-hari meningkat, keluhan lelah menurun, perasaan lemah menurun

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, diharapkan Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil Nafsu makan membaik, Porsi makan di habiskan, Perasaan cepat kenyang menurun, Membran mukosa membaik.

4.4 Implementasi Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, menyediakan lingkungan yang dingin, memberikan kompres hangat dengan campuran irisan bawang merah, menganjurkan tirah baring.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan, monitor lokasi dan ketidaknyamanan, menyediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus, menganjurkan melakukan aktifitas secara bertahap.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan pelaksanaan yang dilakukan pada pasien yaitu mengidentifikasi status

nutrisi, mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan , - Monitor asupan makanan , menganjurkan makan dengan posisi duduk

4.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilaksanakan karena diketahui keadaan pasien secara langsung.

Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam panas pada pasien menurun Nadi : 102x/mnt, suhu 36,5°C,RR: 24x/mnt, GCS E:4 M:5 V:6 total 15, intervensi dihentikan.

Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam toleransi aktivitas meningkat, pasien sudah tidak lemah, aktivitas di bantu sebagian, intervensi dihentikan.

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan Setelah di lakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam nafsu makan pasien meningkat, pasien menghabiskan satu porsi makannya, intervensi dihentikan .

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Febris di Ruang V (Anak) RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada tanggal 18 Januari 2022 sampai 20 Januari 2022, maka penulis dapat menarik kesimpulan dan sekaligus memberikan saran yang dapat bermanfaat untuk membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis Febris.

5.1 Kesimpulan

Setelah menguraikan berbagai persamaan dan kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, maka penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut:

1. Pengkajian pada pasien dengan diagnosa medis Febris dilakukan dengan pendekatan persistem. Pada pengkajian penulis menemukan data pasien bernama An. H yang merupakan anak dari pasangan Tn. A dan Ny. S. Pada keluhan utama penulis menemukan keluhan pasien menurut keluarga pasien mengalami demam dengan suhu 39°C dengan riwayat kejang, pada kebutuhan dasar penulis menemukan pola nutrisi pasien mengalami penurunan nutrisi dikarenakan nafsu makan pasien menurun. Dan pada kebutuhan dasar penulis menemukan pasien mengalami penurunan toleransi aktivitas.
2. Dalam penegakkan diagnosis keperawatan, tidak semua diagnosis yang ada di tinjauan pustaka tercantum di tinjauan kasus. Penulis menegakkan

diagnosis keperawatan sesuai kondisi klinis yang dialami oleh pasien
Masalah keperawatan yang muncul adalah Hipertermi berhubungan dengan terpapar lingkungan panas, Intoleransi aktifitas berhubungan dengan terjadinya kelemahan, Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan

3. Intervensi keperawatan yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semuanya tercantum pada tinjauan kasus. Intervensi yang disusun penulis menyesuaikan diagnosis yang ditemukan pada pasien.
4. Pelaksanaan implementasi keperawatan, penulis melakukan pendelegasian tindakan keperawatan kepada teman sejawat dan bekerja sama dengan perawat ruangan.
5. Keberhasilan proses asuhan keperawatan pada pasien belum tercapai sepenuhnya. Hal ini disebabkan karena terbatasnya waktu dan kondisi pasien yang pulang, karena keluarga memilih merawat dirumah.

5.2 Saran

Adapun saran-saran yang ingin penulis sampaikan setelah melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Febris adalah sebagai berikut:

1. Akademisi

Karya tulis ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi bagi akademisi untuk memperdalam ilmu tentang proses asuhan keperawatan pada pasien Febris.

2. Praktisi

- a. Bagi Pelayanan Rumah Sakit

Penanganan yang cepat dan tepat pada kasus Febris sangat dibutuhkan untuk mencegah komplikasi lebih lanjut dari kerusakan mikrovaskular dan sirkulasi.

b. Bagi Penulis

Dalam menyusun studi kasus pada pasien dengan diagnosis Febris, kerja sama antar sesama tim kesehatan dalam melakukannproses asuhan keperawatan, sangat dibutuhkan untuk mengetahui perkembangan kesehatan pasien.

c. Bagi Keluarga Pasien

Partisipasi keluarga dengan tenaga kesehatan dalam menangani kasus Febris, sangat dibutuhkan untuk memudahkan tenaga kesehatan melakukan proses asuhan keperawatan yang maksimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Sodikin. Prinsip Perawatan Demam Pada Anak. Pustaka Belajar. Yogyakarta 2012
- Hayuni F. A (2019). efektifitas pemberian kompres bawang merah terhadap penurunan suhu tubuh pada anak usia 1-5 tahun di puskesmas gilingan. Jurnal diii keperawatan Ilmu Kesehatan. Askep Febris. <http://stikesbp.blogspot.com/2013/06/askep-febris.html>.
- Astri, W. J., & Kep, S. (2020). *Disusun oleh : STIKes PERINTIS PADANG WIWIK JUNI ASTRI, S. Kep STIKes PERINTIS PADANG.*
- Kejang, M., Di, D., Ashoka, R., Pasuruan, R. B., Keperawatan, P. D., Keperawatan, A., & Cendekia, K. (2020). *Karya tulis ilmiah.*
- Priadi, S. (2018). *Program studi d iii keperawatan sekolah tinggi ilmu kesehatan perintis padang tahun 2018.*
- Saraswati, C. D. (2019). *Karya Tulis Ilmiah.* <https://doi.org/10.31227/osf.io/gskvz>
- PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

Lampiran 1

SOP INJEKSI PEMBERIAN OBAT INTRAVENA (IV)

A. Definisi

Pemberian obat intravena adalah cara menyuntikkan obat yang dilakukan pada pembuluh darah vena

B. Tujuan

Memberikan obat kepada pasien melalui pembuluh darah vena

C. Pelaksanaan

Persiapan pasien

1. Pastikan kebutuhan pasien akan pemberian obat intravena (IV)
2. Sampaikan salam, jelaskan kepada tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan

Persiapan Alat

1. Baki/meja obat
2. Jarum dan spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.
3. Kaps alkohol/alkohol swab
4. Bak spuit
5. Buku obat/catatan.
6. Bengkok obat.
7. Sarung tangan.
8. Tempat sampah medis khusus.
9. Perlak/pengalas

Langkah Prosedur : Pemberian pada pasien yang terpasang infus

1. Cuci tangan.
2. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada pasien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan.
3. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada pasien.
4. Dekatkan alat-alat ke pasien, tutup tirai.
5. Beritahu kembali pasien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
6. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan.
7. Pasang sarung tangan.
8. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath).
9. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup).
10. Matikan aliran cairan infus ke vena pasien.
11. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
12. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukkan.
13. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.
14. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.

15. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.
16. Amati kelancaran tetesan infus.
17. Lepaskan sarung tangan.
18. Rapikan alat-alat dan bantu pasien dalam posisi nyaman.
19. Evaluasi respon pasien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut.
20. Sampaikan salam terminasi.
21. Cuci tangan.
22. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV.

Sumber : (SOP INJEKSI PEMBERIAN OBAT INTRAVENA (IV) - Bersama Perawat, n.d.)