

**EFEKTITAS EVIDENCE BASED NURSING PENERAPAN *TEPID SPONGE BATH* DALAM MENURUNKAN SUHU TUBUH ANAK
DEMAM DIRUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB
SJHRAINE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH NERS

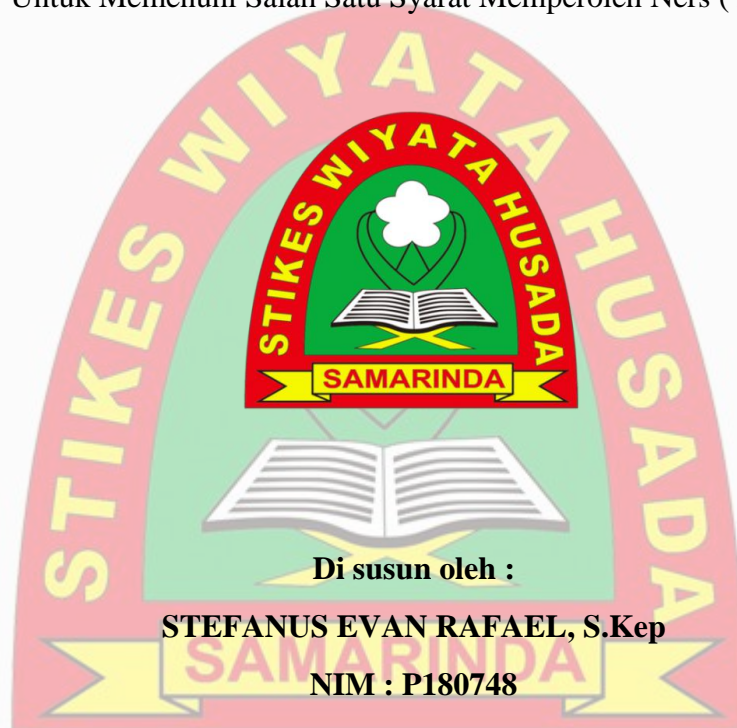


**PROGRAM STUDI NERS
INSTITUT KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2019**

EFEKTITAS EVIDENCE BASED NURSING PENERAPAN *TEPID SPONGE BATH* DALAM MENURUNKAN SUHU TUBUH ANAK DEMAM DIRUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJHRAINE SAMARINDA

KARYA TULIS ILMIAH NERS

Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Ners (Ners)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUSI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

2019

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIFITAS EVIDENCE BASE NURSING PENERAPAN *TEPID SPONGE BATH*
DALAM PENURUNAN SUHU TUBUH ANAK DEMAM DI RUANG MELATI
RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

STEFANUS EVAN RAFAEL

NIM: P180748

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 18 desember 2019

PENGUJI KLINIK

Iswanti, SST

NIP. 19691201.199503.2.005

(.....)

PENGUJI AKADEMIK

Ns. Aries Abivoga, S.Kep., M.Kep

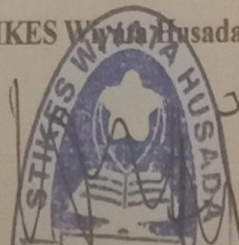
NIK. 113072.86.18.128

(.....)

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda



Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

(.....)

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.13.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

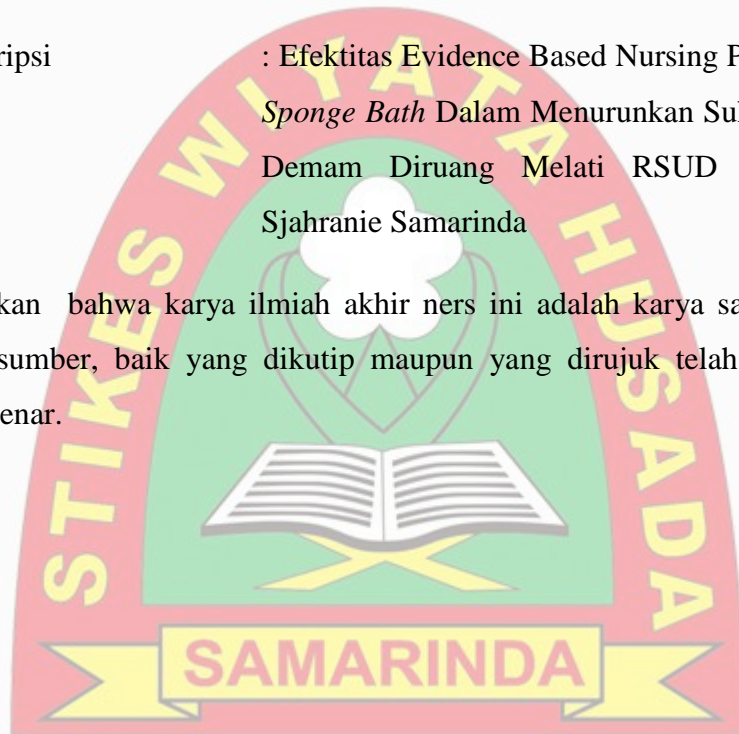
Nama : Stefanus Evan Rafael, S.Kep

NIM : P180748

Program Studi : Profesi Ners

Judul Skripsi : Efektitas Evidence Based Nursing Penerapan *Tepid Sponge Bath* Dalam Menurunkan Suhu Tubuh Anak Demam Diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ners ini adalah karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.



Samarinda, 2019

Yang membuat pernyataan

Stefanus Evan Rafael, S.Kep

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi/karya tulis ilmiah dengan judul ” Efektitas Evidence Based Nursing Penerapan *Tepid Sponge Bath* Dalam Menurunkan Suhu Tubuh Anak Demam Diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”. Penulisan skripsi/karya tulis ilmiah ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Ners pada Program Studi Keperawatan Institut Kesehatan dan Sains Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan karya ilmiah ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

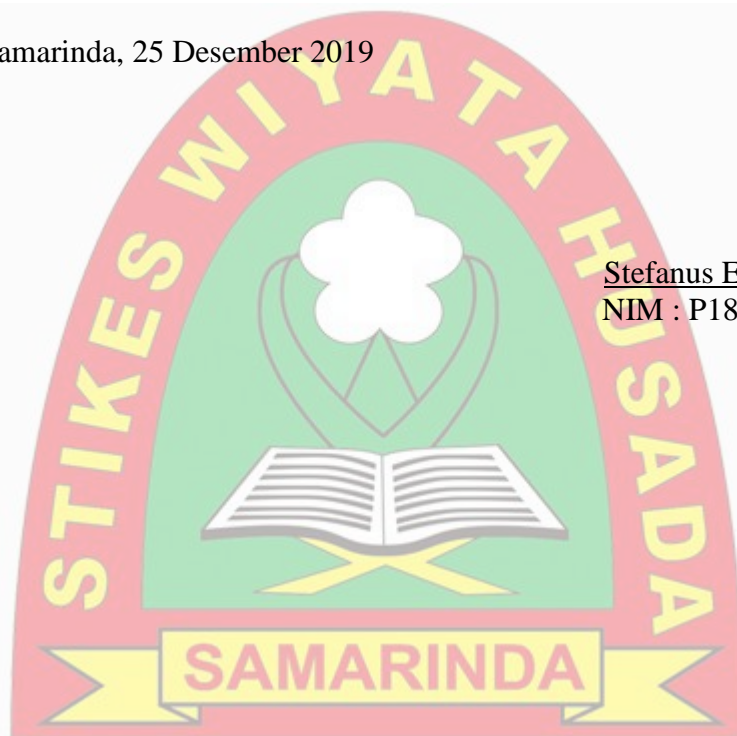
1. H. Mujito Hadi, MD,.MM selaku Ketua Yayasan ITKES Wiyata Husada Samarinda.
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd.,S.Kep.,M.Kep selaku Ketua ITKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S.Kep.,M.Kep selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.
4. Ns.Aries Abiyoga., S.Kep.,M.Kep selaku penguji utama yang telah banyak membantu peneliti dalam memberikan saran dan masukan serta nasehat demi kesempurnaan skripsi ini.
5. Iswanti., STT selaku kepala ruangan yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, pengarahan serta masukan dan semua ilmu yang telah diberikan kepada saya..
6. Seluruh staf pengajar Pogram Studi NERS di ITKES Wiyata Husada Samarinda yang telah memberikan ilmu dan semangat sehingga peneliti mampu menyusun skripsi ini sampai selesai.
7. Ayahanda dan ibunda tercinta (Rafael Linu dan Genoveva Bong) yang sudah sangat banyak mendoakan untuk keberhasilan peneliti dan memberikan

dukungan penuh baik moril maupun materi kepada peneliti selama ini dan memberikan semangat dalam berjalannya penelitian ini.

8. Teman-teman seperjuangan Program NERS 2018/2019 ITKES Wiyata Husada Samarinda.
9. Semua pihak yang telah membantu penyelesaian laporan skripsi ini.

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian skripsi ini, semoga Tuhan Yan Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu.

Samarinda, 25 Desember 2019



Stefanus Evan Rafael
NIM : P180748

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :Stefanus Evan Rafael, S.Kep

NIM : P180748

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada ITKES Wiyata Husada Samarinda atas skripsi saya yang berjudul :

“Efektitas Evidence Based Nursing Penerapan *Tepid Sponge Bath* Dalam Menurunkan Suhu Tubuh Anak Demam Diruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda”

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, ITKES Wiyata Husada berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (data base), merawat dan mempublikasikan skripsi saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 25 Desember 2019

Yang menyatakan

Stefanus Evan Rafael, Kep

NIM : P180748

**EFEKTITAS EVIDENCE BASED NURSING PENERAPAN TEPID
SPONGE BATH DALAM MENURUNKAN SUHU TUBUH ANAK DEMAM
DI RUANG MELATI RSUD ABDUL WAHAB SJHRAINE SAMARINDA**

Stefanus Evan Rafael¹, Aries Abiyoga²

Abstrak

Latar Belakang: *Tepid Sponge* adalah suatu metode kompres untuk menurunkan suhu dengan menggunakan air suhu hangat dengan cara membilas seluruh tubuh menggunakan washlap atau sponge. **Tujuan:** Memberikan gambaran dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah keperawatan hipertermi, penerapan *evidence based nursing tepid sponge* untuk menurunkan suhu tubuh. **Metode:** Sebuah studi kasus pada anak berusia 1 s.d 7 tahun yang mengalami peningkatan suhu tubuh, intervensi yang diberikan ialah melakukan kompres tepid sponge bath dengan air hangat dengan suhu 32°C, pengukuran post suhu tubuh dilakukan 15 menit setelah dikompres air hangat diukur menggunakan alat thermometer. **Hasil:** Pengkajian pre didapatkan pasien dengan suhu tubuh 39,5°C diagnosa yang diangkat masalah keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Kriteria hasil yang ingin dicapai suhu tubuh dalam batas normal dengan intervensi tepid sponge selama 15 menit, hasil evaluasi ada penurunan suhu tubuh dari 39,5°C menjadi 37,8°C dan kriteria hasil tercapai. **Kesimpulan:** Pemberian terapi tepid sponge efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami masalah keperawatan hipertermi. **Saran:** Terapi tepid sponge bath dapat menjadi salah satu intervensi mandiri untuk mengatasi hipertermi pada anak dan bisa menjadi salah satu kompetensi mandiri yang dimiliki perawat.

Kata kunci : Tepid Sponge Bath, Hipertermi, Peningkatan Suhu Tubuh, Konsep Anak.

¹ Mahasiswa Profesi Ners STIKES WHS

² Pembimbing Akademik Profesi Ners STIKES WHS

THE EFFECTIVENESS OF EVIDENCE BASED NURSING ON THE
APPLICATION OF TEPID SPONGE BATH IN REDUCING CHILDREN'S BODY
TEMPERATURE IN JASMINE ROOM ABDUL WAHAB SJHRAINE SAMARINDA

Stefanus Evan Rafael1, Aries Abiyoga 2

Abstract

Background: Tepid sponge bath is a therapeutic bath by washing all around of the body with warm water to decrease body temperature using washcloth or sponge.
Purpose: provide an overview in providing nursing care to children with hyperthermic nursing problems, the application of evidence-based warm sponge nursing to lower body temperature.
Method: Study in children 1 to 7 years old that have warm body temperature, by given warm sponge bath with warm water at 32 °C, body temperature measurements were taken 15 minutes after compressing warm air using a thermometer. **Results:** A preliminary assessment was obtained for patients with a body temperature of 39.5 °C diagnosed with hyperthermic nursing problems related to the disease process. Criteria for results that want to reach body temperature within normal limits with the intervention of a warm sponge for 15 minutes, results in an increase in body temperature from 39.5 °C to 37.8 °C and the criteria for results increase.
Conclusion: Giving sponge warm therapy is effective in lowering body temperature in children who improve nursing problems hyperthermia. **Suggestion:** Warm bath therapy can be one of the independent interventions to overcome hyperthermia in children and as the independent competencies for the nurses.

Keywords: Tepid Sponge Bath, Hypertherm, Increased Body Temperature, Children's Concept.

¹ Nursing Student STIKES Nursing WHS

² Professional Academic Supervisor of Nursing STIKES WHS

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBARAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK Bahasa Indonesia.....	vii
ABSTRAK Bahasa Inggris	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Anak.....	6
B. Tahap Pencapaian Tumbuh kembang	7
C. Penyakit Infeksi.....	21
D. Tepid Sponge.....	26
BAB III PROSES PRAKTIK NERS.....	29
BAB IV PEMBAHASAN	74
A. Pembahasan Kasus Kelolaan.....	74

B. Pembahasan Kasus Resume.....	46
C. Pembahasan EBN (Evidence Based Nursing).....	85
BAB V PENUTUP.....	88
A. Kesimpulan.....	88
B. Saran.....	89

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN



DAFTAR SKEMA

Skema 3.1 Alur Penelitian.....73



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Skala Humpty Dupty table.....	36
Tabel 3.2 Hasil laboratorium	39
Tabel 3.3 Analisa Data.....	41
Tabel 3.4 Diagnose dan Intervensi keperawatan.....	42
Tabel 3.5 Implementasi dan evakuasi keperawatan	45
Tabel 3.6 Evaluasi Soap.....	48



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 3 : Lembar Penjelasan Penelitian

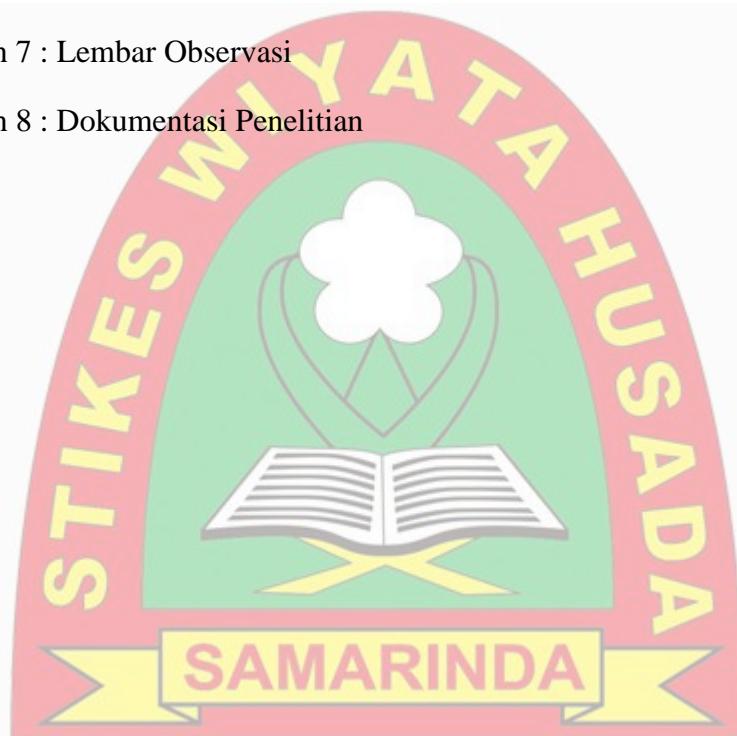
Lampiran 4 : Lembar Persetujuan *Informed Consent*

Lampiran 5 : SOP (Standar Oprasional Prosedur) *Tepid Sponge*

Lampiran 6 : Lembar Observasi

Lampiran 7 : Lembar Observasi

Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Anak merupakan individu yang berusia 0-18 tahun secara bertahap anak akan mengalami tumbuh kembang yang dimulai dari bayi sampai remaja (Hartini, 2015). negara berkembang mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhi seringnya anak sakit antara lain faktor gizi dan infeksi yang berpengaruh besar terhadap pertumbuhan anak (Fuadi, 2010).

Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, berdasarkan alasan tersebut maka masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan atau penataan pembangunan bangsa (Hidayati, 2009). Anak-anak merupakan suatu kelompok yang mudah sekali terserang penyakit karena mereka masih memiliki daya tahan tubuh yang rendah. Selama proses pertumbuhan dan perkembangan anak sering mengalami berbagai penyakit seperti flu, tuberkulosis, malaria, demam berdarah, diare dan penyakit infeksi lain yang biasanya mewabah pada musim peralihan sehingga akan mempengaruhi kondisi kesehatan anak (Damayanti, 2008).

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang paling banyak menyebabkan kematian. WHO (2017) memperkirakan kematian akibat TB lebih banyak daripada kematian akibat malaria dan AIDS. Tidak hanya menyerang orang dewasa, TB juga dapat menyerang anak-anak. Diperkirakan 10-15% kasus TB di Indonesia menyerang anak berusia 0-14 tahun.

Berbagai penyakit yang dialami anak disertai dengan hipertermi. Hipertermi adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya dan merupakan suatu gejala dari penyakit (Maryunani, 2010).

Peningkatan suhu tubuh pada umumnya tidak berbahaya, namun apabila suhu yang meningkat dibiarkan atau berlangsung lama dapat mempengaruhi perubahan metabolisme tubuh, mengganggu rasa nyaman, menjadi tanda penyakit infeksi yang lebih serius dan dapat membahayakan bagi penderitanya. Sehingga evaluasi tanda vital, status hidrasi dan perubahan perilaku adalah pengkajian klinis yang penting pada anak dengan peningkatan suhu tubuh (Barraf, 2008).

Penanganan terhadap demam dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis, tindakan non farmakologis maupun kombinasi keduanya. Tindakan farmakologis yaitu memberikan obat antipiretik. Tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam menurunkan panas setelah pemberian obat antipiretik.

Tindakan non farmakologis terhadap penurunan panas seperti memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres (Kania, 2007 dalam penelitian Wardiyah, 2016). Hal ini dibuktikan dalam penelitian Wardiyah (2016) yang menyatakan bahwa demam pada anak dibutuhkan perlakuan dan penanganan tersendiri yang berbeda bila dibandingkan dengan orang dewasa.

Kompres hangat adalah suatu prosedur menggunakan kain/handuk yang telah dicelupkan pada air hangat yang ditempel pada bagian tertentu. Tidak hanya kompres hangat, cara lain yang dapat digunakan untuk menurunkan suhu tubuh adalah dengan teknik tepid sponge.

Tepid Sponge adalah suatu metode kompres untuk menurunkan suhu dengan menggunakan air suhu hangat dengan cara membasil seluruh tubuh menggunakan washlap atau spon (Hockenberry, 2009).

Teknik tepid sponge merupakan kombinasi kompres hangat dan teknik blok dengan seka. teknik ini menggunakan kompres blok tidak hanya di satu tempat saja, melainkan dibeberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar.

Selain itu masih ada perlakuan tambahan yaitu dengan memberikan seka di beberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan pada klien dengan teknik ini semakin kompleks dan rumit dibandingkan dengan teknik yang lain. Namun, dengan kompres blok langsung di berbagai tempat ini

akan memfasilitasi penyampaian sinyal ke hipotalamus dengan lebih gencar. Selain itu, pemberian seka akan mempercepat pelebaran pembuluh darah perifer akan memfasilitasi perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan

sekitar yang akan semakin mempercepat penurunan suhu tubuh (Reiga, 2010).

Tindakan kompres sudah tidak asing di telinga kita, tidak hanya kompres hangat ada pula kompres dingin. Kompres dingin juga memiliki manfaat jika tepat penggunaannya. Kompres dingin sudah tidak dianjurkan pada pasien dengan peningkatan suhu tubuh karena dapat meningkatkan vasokonstriksi akibat bertabrakannya pengaruh dua suhu yang berbeda (Reiga, 2010). Kompres dingin memiliki manfaat lain yaitu dapat meredakan nyeri dengan membuat area menjadi mati rasa, memperlambat aliran impuls nyeri. Kompres dingin dapat digunakan dalam berbagai kondisi nyeri akut termasuk nyeri akibat pemasangan infus menurut (Berhman, Snyder, Koziar dan Erb dalam Trisakti, 2018).

Pemasangan infus dilakukan pada anak sesuai terapi kolaborasi dari tim medis. Infus cairan intravena (Intravenous fluids infusion) adalah pemberian sejumlah cairan kedalam tubuh melalui sebuah jarum kedalam sebuah pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh (Muslim, 2010). Setiap tindakan invasif yang dilakukan dapat menimbulkan reaksi nyeri bagi anak.

Studi pendahuluan yang dilakukan di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda sejak bulan November 2019 sampai dengan Desember 2019 rata-rata jumlah pasien per hari ialah 30 sampai dengan 40 pasien anak. Pasien yang dirawat di ruang Melati dengan berbagai macam penyakit, antara lain pasien kemoterapi, pasien bedah, pasien non infeksi dan pasien infeksi. Jumlah pasien anak yang mengalami demam selama bulan November berdasarkan survei terdapat 1 sampai dengan 8 orang anak. Wawancara yang dilakukan dengan salah seorang perawat pelaksana ruangan menyatakan tindakan invasif yang sering dilakukan yaitu pemasangan infus dan analgesic.

Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan di ruangan, memiliki andil untuk mengatasi masalah hipertermi pada pasiennya. Fenomena yang terjadi di ruang perawatan adalah jika anaknya yang demam, orang tua pasien langsung meminta anaknya diberi obat penurun panas dan biasanya

perawat setelah mengukur suhu tubuh pasien kemudian memberikan obat antipiretik jika ada pasiennya yang mengalami hipertermi serta menganjurkan kompres di bagian dahi, dada, selangkangan dan ketiak klien.

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis tertarik untuk menyusun karya tulis akhir ners tentang manajemen asuhan keperawatan pada anak dengan masalah keperawatan hipertermi, studi penerapan Evidence Based Nursing (EBN): tepid sponge disertai antipiretik terhadap penurunan suhu tubuh anak, di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Rumusan Masalah

Hipertermi dapat menyebabkan seseorang menjadi dehidrasi dan memerlukan tambahan cairan untuk mengatasi dehidrasinya. Salah satu cara untuk mengatasi hipertermi adalah dengan tepid sponge. Tepid sponge dalam menurunkan demam pada anak dan kompres dingin untuk mengurangi tingkat nyeri pada anak saat dilakukan pemasangan infus (Indriani, 2013). Berdasarkan fenomena tersebut diatas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah bagaimana cara mengaplikasikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah keperawatan hipertermi dan sejauh mana tepid sponge disertai antipiretik berpengaruh terhadap penurunan suhu, Berdasarkan fenomena tersebut diatas, maka pertanyaan dalam penelitian ini adalah bagaimana cara mengaplikasikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah keperawatan hipertermi dan sejauh mana tepid sponge disertai antipiretik berpengaruh terhadap penurunan suhu tubuh anak ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Memberikan gambaran dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan masalah keperawatan hipertermi, penerapan evidence based nursing tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuh.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis asuhan keperawatan pada anak dengan masalah hipertermi
- b. Menerapkan *Evidence Based Nursing (tepid sponge)* ke dalam praktik asuhan keperawatan pada anak dengan hipertermi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners diharapkan dapat menjadi salah satu tambahan dalam praktik keperawatan berdasarkan pada intervensi keperawatan dalam mengatasi hipertermi pada anak dengan teknik tepid sponge, sehingga ilmu keperawatan dalam mengatasi hipertermi pada anak dapat berkembang.

2. Manfaat Praktis

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners diharapkan dapat menjadi salah satu inovasi dalam intervensi keperawatan dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami hipertermi di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil penelitian ini dapat bermanfaat sebagai sumber informasi bagi pengembangan bagaimana cara manajemen hipertermi pada anak serta diharapkan dapat dijadikan bahan acuan untuk penelitian selanjutnya yang berkaitan dengan teknik manajemen hipertermi.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak

Anak merupakan individu yang sedang dalam proses tumbuh kembang dan mempunyai kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual yang berbeda dengan orang dewasa. Apabila kebutuhan tersebut terpenuhi, maka anak akan mampu beradaptasi dan kesehatannya terjaga. Bila anak sakit, maka pertumbuhan dan perkembangan fisik, psikologis, intelektual, sosial dan spiritualnya juga dapat terganggu (Supartini, 2009). Tumbuh kembang anak pada dasarnya merupakan dua peristiwa yang berlainan akan tetapi keduanya saling berkaitan. Pertumbuhan (growth) merupakan perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur berat dengan menggunakan (gram/kilogram), ukuran panjang (cm, meter). Perkembangan (development) merupakan bertambahnya kemampuan/keterampilan dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks sebagai hasil dari proses pematangan. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan kaitan yang tidak bisa dipisahkan (Ridha, 2014).

Dalam tahap tumbuh kembang anak dapat dikelompokkan kedalam dua kelompok besar yakni kelompok usia 0-6 minggu yang terbagi menjadi tahap pranatal yang terdiri dari masa embrio (mulai konsepsi sampai 8 minggu) dan masa fetus (9 minggu sampai lahir), tahap post natal yang terdiri dari masa neonatus (0-28 hari) dan masa bayi (29 hari sampai 1 tahun), tahap prasekolah (3-6 tahun) dan kelompok usia 6 tahun keatas yang terbagi dalam masa praremaja (6-10 tahun) dan masa remaja (10-18/20 tahun) (Hidayat, 2009).

B. Tahap Pencapaian Tumbuh Kembang Anak

1. Pertumbuhan dan perkembangan masa prenatal

Masa pranatal terdiri dari dua fase yaitu fase embrio dan fase fetus, pada fase embrio pertumbuhan dimulai 8 minggu pertama terjadi defensiasi yang cepat dari ovum menjadi suatu organisme dan terbentuklah manusia. Pada minggu kedua terjadi pembelahan sel dan terjadi pemisahan jaringan antara endoderm dan ektoderm, pada minggu ketiga terbentuk lapisan mesoderm. Pada masa ini sampai umur 7 minggu belum tampak gerakan menonjol, hanya denyut jantung janin mulai berdenyut sejak 4 minggu. Masa fetus minggu ke-12 sampai 40 terjadi peningkatan fungsi organ yaitu ukuran panjang dan berat badan terutama subkutan dan jaringan otot (Wong, 2009).

2. Pertumbuhan dan perkembangan post natal

a. Masa neonatus (0-28 hari)

Pertumbuhan dan perkembangan setelah lahir diawali dengan neonatus yakni masa kehidupan baru dalam ekstra uteri, dengan proses adaptasi semua organ tubuh, dimulai dari aktivitas pernapasan yang disertai pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 x/menit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160 x/menit, dengan ukuran jantung lebih besar apabila dibandingkan dengan rongga dada (Wong, 2009). Terjadi pergerakan bayi untuk memenuhi kebutuhan gizi seperti menangis, memutar-mutar kepala, menghisap dan menelan. Kemudian terjadi pengeluaran tinja dalam 24 jam yang terdapat mekonium, yang dilanjutkan proses defekasi, frekuensi antara 3-5 kali seminggu. Perubahan pada fungsi ginjal belum sempurna, urine masih mengandung sedikit protein dan minggu pertama dijumpai urine warna merah muda (Wong, 2009). Terjadi peningkatan kadar leukosit $\pm 25.000-30.000/\mu\text{l}$ dan setelah umur satu minggu akan terjadi penurunan hingga kurang dari $14.000/\mu\text{l}$. Keadaan hati masih imatur dalam memproduksi faktor pembekuan karena belum terbentuk flora usus. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial: Perkembangan motorik kasar diawali tanda gerakan seimbang pada tubuh, mulai

mengangkat kepala. Perkembangan motorik halus: mampu mengikuti garis tengah bila kita memberikan respon terhadap gerakan jari atau tangan. Perkembangan bahasa: mampu menangis dan bereaksi terhadap suara. Perkembangan adaptasi sosial: mampu tersenyum dan menatap muka untuk mengenali seseorang.

b. Masa bayi (28 hari-1 tahun) menurut Wong (2009) Pertumbuhan dan perkembangan pada tahap ini dikelompokkan menjadi tiga tahap.

1) Umur 1-4 bulan

Terjadi perubahan berat badan, bila gizi anak baik berat badan akan mencapai 700-1.000 gram/bulan, pertumbuhan tinggi badan agak stabil. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial sebagai berikut:

- a) Perkembangan motorik kasar: mampu mengangkat kepala saat tengkurap, mencoba duduk sebentar dengan ditopang, duduk dengan kepala tegak, jatuh terduduk di pangkuan ketika disokong pada posisi berdiri, kontrol kepala sempurna, mengangkat kepala sambil berbaring terlentang, berguling dari terlentang ke miring, posisi lengan dan tungkai kurang fleksi dan berusaha untuk merangkak.
- b) Perkembangan motorik halus: mampu memegang suatu objek, mengikuti objek dari sisi ke sisi, mencoba memegang benda ke mulut, memegang benda tetapi terlepas, memperhatikan tangan dan kaki, memegang benda dengan kedua tangan, menahan benda di tangan walaupun hanya sebentar.
- c) Perkembangan bahasa: mampu bersuara dan tersenyum, dapat berbunyi huruf hidup, berceloteh, mulai mampu mengucapkan kata “ooh/aah”, tertawa dan berteriak.
- d) Perkembangan adaptasi sosial: mengamati tangannya, tersenyum spontan dan membalas senyum bila di ajak senyum, mengenal ibunya dengan penglihatan, penciuman, pendengaran dan

kontak, waktu tidur dalam sehari lebih sedikit daripada waktu terjaga, membentuk siklus tidurbangun, menangis menjadi sesuatu yang berbeda, senang menatap orang yang dikenalnya, diam apabila ada orang asing.

2) Umur 4-8 bulan

Pertumbuhan berat badan dapat terjadi 2 kali berat badan pada waktu lahir dan rata-rata kenaikan 500-600 abila mendapatkan gizi yang baik. Sedangkan tinggi badan tidak mengalami kecepatan dan terjadi kestabilan berdasarkan pertumbuhan umur. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial:

- a) Perkembangan motorik kasar awal bulan ini terjadi perubahan dalam aktivitas seperti posisi telungkup pada alas dan sudah mulai mengangkat kepala dengan melakukan gerakan menekan kedua tangannya dan pada bulan keempat sudah mampu memalingkan ke kanan dan ke kiri dan sudah mulai terjadi kemampuan dalam duduk dengan kepala tegak, sudah mampu membalik badan, bangkit dengan kepala tegak, menumpu beban pada kaki dan dada terangkat dan menumpu pada lengan, berguling dari terlentang ke tengkurap dan dapat duduk dengan bantuan selama waktu singkat.
- b) Perkembangan motorik halus: sudah mulai mengamati benda, mulai menggunakan ibu jari dan jari telunjuk untuk memegang, mengeksplorasi benda yang sedang dipegang, mengambil objek dengan tangan tertangkup, mampu menahan kedua benda di kedua tangan secara simultan dan lain-lain.
- c) Perkembangan bahasa: menirukan bunyi/kata-kata, menoleh ke arah suara, tertawa, menjerit, menggunakan vokalisasi semakin banyak, membuat dua bunyi vokal yang bersamaan contoh “ba-ba”.

3) Umur 8-12 bulan

Pertumbuhan berat badan mencapai 3 kali berat badan lahir apabila mencapai usia 1 tahun dan pada penambahan berat badan per bulan sekitar 350-450 gram pada usia 7-9 bulan dan 250-350 gram /bulan pada usia 10-12 bulan apabila dalam pemenuhan gizi baik dan pertumbuhan tinggi sekitar 1,5 kali TB pada saat lahir. Perkembangan bayi pada tahun pertama yakni peningkatan beberapa organ fisik. Perkembangan motorik, bahasa dan adaptasi sosial.

Perkembangan motorik kasar: duduk tanpa pegangan, berdiri dengan pegangan, bangkit terus berdiri; Motorik halus: meraih benda kecil, bila diberi kubus mampu memindahkannya, membenturkannya dan mampu menaruh ke tempat semula; Bahasa: mengatakan “papa mama” yang belum spesifik, mengoceh hingga mengatakan spesifik, dapat mengucapkan 12 kata; Adaptasi sosial: bertepuk tangan, menyatakan keinginan, mulai minum dengan cangkir, menirukan kegiatan orang, main-main bola dengan orang. Masa antara usia 1 bulan-1 tahun disebut periode vital, artinya bahwa periode ini mempunyai makna mempertahankan kehidupannya untuk dapat melaksanakan perkembangan selanjutnya yaitu : Instink reflek, dan kemampuan belajar.

- a) Instink merupakan kemampuan yang telah ada sejak lahir, sifatnya psikofisis untuk dapat bereaksi terhadap lingkungan melalui rangsangan-rangsangan tertentu dengan cara khas, tanpa bekerja atau berpikir lebih dahulu. Contohnya: reaksi senyum bila ibu mengajak bayi berbicara walaupun belum mengerti kata-kata yang diucapkan, bayi bereaksi ketakutan bila ada orang yang mendekati dengan sikap marah.
- b) Reflek merupakan suatu gerakan yang terjadi secara otomatis atau spontan tanpa disadari, pada bayi normal. Macam-macam reflek pada usia bayi:
 - Tonic neck reflek: gerakan spontan otot kuduk pada bayi normal. Bila bayi ditengkurapkan maka secara spontan akan memiringkan kepalanya.

- Rooting reflek: Bila menyentuh daerah bibir maka akan segera membuka mulut dan memiringkan kepala kearah tersebut. Bila menyentuhkan dot atau putting susu ke ujung mulutnya, gerakan ini kemudian diikuti dengan gerakan menghisap.
- Grasp reflek: Bila jari kita menyentuh telapak tangan bayi, maka jari-jarinya akan langsung menggenggam dengan kuat.
- Moro reflek : sering disebut sebagai reflek emosional. Bila bayi diangkat seolah-olah menyambut dan mendekap orang yang mengangkatnya tersebut. Bila bayi dingkat secara kasar maka dia akan menangis dengan kuat.
- Starle reflek : reaksi emosional beberapa hentakan dan gerakan seperti mengejang pada lengan dan tangan dan sering diikuti dengan tangis yang menunjukkan rasa takut. Bisa disebabkan suara-suara yang keras dengan tiba-tiba, cahaya yang kuat atau perubahan suhu mendadak.
- Stapping reflek: Suatu reflek kaki spontan apabila bayi diangkat tegak dan kakinya satu persatu disentuhkan pada suatu dasar maka bayi akan melakukan gerakan melangkah, bersifat reflek seolah belajar berjalan.
- Doll's eyes reflek: Bila kepala bayi dimiringkan maka mata juga akan bergerak miring mengikuti, seperti mata boneka.

4) Masa anak 1-2 tahun

Pertumbuhan dan perkembangan tahun kedua pada anak akan mengalami beberapa perlambatan dalam pertumbuhan fisik kemudian pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan yakni lingkaran kepala hanya 2 cm, pertumbuhan gigi terdapat tambahan 8 buah gigi palsu termasuk gigi geraham pertama, dan gigi taring sehingga berjumlah 14-16 buah.

- a) Perkembangan motorik kasar: mampu melangkah dan berjalan dengan tegak, 18 bulan anak mampu menaiki tangga dengan cara 1 tangan dipegang dan pada akhir tahun kedua mampu berlari-lari kecil, menendang bola dan mencoba melompat.

- b) Perkembangan motorik halus: mencoba menyusun menara pada kubus.
- c) Perkembangan bahasa: mampu memiliki 10 perbendaharaan kata, meniru dan mengenal serta responsif terhadap orang lain, menunjukkan 2 gambar, mengombinasikan kata-kata, menunjukkan lambaian anggota badan.

5) Masa Prasekolah (3-6 tahun) menurut Wong (2009)

Pada masa ini, pertumbuhan fisik khususnya berat badan mengalami kenaikan rata-rata pertahun 2 kg, kelihatan kurus tetapi aktivitas motorik tinggi seperti berjalan dan melompat. Masa prasekolah anak mengalami perubahan dalam pola makan, masa inilah anak mulai menunjukkan perkembangan kognitif, sedangkan perkembangan psikososial anak menunjukkan rasa inisiatif, konsep diri yang positif serta mampu mengidentifikasi diri.

- a) Motorik kasar: berdiri dengan satu kaki selama 1-5 detik, melompat dengan 1 kaki, berjalan dengan tumit ke jari kaki, membuat posisi merangkak dan berjalan dengan bantuan.
- b) Perkembangan motorik halus: menggoyangkan jari kaki, menggambar 2/3 bagian, memilih garis yang lebih panjang, melambaikan tangan.
- c) Perkembangan bahasa : mampu menyebutkan hingga 4 gambar, menyebutkan 1 hingga 2 warna, menggunakan bunyi untuk mengidentifikasi objek, memahami arti larangan, berespon terhadap panggilan keluarga.

6) Masa Sekolah (6-12 tahun) menurut Wong (2009)

Pada umur 10-12 tahun penambahan berat badan pertahun 2,5 kg dan ukuran panjang badan sampai 5 cm per tahun. Aktivitas fisik semakin tinggi dan memperkuat kemampuan motorik. Pertumbuhan jaringan limfatik semakin besar bahkan melebihi jumlahnya orang dewasa.

Anak mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, dalam menghadapi kegagalan anak sering marah, gelisah. Pada masa ini anak banyak mengembangkan kemampuan interaksi sosial, belajar nilai dan moral dari lingkungan keluarga, perkembangan spiritual, ketrampilan membaca, menulis dan berhitung serta belajar menghargai di sekolah.

7) Masa Remaja menurut Wong (2009)

Masa remaja terjadi kematangan dalam identitas seksual dengan berkembangnya organ reproduksi, masa krisis identitas dimana anak memasuki perkembangan dewasa yang akan meninggalkan masa kanak-kanak dalam pencapaian tugas berkembangnya, membutuhkan fasilitas dari orang tua. Hal yang sangat penting pada masa ini adalah masa pubertas masa menuju proses dewasa dan anak ingin mencoba bahwa dirinya sudah mampu sendiri, masalah yang dijumpai yakni perubahan bentuk tubuh.

B. Hipotermi

Hipertermi dapat didefinisikan dengan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat pengatur suhu di hipotalamus, yang dipengaruhi oleh IL-1. Pusat pengaturan suhu mempertahankan suhu dalam keadaan seimbang baik pada saat sehat ataupun demam dengan mengatur keseimbangan diantara produksi dan pelepasan panas tubuh. Bila terjadi suatu keadaan peningkatan suhu tubuh yang tidak teratur, karena disebabkan oleh ketidakseimbangan antara produksi dan pembatasan panas, disebut hipertermia. Pada keadaan hipertermia, interleukin-1 tidak terlibat, akibatnya

pusat pengaturan suhu di hipotalamus berada dalam keadaan normal. (Sodikin, 2012).

Etiologi hipertermi dapat disebabkan oleh faktor infeksi ataupun faktor non infeksi. Hipertermi akibat infeksi bisa disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, jamur, ataupun parasit. Infeksi bakteri yang pada umumnya menimbulkan hipertermi pada anak-anak antara lain pneumonia, bronkitis, osteomyelitis, appendisitis, tuberkulosis, bakteremia, sepsis, bakterial gastroenteritis, meningitis, ensefalitis, selulitis, otitis media, infeksi saluran kemih, dan lain-lain (Graneto, 2010).

Hipertermi dapat disebabkan oleh virus dan mikroba. Mikroba sertaproduknya berasal dari luar tubuh adalah bersifat pirogen eksogen yang merangsang sel makrofag, leukosit dan sel lain untuk membentuk pirogen endogen. Pirogen seperti bakteri dan virus menyebabkan peningkatan suhu tubuh (Widagdo, 2012).

Infeksi virus yang pada umumnya menimbulkan hipertermi antara lain viral pneumonia, influenza, hipertermi berdarah dengue, hipertermi chikungunya, dan virus-virus umum seperti H1N1 (Davis, 2011). Infeksi jamur yang pada umumnya menimbulkan hipertermi antara lain coccidioides immitis, criptococcosis, dan lain-lain (Davis, 2011). Infeksi parasit yang pada umumnya menimbulkan hipertermi antara lain malaria, toksoplasmosis, dan helmintiasis (Jenson & Baltimore, 2007).

Hipertermi akibat faktor non infeksi dapat disebabkan oleh beberapa hal antara lain faktor lingkungan (suhu lingkungan yang eksternal yang terlalu tinggi, keadaan tumbuh gigi, dll), penyakit autoimun (arthritis, systemic lupus erythematosus, vaskulitis, dll), keganasan (Penyakit Hodgkin, Limfoma nonhodgkin, leukemia, dll), dan pemakaian obat-obatan (antibiotik, difenilhidantoin, dan antihistamin) (Kaneshiro & Zieve, 2010). Selain itu anak-anak juga dapat mengalami hipertermi sebagai akibat efek samping dari pemberian imunisasi selama $\pm 1-10$ hari (Graneto, 2010). Hal lain yang juga berperan sebagai faktor non infeksi penyebab hipertermi adalah gangguan sistem saraf pusat seperti perdarahan otak, status

epileptikus, koma, cedera hipotalamus, atau gangguan lainnya (Nelwan, 2009).

Risiko hipertermi antara anak dengan terjadinya hipertermi akut terhadap suatu penyakit serius bervariasi tergantung usia anak. Pada umur tiga bulan pertama, bayi memiliki risiko yang lebih tinggi untuk terkena infeksi bakteri yang serius dibandingkan dengan bayi dengan usia lebih tua. Hipertermi yang terjadi pada anak pada umumnya adalah hipertermi yang disebabkan oleh infeksi virus. Akan tetapi infeksi bakteri yang serius dapat juga terjadi pada anak dan menimbulkan gejala hipertermi seperti bakteremia, infeksi saluran kemih, pneumonia, meningitis, dan osteomyelitis (Jenson & Baltimore, 2007).

Pada anak dengan usia di antara dua bulan sampai dengan tiga tahun, terdapat peningkatan risiko terkena penyakit serius akibat kurangnya IgG yang merupakan bahan bagi tubuh untuk membentuk sistem komplemen yang berfungsi mengatasi infeksi. Pada anak dibawah usia tiga tahun pada umumnya terkena infeksi virus yang berakhir sendiri tetapi bisa juga terjadi bakteremia yang tersembunyi (bakteremia tanpa tanda fokus).

Hipertermi yang terjadi pada anak dibawah tiga tahun pada umumnya merupakan hipertermi yang disebabkan oleh infeksi seperti influenza, otitis media, pneumonia, dan infeksi saluran kemih. Bakteremia yang tersembunyi biasanya bersifat sementara dan dapat sembuh sendiri akan tetapi juga dapat menjadi pneumonia, meningitis, arthritis dan perikarditis (Jenson & Baltimore, 2007).

Demam sebenarnya terjadi akibat peningkatan set point di hipotalamus. Adanya infeksi bakteri dan virus menimbulkan demam karena endotoksin bakteri dan virus merangsang polimorfonuklear (PMN) untuk membuat pirogen endogen yaitu interleukin satu (IL-1), interleukin enam (IL-6), tumor necrotizing factor (TNF) dan interferon (INF). Pirogen endogen bekerja di hipotalamus dengan bantuan enzim siklooksigenase membentuk prostaglandin.

Prostaglandin inilah yang meningkatkan set point hipotalamus (Sherwood, 2012).

Adanya peningkatan set point di hipotalamus menyebabkan tubuh memberikan sinyal untuk memproduksi dan menghemat panas. Selama periode ini orang akan merasa kedinginan dan menggigil meskipun suhu tubuh meningkat. Episode terjadi sampai suhu tubuh mencapai set point. Selanjutnya orang akan merasa hangat dan berhenti menggigil. Apabila set point baru melampaui batas atau pirogen telah dihilangkan, maka akan terjadi penurunan set point dan pengeluaran panas sampai pasien menjadi febris (Potter & Perry, 2009).

Tipe hipertermi Adapun tipe-tipe hipertermi yang sering dijumpai antara lain: Hipertermi septik yaitu suhu badan berangsur naik ke tingkat yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat di atas normal pada pagi hari. Hipertermi hektik adalah suhu badan berangsur naik ke tingkat yang tinggi sekali pada malam hari dan turun kembali ke tingkat yang normal pada pagi hari. Hipertermi remiten ialah suhu badan dapat turun setiap hari tetapi tidak pernah mencapai suhu normal Hipertermi intermiten adalah suhu badan turun ke tingkat yang normal selama beberapa jam dalam satu hari. Hipertermi kontinyu ialah terdapat variasi suhu sepanjang hari yang tidak berbeda lebih dari satu derajat. Hipertermi siklik Pada hipertermi ini, kenaikan suhu badan selama beberapa hari yang diikuti oleh periode bebas hipertermi untuk beberapa hari yang kemudian diikuti oleh kenaikan suhu seperti semula. (Nelwan, 2009).

Patofisiologi hipertermi terjadi karena adanya suatu zat yang dikenal dengan nama pirogen. Pirogen adalah zat yang dapat menyebabkan hipertermi. Pirogen terbagi dua yaitu pirogen eksogen adalah pirogen yang berasal dari luar tubuh pasien. Contoh dari pirogen eksogen adalah produk mikroorganisme seperti toksin atau mikroorganisme seutuhnya. Salah satu pirogen eksogen klasik adalah endotoksin lipopolisakarida yang dihasilkan oleh bakteri gram negatif. Jenis lain dari pirogen adalah pirogen endogen yang merupakan pirogen yang berasal dari dalam tubuh pasien. Contoh dari pirogen endogen antara lain IL-1, IL-6, TNF- α , dan IFN. Sumber dari

pirogen endogen ini pada umumnya adalah monosit, neutrofil, dan limfosit walaupun sel lain juga dapat mengeluarkan pirogen endogen jika terstimulasi.

Proses terjadinya hipertermi dimulai dari stimulasi sel-sel darah putih (monosit, limfosit, dan neutrofil) oleh pirogen eksogen baik berupa toksin, mediator inflamasi, atau reaksi imun. Sel-sel darah putih tersebut akan mengeluarkan zat kimia yang dikenal dengan pirogen endogen (IL-1, IL-6, TNF- α , dan IFN). Pirogen eksogen dan pirogen endogen akan merangsang endotelium hipotalamus untuk membentuk prostaglandin. Prostaglandin yang terbentuk kemudian akan meningkatkan patokan termostat di pusat termoregulasi hipotalamus. Hipotalamus akan menganggap suhu sekarang lebih rendah dari suhu patokan yang baru sehingga ini memicu mekanisme - mekanisme untuk meningkatkan panas antara lain menggigil, vasokonstriksi kulit dan mekanisme volunter seperti memakai selimut. Sehingga akan terjadi peningkatan produksi panas dan penurunan pengurangan panas yang pada akhirnya akan menyebabkan suhu tubuh naik ke patokan yang baru tersebut (Sherwood, 2012).

Hipertermi memiliki tiga fase yaitu: fase kedinginan, fase hipertermi, dan fase kemerahan. Fase pertama yaitu fase kedinginan merupakan fase peningkatan suhu tubuh yang ditandai dengan vasokonstriksi pembuluh darah dan peningkatan aktivitas otot yang berusaha untuk memproduksi panas sehingga tubuh akan merasa kedinginan dan menggigil. Fase kedua yaitu fase hipertermi merupakan fase keseimbangan antara produksi panas dan kehilangan panas di titik patokan suhu yang sudah meningkat. Fase ketiga yaitu fase kemerahan merupakan fase penurunan suhu yang ditandai dengan vasodilatasi pembuluh darah dan berkeringat yang berusaha untuk menghilangkan panas sehingga tubuh akan berwarna kemerahan (Sherwood, 2012).

Penatalaksanaan hipertermi merupakan mekanisme pertahanan diri atau reaksi fisiologis terhadap perubahan titik patokan di hipotalamus.

Penatalaksanaan hipertermi bertujuan untuk merendahkan suhu tubuh yang terlalu tinggi bukan untuk menghilangkan hipertermi. Penatalaksanaan hipertermi dapat dibagi menjadi dua garis besar yaitu: nonfarmakologi dan farmakologi. Akan tetapi, diperlukan penanganan hipertermi secara langsung oleh dokter apabila penderita dengan umur 38°C , penderita dengan umur 3-12 bulan dengan suhu $>39^{\circ}\text{C}$, penderita dengan suhu $>40,5^{\circ}\text{C}$, dan hipertermi dengan suhu yang tidak turun dalam 48-72 jam (Kaneshiro & Zieve, 2010).

Terapi non-farmakologi Adapun yang termasuk dalam terapi non-farmakologi dari penatalaksanaan hipertermi: Pemberian cairan dalam jumlah banyak untuk mencegah dehidrasi dan beristirahat yang cukup. Tidak memberikan penderita pakaian panas yang berlebihan pada saat menggigil. Kita lepaskan pakaian dan selimut yang terlalu berlebihan. Memakai satu lapis pakaian dan satu lapis selimut sudah dapat memberikan rasa nyaman kepada penderita. Memberikan kompres hangat pada penderita. Pemberian kompres hangat efektif terutama setelah pemberian obat. Jangan berikan kompres dingin karena akan menyebabkan keadaan menggigil dan meningkatkan kembali suhu inti (Kaneshiro & Zieve, 2010).

Terapi farmakologi yang dipakai dalam mengatasi hipertermi (antipiretik) adalah parasetamol (asetaminofen) dan ibuprofen. Parasetamol cepat bereaksi dalam menurunkan panas sedangkan ibuprofen memiliki efek kerja yang lama (Graneto, 2010). Pada anak-anak, dianjurkan untuk pemberian parasetamol sebagai antipiretik. Penggunaan OAINS tidak dianjurkan dikarenakan oleh fungsi antikoagulan dan resiko sindrom Reye pada anak-anak (Kaushik, Pineda, & Kest, 2010).

Selain pemberian antipiretik juga perlu diperhatikan mengenai pemberian obat untuk mengatasi penyebab terjadinya hipertermi. Antibiotik dapat diberikan untuk mengatasi infeksi bakteri. Pemberian antibiotik hendaknya sesuai dengan tes sensitivitas kultur bakteri apabila memungkinkan (Graneto, 2010).

Parasetamol (asetaminofen) merupakan metabolit aktif dari fenasetin dengan efek antipiretik dan analgesik lemah (Wilmana & Gan, 2007). Nama lain parasetamol antara lain: Acetaminofen, APAP, Paracetamolo, Paracetanol (University of Alberta, 2009). Farmakokinetik Parasetamol diberikan secara oral dan diabsorpsi cepat dan sempurna melalui saluran cerna. Konsentrasi tertinggi di dalam plasma dicapai dalam 30-60 menit. Masa paruh plasma antara 1-3 jam. Obat ini tersebar ke seluruh tubuh dan berikatan dengan protein plasma secara lemah (Wilmana & Gan, 2007). Ikatan dengan protein plasma sebesar 25% (University of Alberta, 2009). Parasetamol akan dimetabolisme di dalam hati oleh enzim mikrosom hati dan diubah menjadi asetaminofen sulfat dan glukuronida. Asetaminofen akan dioksidasi oleh CYP2E1 membentuk metabolit yaitu N-acetyl-p-benzoquinone yang akan berkonjugasi dengan glutathion yang kemudian dieksresikan melalui ginjal (University of Alberta, 2009). N-acetyl-p-benzoquinone merupakan metabolit minor tetapi sangat aktif. Akan tetapi N-acetyl-p-benzoquinone merupakan metabolit yang dapat merusak hati dan ginjal jika terkumpul dalam jumlah besar (Frust & Ulrich, 2007). Parasetamol dieksresikan melalui ginjal, sebagian sebagai parasetamol (3%) dan sebagian besar dalam bentuk terkonjugasi (Wilmana & Gan, 2007).

Indikasi Parasetamol digunakan sebagai: antipiretik/menurunkan panas, misal setelah imunisasi atau influenza. Analgesik/mengurangi rasa sakit, misal sakit kepala, sakit gigi, dan nyeri (ISFI, 2008). Kontraindikasi parasetamol kontraindikasi untuk diberikan kepada: penderita dengan gangguan fungsi hati yang berat. Penderita yang hipersensitif terhadap parasetamol (ISFI, 2008). Efek samping pemberian parasetamol yang berlebihan akan menyebabkan hepatotoksik dan nefropati analgesik (Wilmana & Gan, 2007).

Dosis 10-15 mg/kgBB direkomendasikan setiap 4 jam. Melalui pemberian dosis terapeutik parasetamol akan menurunkan demam setelah 30 menit, pencapaian maksimum dicapai sekitar 3 jam, dan demam akan timbul kembali 3-4 jam setelah pemberian. Perlu juga diperhatikan jenis makanan yang dikonsumsi, sebab makanan yang mengandung kadar karbohidrat yang

tinggi akan mengurangi absorpsi sehingga menghalangi penurunan demam (Sodikin, 2012).

Parasetamol tersedia sebagai obat tunggal, berbentuk tablet 500 mg atau sirup yang mengandung 120 mg / 5 ml. Parasetamol terdapat sebagai sediaan kombinasi tetap, dalam bentuk tablet dan juga cairan. Dosis anak 1- 6 tahun 60-120 mg/kali dan bayi di bawah 1 tahun 60 mg/dl, keduanya diberikan maksimum 6 kali sehari (Sodikin, 2012).

Dosis tinggi dari parasetamol akan menyebabkan saturasi dari glutathione sehingga terjadi penimbunan N-acetyl-p-benzoquinone. N-acetyl-p-benzoquinone akan berinteraksi dengan sitoskeleton sel hati yang kemudian akan membuat sel menjadi meledak dan akhirnya sel hati tersebut akan mati). Kematian sel dalam jumlah besar ini akan menyebabkan nekrosis hati. Pemberian parasetamol maksimal dalam satu hari adalah 4 g (University of Alberta, 2009). Pemberian parasetamol sebanyak 15 g dapat menyebabkan hepatotoksik yang parah dengan nekrosis sentrilobular, dan terkadang bersamaan dengan nekrosis tubular ginjal akut (Frustr & Ulrich, 2007). Gejala awal keracunan parasetamol adalah anoreksia, mual, dan muntah. Untuk mengatasi keracunan parasetamol dapat diberikan N-asetilsistein (prekursor glutathione) (Wilmana & Gan, 2007).

Penatalaksanaan Non Farmakologis pada demam antara lain: Istirahat dan tidur yang cukup. Saat metabolisme tubuh naik, produksi panas pun akan meningkat. Istirahat dan tidur yang cukup untuk metabolisme tubuh. (Sodikin, 2012); Asupan cairan yang cukup. Dehidrasi sangat mungkin terjadi pada saat demam, karena untuk mengurangi panas, tubuh harus banyak melakukan penguapan. Asupan cairan yang cukup bertujuan menghindari terjadinya dehidrasi dan meningkatkan kadar elektrolit akibat kurangnya cairan. (Sodikin, 2012); Tepid Sponge merupakan salah satu upaya untuk menurunkan suhu tubuh (hypertermia) dengan memberikan kompres di bagian tubuh yang mempunyai darah yang besar, terutama dibawah aksila dan selakangan paha. Prosedur ini termasuk dalam tindakan memandikan dengan

tujuan terapeutik. Prosedur ini menggunakan efek evaporasi dalam menurunkan suhu tubuh (Rosyidi, 2013).

Hipertermi sering terjadi pada anak-anak dan ditandai dengan suhu tubuh anak diatas 38,00C. Bagian kening, ketiak dan seluruh tubuh anak terasa panas ketika disentuh. Kadang kala demam disertai dengan tubuh anak yang menggigil karena infeksi. Anak menjadi rewel, sulit makan, dan

sulit tidur. Penyakit anak banyak sekali jenisnya, salah satunya adalah penyakit infeksi pada anak. Penyakit ini bisa menyebabkan gangguan serius pada pertumbuhan dan perkembangan fisik dan juga mental anak. Bila tidak ditangani dengan benar bisa mengakibatkan kematian.

C. Penyakit Infeksi

Penyakit infeksi adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroba patogen, dan bersifat sangat dinamis. Secara umum proses terjadinya penyakit melibatkan tiga faktor yang saling berinteraksi yaitu: faktor penyebab penyakit (agen), faktor manusia atau pejamu (host) dan faktor lingkungan. Anak-anak merupakan suatu kelompok yang mudah sekali terserang penyakit karena mereka masih memiliki daya tahan tubuh yang rendah. Selama proses pertumbuhan dan perkembangan anak sering mengalami berbagai penyakit seperti flu, tuberkulosis, malaria, demam berdarah, diare dan penyakit infeksi lain yang biasanya mewabah pada musim peralihan sehingga akan mempengaruhi kondisi kesehatan anak (Damayanti, 2008).

1. Tuberkulosis

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan dan luka terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut. (Sylvia A.Price dalam Amin & Hardhi, 2015).

Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis*. *Mycobacterium tuberculosis* ditularkan melalui percikan dahak (droplet) dari penderita tuberkulosis kepada individu yang rentan. Sebagian besar kuman *Mycobacterium tuberculosis* menyerang paru, namun dapat juga menyerang organ lain seperti pleura, selaput otak, kulit, kelenjar limfe, tulang, sendi, usus, sistem urogenital dan lain-lain. (Kemenkes RI, 2015).

Penyebab tuberkulosis adalah *Mycobacterium Tuberculosis*. Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet. Ada dua macam *Mycobacteria Tuberculosis* (droplet) dan di udara yang berasal dari penderita TBC dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirupnya. (Wim de Jong dalam Amin & Hardhi, 2015).

Setelah organisme terinhalasi, dan masuk paru-paru bakteri dapat bertahan hidup dan menyebar ke nodus limfatikus lokal. Penyebaran melalui aliran darah ini dapat menyebabkan TB pada orang lain, dimana infeksi laten dapat bertahan sampai bertahun-tahun. (Patrick Davey dalam Amin & Hardhi, 2015).

Manifestasi klinis atau gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi dua golongan yaitu gejala respiratorik dan gejala sistemik menurut Andra dan Yessie (2013), yaitu: Gejala respiratorik, meliputi:gejala batuk timbul lebih dini dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Mula-mula bersifat non produktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah ada kerusakan jaringan; Batuk darah, darah yang dikeluarkan dalam

dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk dahak terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Sesak napas, gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia dan lain-lain; Nyeri dada, Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul bila sistem persarafan di pleura terkena. Gejala sistemik, meliputi: demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya sedang masa bebas serangan makin pendek; Gejala sistem lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise; Timbulnya keluhan biasanya gradual dalam beberapa minggu-bulan, akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, sesak napas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia. Komplikasi dari penyakit TB paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi, yang dibagi atas komplikasi dini dan komplikasi lanjut. Komplikasi dini: Pleuritis; Efusi pleura; Empiema; Laringitis; Menjalar ke organ lain seperti usus. Komplikasi lanjut: Obstruksi jalan napas: SOPT (Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis); Kerusakan parenkim berat: SOPT, fibrosis paru, korpulmonal; Amiloidosis (Nixson Manurung, 2016).

2. ISPA

ISPA adalah radang akut saluran pernafasan atas maupun bawah yang disebabkan infeksi jasad renik atau bakteri, virus maupun rikitsia tanpa atau disertai radang parenkim paru. (Hidayat, 2009). Etiologi ISPA adalah lebih dari 200 jenis bakteri, virus dan jamur. Bakteri penyebabnya antara lain genus streptococcus, stafilococcus, hemofilus, bordetella, hokinebacterium. Virus penyebabnya antara lain golongan mikrovirus, adenovirus. Biasanya bakteri dan virus tersebut menyerang anak-anak di bawah usia 2 tahun yang kecepatan tubuhnya lemah atau belum sempurna.

Peralihan musim kemarau ke musim hujan juga menimbulkan resiko serangan ISPA. Beberapa faktor lain yang diperkirakan berkontribusi terhadap kejadian ISPA pada anak adalah rendahnya asupan antioksidan, status gizi kurang dan buruknya sanitasi lingkungan. Sebagian besar anak dengan infeksi saluran pernafasan bagian atas memberikan gejala yang sangat penting yaitu batuk. Infeksi saluran nafas bagian bawah memberikan beberapa tanda lainnya seperti nafas yang cepat dan retratesi dada. Selain batuk gejala ISPA pada anak juga dapat dikenali yaitu flu, demam dan suhu tubuh anak meningkat lebih dari $38,5^{\circ}\text{C}$ dan disertai sesak nafas (Hidayat, 2009).

3. Diare

Diare merupakan keadaan ketika individu mengalami atau berisiko mengalami defekasi berupa feses cair atau feses tidak berbentuk dalam frekuensi yang sering (Lynda Juall, 2012). Diare akut dapat disebabkan karena adanya bakteri, nonbakteri maupun adanya infeksi. Bakteri penyebab, diare akut antara lain organisme *Escherichia coli* dan *Salmonella* serta *Shigella*. Diare akibat toksin *Clostridium difficile* dapat diberikan terapi antibiotik. Rotavirus merupakan penyebab diare nonbakteri (gastroenteritis) yang paling sering. Penyebab lain diare akut adalah infeksi lain (misal, infeksi traktus urinarius dan pernapasan atas), pemberian makan yang berlebihan, antibiotik, toksin yang teringesti, irritable bowel syndrome, enterokolitis dan intoleransi terhadap laktosa.

Diare kronis biasanya dikaitkan dengan satu atau lebih penyebab berikut ini: sindrom malabsorpsi, defek anatomis, reaksi alergik, intoleransi laktosa, respons inflamasi, imunodefisiensi, gangguan motilitas, gangguan endokrin, parasit (Lynda Juall, 2012).

Manifestasi klinis dari diare akut akan hilang dalam waktu 72 jam dari onset. Onset yang tak terduga dari buang air besar encer, gas-gas dalam perut, rasa tidak enak, nyeri perut. Nyeri pada kuadran kanan bawah disertai kram dan bunyi pada perut serta demam. Sedangkan pada diare kronik serangan lebih sering selama 2-3 periode yang lebih panjang. Penurunan

BB dan nafsu makan. Demam indikasi terjadi infeksi. Dehidrasi tandatandanya hipotensi takikardi, denyut lemah (Lynda Juall, 2012).

4. Demam Thypoid

Demam thypoid merupakan suatu penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh *Salmonella thypi* yang masih dijumpai secara luas di berbagai negara berkembang yang terutama terletak di daerah tropis dan subtropis. Penyakit ini juga merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting karena penyebarannya berkaitan erat dengan urbanisasi, kepadatan penduduk, kesehatan lingkungan, sumber air dan sanitasi yang buruk serta standar higiene industri pengolahan makanan yang masih rendah (Simanjuntak, C.H, 2009).

Tanda dan gejala dari demam thypoid menurut (Nanda NIC-NOC. 2013): Gejala pada anak adalah Inkubasi antara 5-40 hari dengan rata-rata 10-14 hari. Demam meninggi sampai akhir minggu pertama. Demam turun pada minggu ke empat, kecuali demam tidak tertangani akan menyebabkan shock, Stupor dan koma. Ruam muncul pada hari ke 7-10 dan bertahan selama 2-3 hari. Nyeri kepala, nyeri perut, kembung, mual muntah, diare, konstipasi, pusing, nyeri otot, batuk, epistaksis, bradikardi. Lidah yang berselaput (kotor ditengah, tepi dan ujung merah serta tremor); Hepatomegali Splenomegali; Meteorismus; Gangguan mental berupa somnolen; Delirium atau psikosis. Dapat timbul dengan gejala yang tidak tipikal terutama pada bayi muda sebagai penyakit demam akut dengan disertai syok dan hipotermia.

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakan diagnosis thypoid adalah pemeriksaan darah tepi dan didapatkan leukopeni, limfositosis relatif, trombositopenia (pada demam thypoid berat), serta pemeriksaan serologi (WHO, 2009).

D. Tepid Sponge

Tepid Sponge merupakan salah satu teknik kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh febris. Hingga akhir-akhir ini teknik ini terus diteliti dan meluas ke Negara lain seperti Brazil dan Singapura. Alves et all (2008) mempublikasikan hasil penelitiannya yang menunjukkan percepatan penurunan suhu klien febris yang mendapatkan terapi antipiretik dan tepid sponge dibandingkan dengan klien yang hanya mendapatkan terapi antipiretik saja.

Tepid Song merupakan satu upaya untuk menurunkan suhu (Hipertermia) dengan memberikan kompres dibagian tubuh yang mempunyai pembuluh darah yang besar, terutama di bawah aksila dan selakangan paha. Prosedur ini termasuk dalam tindakan memandikan dengan tujuan terapeutik. Prosedur ini menggunakan efek evaporasi dalam menurunkan suhu tubuh. (Rosyidi, 2013).

Teknik tepid sponge merupakan kombinasi kompres hangat dan teknik blok dengan seka. teknik ini menggunakan kompres blok tidak hanya di satu tempat saja, melainkan dibeberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar. Selain itu masih ada perlakuan tambahan yaitu dengan memberikan seka di beberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan pada klien dengan teknik ini semakin kompleks dan rumit dibandingkan dengan teknik yang lain. Namun, dengan kompres blok langsung di berbagai tempat ini akan memfasilitasi penyampaian sinyal ke hipotalamus dengan lebih gencar.

Selain itu, pemberian seka akan mempercepat pelebaran pembuluh darah perifer akan memfasilitasi perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan sekitar yang akan semakin mempercepat penurunan suhu tubuh (Reiga, 2010).

Tepid Sponge adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan. Kompres hangat diberikan satu jam atau lebih. (Wahyudi, 2016).

Tindakan ini selain untuk melancarkan sirkulasi darah juga untuk menghilangkan rasa sakit, merangsang peristaltik usus, pengeluaran getah radang menjadi lancar, serta memberikan ketenangan dan kesenangan pada klien. Pemberian kompres dilakukan pada radang persendian, kejang otot, perut kembung, dan kedinginan. (Tim ASASKI, 2017).

Jenis-jenis kompres hangat menurut Wahyudi (2016) jenis-jenis kompres hangat terdiri dari 2 yaitu: Kompres Hangat Kering: dapat digunakan secara lokal, untuk konduksi panas, dengan menggunakan botol air panas, bantalan pemanas elektrik, bantalan akuatermia atau kemasan pemanas disposable; Kompres Hangat Basah: dapat diberikan melalui konduksi, dengan cara kompres kasa. Kemasan pemanas, berendam atau mandi.

Indikasi dilakukan tepid sponge menurut Tim ASASKI (2017) adalah Klien yang kedinginan (suhu tubuh yang rendah), klien dengan perut kembung, klien yang punya penyakit peradangan, seperti radang persendian, spasme otot, adanya abses, hematoma.

Kontra indikasi menurut Wahyudi (2016) adapun kontra indikasi tepid sponge yaitu: Pada 24 jam pertama setelah cedera traumatik. Panas akan meningkatkan perdarahan dan pembengkakan. Perdarahan aktif, panas akan menyebabkan vasodilatasi dan meningkatkan perdarahan. Edema noninflamasi, panas meningkatkan permeabilitas kapiler dan edema. Tumor ganas terlokalisasi. Karena panas mempercepat metabolisme sel, pertumbuhan sel dan meningkatkan sirkulasi, panas dapat mempercepat metastase (tumor sekunder). Gangguan kulit yang menyebabkan kemerahan atau lepuh. Panas dapat membakar atau menyebabkan kerusakan kulit lebih jauh. Menurut Tim ASASKI (2017) kontra indikasi kompres hangat adalah tidak dilakukan pada pasien dengan luka terbuka di kulit.

Langkah-langkah pemberian tepid sponge menurut Sodikin (2012) sebelum melakukan pemberian kompres hangat pada anak demam, perhatikan langkah-langkah berikut dari tahap persiapan sampai dengan tahap terminasi. Tahap persiapan, terlebih dahulu jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara kompres air hangat. Kemudian

siapkan peralatan yang dibutuhkan seperti, ember atau waskom tempat air, air hangat, waslap 6 buah, selimut mandi, perlak besar 1 buah, termometer, termometer air dan selimut.

Langkah-langkah pemberian tepid sponge menurut Rosyidi (2013) adalah sebagai berikut: Mencuci tangan; Memasang sarung tangan bersih; Bantu klien melepaskan pakaiannya; Tempatkan alas mandi di bawah punggung klien; Pasang selimut mandi di area tubuh yang tidak dilakukan tepid sponge. Cek kembali temperatur air $\pm 37^{\circ}\text{C}$, rendam waslap dan handuk di air hangat lalu di peras; Pasang waslap basah pada dahi, leher, kedua ketiak, kedua selakangan, serta pasang pula handuk dibagian anterior agar terjadi perpindahan panas dengan cara konduksi. Ganti waslap tiap 5 menit. Jika sudah selesai keringkan bagian tubuh klien. Ukur kembali nadi dan temperatur badan klien, observasi kembali respon klien. Lanjutkan tepid sponge ini di bagian posterior selama 3-5 menit. Kaji kembali nadi dan temperatur setiap 15 menit. Hentikan tindakan jika suhu tubuh klien sudah kembali dalam batas normal, jika suhu turun dibawah batas normal tindakan tidak dilanjutkan. Keringkan seluruh tubuh dan bantu klien untuk memakai pakaian. Alat-alat dan pasien di rapikan, ganti linen jika basah; Lepaskan sarung tangan; Cuci tangan; Dokumentasikan prosedur.

Suatu penelitian di India menunjukkan bahwa pemberian antipiretik yang disertai tindakan tepid sponge dapat menurunkan suhu lebih cepat dibandingkan dengan pemberian antipiretik saja (Thomas, et al, 2009). Penelitian lain yang dilakukan oleh Suprapti (2008) menyatakan tepid sponge efektif dalam mengurangi suhu tubuh pada anak dengan hipertemia dan juga membantu dalam mengurangi rasa sakit atau ketidaknyamanan.

BAB III

PROSES PRAKTIK NERS

A. Laporan Dan Analisis Kasus Kelolaan dan Resume

1. Data klien Kasus kelolaan utama

Klien masuk rumah sakit AWS pada tanggal 13 november 2019. Saat di IGD An. R mengeluh dema sudah lebih dari 3 hari, saat masuk rumah sakit mual (+) muntah (+) nyeri ulu hati, suhu tubuh pasien saat itu 39,7⁰C. Tindakan kolaborasi yang sudah dilakukan di IGD ialah pemberian injeksi loading paracetamol 100 mg/iv. Setelah suhu menjadi 38,9⁰C, pasien di antar ke ruang perawatan anak (Melati) Klien menjalani perawatan sejak tanggal 13 november 2019 sampai dengan peneliti melakukan pengkajian di ruang Melati pada tanggal 13 November 2019. Keluhan utama adalah demam 3 hari yang lalu. Pemeriksaan suhu tubuh 39,7⁰C, frekuensi nadi 124 x/menit, frekuensi nafas 35 x/menit. Sudah diberikan obat penurun panas setengah jam yang lalu, namun demam masih belum turun ke angka normal,

1. pengkajian

Nama pasien kelolaan adalah: An. R
Tempat tgl lahir : Samarinda, 06 januari 2009
Umur : 12 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Nama Ayah/ibu : Tn. C / Ny. L
Pekerjaan Ayah : Swasta
Pekerjaan ibu : IRT
Pendidikan Ayah : SMA
Pendidikan Ibu : SMA
Agama : Islam
Suku / Bangsa : Bugis/indonesia
Alamat : Jln, Kadri oening

2. Keluhan Utama

Demam kurang lebih 4 hari maik Turun

3. Riwayat Keluhan Saat Ini

- ✓ Ibu mengatakan anak nya demam terus, nain-turun samapi susah mau transfusi karena demam tidak turun, suhu 38,5 °C demam susah turun sudah di*Tepid Sponge Bath* dan diberikan obat. Leukosit turun, hb turun,
- ✓ Ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, tapi tidak bisa berdiri atau duduk karena merasa pusing

4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Prenatal	Ibu mengatakan selama kehamilan ibu rutin control kehamilan ke dokter setiap 1 bulan sekali selama 9 bulan kehamilan. Namun saat usia kehamilan 3-6 bulan ibu mengalami mual muntah, makan sedikit langsung muntah
Intranatal	Ibu mengatakan melahirkan di rumah sakit dengan cara ceisar kelahiran dibantu oleh bidan, perawat dan dokter. Ibu mengatakan ke tiga anak nya lahir dengan ceisar, saat lahir klien segera menangis dan mendapatkan suntikan Vit K
Postnatal	Ibu klien mengatakan setelah selesai ceisar/lahir anaknya langsung menyusui dan mendapat ASI eksklusif selama 6 bulan. BB: >2000 gram

5. Riwayat Masa Lalu

- a. Penyakit waktu kecil
Ibu klien mengatakan klien hanya mengalami batuk, pilek dan demam biasa, ibu pasien mengatakan tidak ada sakit yang serius
- b. Pernah di rawat di RS
Belum pernah, Ibu klien mengatakan klien tidak pernah dirawat di RS dan baru kali ini dirawat.
- c. Obat – obatan yang digunakan

Tidak ada, Ibu klien mengatakan baru kali ini anak nya konsumsi obat-obatan seperti suntikan antibiotic dan paracetamol

d. **Tindakan (Operasi)**

Tidak pernah, Ibu klien mengatakan klien tidak pernah menjalani operasi.

e. **Alergi**

Ibu klien mengatakan jika klien mempunyai alergi makanan yaitu telur, udang kepiting dan cumi.

Ibu mengatakan klien bisa makan kuah masakan yang ada udang nya, tetapi tidak bisa makan udang nya secara langsung.

f. **Kecelakaan**

Tidak pernah, Ibu klien mengatakan klien tidak pernah terjatuh ataupun kecelakaan

g. **Imunisasi**

Lengkap: Ibu pasien mengatakan pasien punya riwayat imunisasi lengkap tetapi sudah lupa jenis nya dan pada usia berapa saja diberikan

6. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Tengkurap, usia : 4 Bulan

Duduk, usia : 6 Bulan

Berdiri, usia : 10 Bulan

Berjalan, usia : 1 Tahun

Bicara, usia : 1 Tahun

Tumbuh Gigi, usia : 8 Bulan

TB saat ini: 120 cm, BB saat ini 45 kg

7. Riwayat Sosial

Ibu klien mengatakan klien di asuh oleh orang tua kandung, hubungan klien dengan keluarga yang lain baik, dan klien berhubungan baik dengan teman sebayanya.

8. **Riwayat Keluarga**

a. Sosial Ekonomi

Ibu klien mengatakan keadaan sosial ekonomi perbulan pendapatannya ± 2 juta, termasuk social ekonomi menengah, klien dirawat dirumah sakit dengan jaminan BPJS

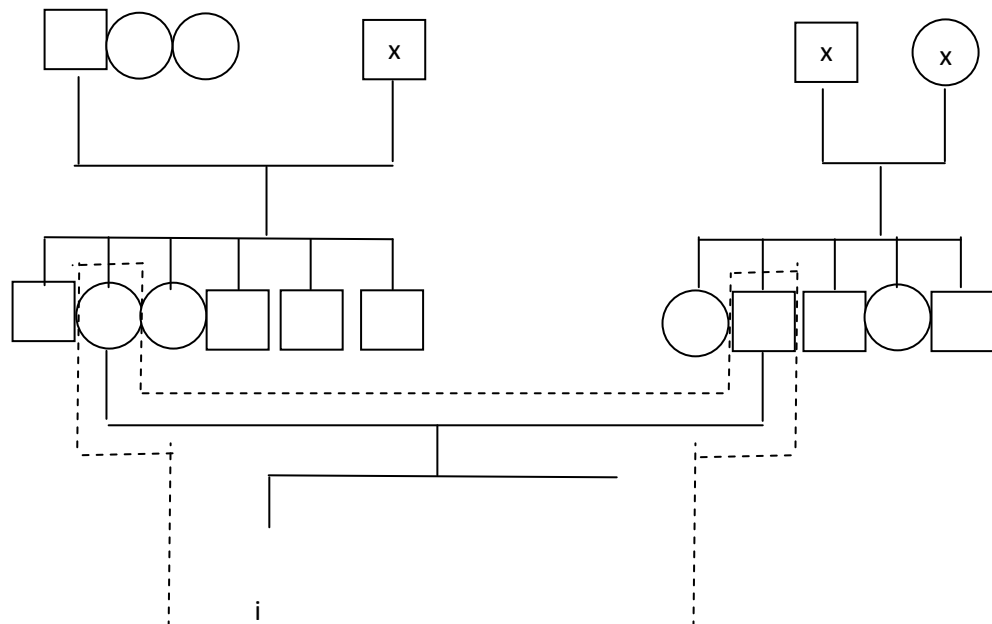
b. Lingkungan Rumah

Rumah panggung. Ibu klien mengatakan lingkungan rumah aman, tempat tinggal semi permanen, rumah dinding kayu, rumah memiliki ventilasi pada setiap jendela, pencahayaan rumah baik, pasien menggunakan listrik PLN, dan air dari PDAM, WC yang ada dirumah menggunakan kloset jongkok, pembuangan limbah safety tank berjarak 10 meter, rumah memiliki halaman.ibu klien mengatakan lingkungan rumah bekas rawa yang ditutupi dengan rumput sehingga harus membuat rumah panggung. Pembuangan limbah di selokan

c. Penyakit keluarga

Ibu klien mengatakan didalam keluarga suaminya (nenek) klien mempunyai penyakit kelainan darah/kanker darah juga, kakak dari klien juga punya riwayat penyakit jantung dan diabetes

d. Genogram





Keterangan :

○ : Perempuan ————— : Garis

Hubungan

□ : Laki-laki - - - - - : Tinggal

Serumah

→ : Pasien X : Meninggal

9. Pengkajian Tingkat Perkembangan saat ini

Umur An. R saat ini 12 tahun 1 bulan. saat dikaji klien tidak mengalami keterlambatan pertumbuhan dan perkembangan.

BB : 45 kg, TB/PB: 120 cm, LILA : 25 cm, L,KEP: 55 cm, L,ABD: 89 cm

10. Pengkajian pola Kesehatan saat ini

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Ibu mengatakan yakin anak nya akan sembuh dengan pertolongan pengobatan dan atas ijin Allah, selain itu setiap ada keluarga yang sakit ibu selalu membawa ke puskesmas terdekat untuk memeriksakan kesehatan, terkadang ibu hanya membeli obat di warung-warung dekat rumah atau toko obat tanpa resep dokter.

b. Nutrisi

- **SMRS** : ibu klien mengatakan jika An. D dirumah kuat makan tidak ada masalah. Ibu mengatakan jika klien makan biasa 2-3x/ hari dengan porsi sedang ditambah laukpauk, ikan/ayam, dan sayur, pasien juga tidak memiliki riwayat alergi pada makanan.
- **MRS** : nafsu makan klien tetap sama, selalu menghabiskan porsi makan yang diberikan dan minum susu serta air putih $\pm 3-4$ gelas perhari.

c. Cairan

- **SMRS** : ibu mengatakan kalau klien sebelumnya lumayan banyak minum air sehari pasien bisa menghabiskan air putih sekitar ± 850 cc/harinya, selain itu biasanya tiap pagi pasien selalu minum susu \pm sekitar 300cc.

- **MRS** : ibu mengatakan selama dirumah sakit klien minum agak kurang

d. Aktivitas

- **SMRS** : ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit klien beraktivitas dengan teman sebayanya di lingkungan rumah

- **MRS** : ibu mengatakan selama masuk rumah sakit klien banyak beraktivitas di tempat tidur saja.

e. Tidur dan istirahat

- **SMRS** : ibu mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidak ada masalah dalam pola tidur dan istirahat klien, klien biasanya tidur siang ± 3 jam dan tidur malam ± 8 jam, perasaan klien pada saat bangun tidak ada masalah klien selalu segar.

- **MRS** : ibu mengatakan selama klien dirawat di RS tidak ada masalah dalam pola tidur pasien. Ibu mengatakan pola tidur pasien tetap sama sebelum dirawat tidur siang ± 3 jam dan tidur malam $\pm 6-7$ jam.

Tapi perasaan klien tiap bangun tidur terasa lemas dan lelah.

f. Eliminasi

• SMRS :

BAK → ibu mengatakan sebelum dirawat pasien tidak memiliki masalah saat sedang bak, pasien biasa bak 5-6x/hari, bak lancar, konsistensi kuning jernih dan berbau khas.

BAB → ibu pasien mengatakan pasien tidak ada masalah dalam hal bab. Pasien biasa BAB 2x sehari dengan konsistensi lembek dan berwarna kecoklatan.

• MRS :

BAK → ibu pasien mengatakan tidak ada perubahan pada pola eliminasi BAK pasien, pasien bak biasanya 4-5x/harinya, bak lancar, warna kuning keruh dan berbau khas

BAB → ibu mengatakan selama dirawat pasien hanya BAB 1x sehari.

g. Pola hubungan

klien dapat berhubungan baik dengan teman sebayanya dirumah maupun di rumah sakit dan orang tua juga petugas kesehatan.

h. Koping atau tempramen dan disiplin yang di terapkan

klien selalu tegang dan merengek ingin menangis jika dilakukan tindakan menginjeksikan obat melalui IV. klien selalu mendengarkan apa kata ibu atau ayahnya

i. Kognitif dan persepsi

klien dapat mengetahui yang mana tindakan yang menurut klien sakit, dia akan merengek dan ingin menangis, tetapi jika tindakan yang dilakukan tidak membuat sakit klien hanya diam dan melihat.

j. Konsep diri

Keluarga klien selalu mencari informasi terkait masalah pada An. D dan ibu klien mengetahui beberapa informasi tentang masalah yang diderita An.D

k. Seksual dan menstruasi

Pasien berjenis kelamin laki-laki,

l. Nilai

Pasien dan keluarga beragama islam, ibu mengatakan tiap magrib pasien biasanya ikut melaksanakan sholat magrib berjamaah dirumah, sebelum makan pasien juga membaca doa makan, begitupun jika ingin tidur pasien akan membaca doa tidur.

11.

Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum

Keadaan umum pasien baik, kesadaran compos mentis

Tanda-tanda vital :

KU : Sedang, Kesadaran : CM, GCS : E4V4M5 = 15

TD : 100/70 mmHg N: 98x/i S: 38,6⁰C RR :

23x/i

BB/TB : 58 kg / 154 cm

Lingkar Kepala : 57 cm

Lingkar Lengan Atas: 28 cm

- Skala Nyeri : 0

- Resiko Jatuh

Table 5 Skala Humpty Dumpty tabel

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun		4
	3-7 Tahun		3
	7 -13 Tahun	2	2
	≥ 13 Tahun		1
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	2

	Perempuan		1
Diagnosis	Diagnosis Neurologi		4
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, sinkop, pusing)		3
	Gangguan perilaku/psikiatri		2
	Diagnosis lainnya	1	1
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya		3
	Lupa akan adanya keterbatasan		2
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	1
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan ditempat tidur dewasa		4
	Menggunakan alat bantu/diletakkan dalam tempat tidur bayi		3
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2	2
	Area di luar rumah sakit		1
Pembedahan/sedasi/anasteri	Dalam 24 jam		3
	Dalam 48 jam		2
	> 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anastesi	1	1
Penggunaan medika mentosa	Penggunaan multiple : sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose		3
	Penggunaan salah satu obat diatas		2
	Penggunaan medikasi lainnya/tidak ada medikasi	1	1
Jumlah Skor Humpty Dumpty			10

Skor 7-11 : resiko rendah

Skor >12 : resiko tinggi

b. Kulit

Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada luka/jejas, tidak ada peradangan, tidak ada hiperpigmentasi, kulit tampak kering.

Palpasi : tidak ada masa, turgor kulit < 2 detik (normal), tidak ada edem, tidak ada nyeri tekan.

c. Kepala

Inspeksi : bentuk kepala simetris, tidak ada kelainan, tidak ada peradangan, penyebaran rambut merata

Palpasi : tidak ada masa, tidak ada nyeri tekan.

d. Mata

Inspeksi : bentuk mata simetris kanan kiri, konjungtiva tidak anemis, kornea jernih, pupil isokor, sklera an ikterik, tidak ada peradangan, reflek cahaya (+/+),

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan pada mata.

e. Telinga

Inspeksi : telinga bersih, bentuk telinga simetris kanan-kiri, tidak ada peradangan, tidak ada gangguan pendengaran atau perdarahan.

Palpasi : tidak ada benjolan disekitar telinga, tidak ada nyeri tekan,

f. Hidung

Inspeksi : hidung simetris, tampak bersih, tidak ada sekret di hidung, tidak ada peradangan, tidak ada perdarahan, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada ada polip hidung

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

g. Mulut

Inspeksi : mulut simetris, mukosa bibir kering, tidak peradangan, tidak ada perdarahan, mulut tampak bersih, terdapat caries gigi, lidah tampak bersih, tidak ada gangguan menelan.

h. Leher

Inspeksi : tidak ada luka atau jejas, tidak ada peradangan

Palpasi : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada nyeri tekan.

i. Dada

Inspeksi : bentuk dada simetris kiri dan kanan tidak ada lesi dan warna kulit tidak ada hiperpigmentasi

Palpasi : vocal fremitus : pergetasan dinding dada kiri dan kanan simetris

j. Paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada fraktur costa, pernapasan menggunakan pernapasan dada, tidak ada lesi dan jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vokal fremitus getaran terasa kanan kiri

Perkusi : suara sonor

Auskultasi : suara nafas vesikuler

k. Jantung

Inspeksi : tidak ada kelainan pada bentuk dada

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Auskultasi : suara S1 & S2 Reguler

Perkusi : pada daerah jantung suara pekak

l. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen cembung

Auskultasi : Bising usus 10x/i

Perkusi : Timpani

Palpasi : teraba lembek ujungnya tumpul pada kuadran kanan bawah, lingkaran perut : 56 cm

m. Genitalia

Inspeksi : ibu mengatakan genitalia anaknya tidak ada mengalami lecet atau luka dan jejas

n. Anus dan rectum

Inspeksi : ibu mengatakan tidak masalah pada anus anaknya, tidak ada ambien atau atresia ani pada anaknya

o. Muskuloskeletal

Tidak ada masalah

MMT :

4	4
4	4

p. Neurologi

Ibu klien mengatakan pernah mengalami bells palsy yang mengakibatkan mata sebelahnya tidak bisa tertutup dengan baik.
(mata sebelah kiri)

12. Pemeriksaan diagnostic lainnya

a. Pemeriksaan Labotarium

Tabel 6 Hasil Laboratorium Tanggal 21 November 2019

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Unit
Hematologi				
1	Leukosit	45,99	4.50 – 14.50	10 ³ /μL
2	Eritrosit	2,51	4.00 – 5.20	10 ⁶ /μL
3	Hemoglobin	7,6	14.0 – 18.0	g/dL
4	Hematokrit	21,9	35.0 – 45.0	%
5	PLT	16	150 – 450	10 ³ /μL
6	PDW	17,5	9,0-13,0	Fl
7	PCT	0,01	0,15-0,41	%
8	Neutrophil %	15	40-74	%
9	Lomfosit #	37,94	1,00-3,70	10 ³ /μL
10	Lomfosit %	83	19-48	%
11	Monosit #	1,13	0,16-1,00	10 ³ /μL
12	Monosit %	2	3-9	%

Imunoserologi				
1	CRP	12,0	>6,0	mg/L

b. Pemeriksaan Rontgen

1. Lembar jawaban foto thorak AP: tgl 20/11/2019
 - Coracan bronchovaskuler paru dalam batas normal, tidak tampak infiltrate/konsolidasi pada kedua paru
 - Cor : tidak membesar
 - Kedua sinus dan diafragma normal
 - Tulang-tulang intak

Kesan : foto thorax normal

2. Hasil pemeriksaan radiologi tanggal 13/11/2019
Foto mastoid bilateral, lateral view, kondisi cukup, hasil :
 - Air cellulae mastoid dextra et sinistra baik
 - Tak tampak lesi lusen di canalis auricularis dextra et sinistra.
 - Tak tampak lesi sklerotik.
 - Tak tampak destruksi pada Sistema tulang yang

tervisualisasi

Kesan : air cellulae mastoid baik

3. Hasil echocardiography tanggal 22/11/2019
 - Dimensi ruang jantung dalam batas normal
 - Kontraktilitas LV baik (EF.53 %)
 - Global normokinetik
 - Kontraktilitas RV baik
 - Fungsi diastolic dalam batas normal
 - Katup-katup jantung dalam batas normal

Kesimpulan : normal

- 13. Program Terapi dan cairan**
- a. Terapi Pemberian Infus**
- Infus D5 + $\frac{1}{2}$ Ns via IV → 1500 cc/24 jam
- RL via IV 500cc/24 jam



b. Terapi Pemberian Obat Oral

-

c. Terapi Pemberian Obat Injeksi

- PCT 100 mg/ 12 jam iv
- Cefotaxime 100 mg/ 24 jam iv
- Omeprazole 100 mg/ 12 jam iv

14. Analisa Data

Tabel 7 Analisa data

No Dx	Data penunjang	Kemungkinan penyebab	Masalah Keperawatan
1	<p>DS:</p> <p>Ibu pasien mengatakan anak demam tidak mau turun-turun, sudah di Tepid Sponge Bath</p> <p>DO:</p> <p>- kulit terasa hangat</p> <p>- Suhu 38,5 °C</p> <p>- Infus D5 + 1/2 Ns via IV → 1500 cc/24 jam</p> <p>- RL via IV 500cc/24 jam</p> <p>- Kulit teraba hangat</p>	<p>Proses penyakit</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Hipertermi</p>	Hipertermi
2	<p>DS</p> <p>- Ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, tapi tidak bisa berdiri atau duduk karena merasa pusing, mual, rasa berputar-putar</p> <p>DO</p> <p>-pasien tampak tidak mampu berdiri dari posisi duduk</p>	<p>Proses penyakit</p> <p>↓</p> <p>Intoleransi aktifitas</p> <p>↓</p> <p>Gg</p>	Hambatan mobilitas fisik

-pasien tampak lemah	keseimbangan
-fisik tidak bugar	
-gangguan keseimbangan	

3	DS	Proses penyakit	Resiko infeksi
-	Ibu mengatakan hb turun, tidak bisa tranfusi karena demam terus		
-	Ibu klien mengatakan bahwa suaminya seorang perokok aktif		

DO

- Kurang pengetahuan untuk menghindari pemajan pathogen
- Leukopenia
- imunosupresi
- Penurunan Hemoglobin
- Supresi respons inflamasi

15.

Diagnose keperawatan

1. Hipertermi b/d suhu tubuh tidak turun
2. Hambatan mobilitas fisik
3. Resiko infeksi

16.

Tabel 8 diagnosa dan Intervensi Keperawatan

N o	Diagnose keperawatan	Tujuan NOC	Intervensi NIC
1	Hipertermi (00007) Domain (keamanan / perlindungan)	Tanda-tanda vital (0802) Definisi : tingkat suhu, denyut nadi, respirasi dan tekanan darah dalam kisaran normal. Tanda – tanda vital	Fever treatment (3740) Definisi : manajemen gejala dan kondisi yang berhubungan

Kelas 6 : termoregulasi	dalam kisaran normal waktu 3 x 24	dengan peningkatan suhu tubuh yang
Definisi : suhu tubuh naik	jam dengan kriteria hasil :	dimediasi oleh pyrogen endogen
diatas rentang normal	-Denyut nadi radial (4) -Tingkat pernapasan(4)	1. onitor suhu sesering mungkin
Batasan Karakteristik:	- Suhu tubuh (4)	2. onitor warna dan suhu kulit
- kenaikan suhu tubuh	Indikator skala:	3. onitor tekanan darah, nadi dan RR
diatas rentang normal	i. Sangat terganggu ii. Banyak terganggu	4. onitor penurunan tingkat kesadaran
- kulit kemerahan - pertambahan RR	iii. Cukup terganggu iv. Sedikit terganggu	5. onitor WBC, Hb, dan Hct
- takikardi -saat disentuh tangan terasa hangat	v. Tidak terganggu	6. onitor intake dan output
Faktor yang berhubungan		7. erikan anti piretik
- penyakit/ trauma		8. erikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam
		9. akukan tepid <i>Tepid Sponge Bath</i>
		10.Kolaborasi pemberian cairan intravena
		11.Tingkatkan sirkulasi udara
2 Hambatan mobilitas (00089) Domain	Ambulasi(0200) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x8 jam, di	Terapi latihan : ambulasi(0221)

<p>Aktivitas / istirahat</p> <p>Kelas 2. Aktifitas / olahraga</p> <p>Definisi: keterbatasan pergerakan fisik atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri daan terarah.</p>	<p>harapkan masalah pasien berkurang dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. erjalan dengan langkah yang efektif 2. erjalan dalam jarak yang dekat < 1 blok / 20 meter 3. erjalan mengelilingi kamar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. antu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh 2. antu pasien berpindah sesuai kebutuhan 3. antu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan 4. antu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf 5. antu pasien untuk membangun pencapaian ysnng realistis untuk ambulasi jarak 6. orong ambulasi independen dalam batas normal 7. orong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin.
<p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - angguan sikap berjalan - erakan tidak terkoordinasi - enurunan kemampuan melakukan ketrampilan motoric kasar - isik tidak bugar - ntoleransi aktifitas 	<p>Indicator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. angat terganggu 2. anyak terganggu 3. ukup terganggu 4. edikit terganggu 5. idak terganggu 	
<p>3 Resiko infeksi (00004)</p> <p>Domain (keamanan /</p>	<p>Kontrol resiko (1902)</p> <p>Definisi : indakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau</p>	<p>Kontrol resiko (1902)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. jarkan cara cuci tangan yang tepar

perlindungan)	mengurangi ancaman	2.
Kelas 1 (infeksi)	infeksi Keluarga mampu menunjukkan	uci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
Definisi :	kemampuan mencegah infeksi dalam waktu 3x 24jam dengan kriteria hasil :	3.
Peningkatan resiko masuknya organisme pathogen yang dapat mengganggu kesehatan	- mengidentifikasi faktor resiko infeksi (4)	njutkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan
Faktor-faktor resiko :	- mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi(4)	4.
- kurang pengetahuan untuk menghindari pemajan patogen	- mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi (4)	jarkan cara batuk yang benar
- Leukopenia	- mempertahankan lingkungan yang bersih (4)	
- Penyakit	- Mencuci tangan (5)	
- penurunan HB		
	Indikator skala:	
	1. tidak pernah menunjukkan	
	2. jarang menunjukkan	
	3. kadang-kadang menunjukkan	
	4. sering menunjukkan	
	5. secara konsisten menunjukkan	

17. Table 9 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

N	Hari/tang	Implemetasi	Evaluasi
---	-----------	-------------	----------

o gal/jam
D
X

1	Kamis, 21/11/2019	<p>1.1 memonitor susu sesering mungkin</p> <p>EP: suhu jam 15.00 : 37,3 °C.</p> <p>Jam 17.00 : 38,2 °C.</p> <p>jam 20,00 : 37 °C</p> <p>1.2 Monitor Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>EP: warna kulit tidak pucat akral hangat</p> <p>1.3 Memonitor tekanan darah, nadi dan RR</p> <p>EP: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I,</p> <p>1.6 Memonitor intake dan output</p> <p>EP: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari</p> <p>1.7 Meberikan anti piretik</p> <p>EP: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5°C</p> <p>1.8 Melakukan <i>Tepid Sponge Bath</i></p> <p>EP: <i>Tepid Sponge Bath</i> diberikan selama 15</p>	<p>S: ibu pasien mengatakan demam anak nya naik-turun</p> <p>O: suhu jam 20,00 : 37 °C, Akral terasa hangat</p> <p>A: hipertermi.</p> <p>Tanda-tanda vital belum di batas normal.</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. onitor suhu sesering mungkin 2. onitor warna dan suhu kulit 3. onitor tekanan darah, nadi dan RR 4. onitor penurunan tingkat kesadaran 5. onitor WBC, Hb, dan Hct 6. onitor intake dan output 7. erikan anti piretik 8. akukan <i>Tepid Sponge Bath</i>
---	----------------------	---	--

menit

2	Kamis, 21/11/201 9	1. embantu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh EP: pasien mengatakan kepala pusing saat duduk, mual	S: Ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, tapi tidak bisa berdiri atau duduk karena merasa pusing, mual, rasa berputar
		2. embantu pasien berpindah sesuai kebutuhan EP: pasien mampu berpindah posisi	O: -pasien tampak tidak mampu berdiri dari posisi duduk -pasien tampak lemah -fisik tidak bugar
		3. embantu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan EP: pasien tampak lemas	-gangguan keseimbangan A: pasien masih belum mampu untuk berdiri dari duduk
		4. embantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf EP: pasien mengatakan pusing, mual, rasa berputar jika berdiri atau duduk	P: lanjutkan intervensi
		5. embantu pasien untuk membangun pencapaian ysng realistis untuk ambulasi jarak	1. antu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh 2. antu pasien berpindah sesuai kebutuhan 3. antu pasien dengan ambulasi awal jika

		EP: membuat target capaian ambulasi untuk pasien	diperlukan
		6. mendorong ambulasi independen dalam batas normal	4. bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf
		EP: ibu pasien mengatakan pasien mencoba untuk duduk	5. bantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak
		7. mendorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin	6. mendorong ambulasi independen dalam batas normal
		EP: ibu pasien mengatakan anaknya sering merasa pusing jika diminta untuk duduk atau berdiri	7. mendorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin.
3	Kamis, 21/11/2019	1. mengajarkan cara cuci tangan yang tepat EP: ibu pasien dan pasien dapat melakukan gerakan 6 langkah cuci tangan	S: - ibu mengatakan hb turun, tidak bisa transfusi karena demam terus
		2. mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan EP: petugas/perawat tampak cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	- O: - ibu klien mengatakan bahwa suaminya seorang perokok aktif
		3. menganjurkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan EP: ibu pasien tampak	- - kurang pengetahuan untuk menghindari pemajan pathogen - leukopenia - immunosupresi

cuci tangan sebelum dan sesudah makan/memberikan anak nya makan	enurunan Hemoglobin
4. mengajarkan cara batuk yang benar	A. masalah resiko infeksi belum teratasi
EP: ibu pasien dan pasien tampak menutup mulut saat batuk	P: lanjutkan intervensi:
	1. Ajarkan cara cuci tangan yang tepat
	2. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
	3. Anjutkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan
	4. Ajarkan cara batuk yang benar

Table 10 Evaluasi Soap 2

No DX	Hari/tanggal/jam	Implemetasi	Evaluasi
1	Jum'at, 22/11/2019	<p>1.1 memonitor susu sesering mungkin</p> <p>EP: suhu jam 15.00 : 37,3 °C.</p> <p>Jam 17.00 : 38,2 °C.</p> <p>jam 20,00 : 37 °C</p> <p>1.2 Monitor Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>EP: warna kulit tidak pucat akral hangat</p> <p>1.3 Memonitor tekanan</p>	<p>S: ibu pasien mengatakan demam anak nya naik-turun</p> <p>O: suhu jam 20,00 : 37 °C, Akral terasa hangat</p> <p>A: hipertermi.</p> <p>Tanda-tanda vital belum di batas normal.</p> <p>P:lanjutkan intervensi</p> <p>1.</p>

		darah, nadi dan RR	onitor suhu sesering mungkin
		EP: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I,	2. onitor warna dan suhu kulit
		1.4 Memonitor intake dan output	3. onitor tekanan darah, nadi dan RR
		EP: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari	4. onitor intake dan output 5. erikan anti piretik 6.
		1.5 Meberikan anti piretik	akukan <i>Tepid Sponge Bath</i>
		EP: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5°C	
		1.6 Melakukan <i>Tepid Sponge Bath</i>	
		EP: <i>Tepid Sponge Bath</i> diberikan selama 15 menit	
2	Jum'at, 22/11/2019	1. membantu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi menyesuaikan sikap tubuh EP: pasien mengatakan kepala pusing saat duduk, mual	M S: Ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, tapi tidak bisa berdiri atau duduk karena merasa pusing, mual, rasa berputar
		2. membantu pasien berpindah sesuai kebutuhan EP: pasien mampu berpindah posisi	O: -pasien tampak tidak mampu berdiri dari posisi duduk
		3.	M

embantu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan

EP: pasien tampak lemas

-pasien tampak lemah

-fisik tidak bugar

-gangguan keseimbangan

4. N

embantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf

EP: pasien mengatakan pusing, mual, rasa berputar jika berdiri atau duduk

A: pasien masih belum mampu untuk berdiri dari duduk

P: lanjutkan intervensi

5. N

embantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak

EP: membuat target capaian ambulasi untuk pasien

1. bantu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh

2. bantu pasien berpindah sesuai kebutuhan

6. r

endorong ambulasi independen dalam batas normal

EP: ibu pasien mengatakan pasien mencoba untuk duduk

3. bantu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan

4. bantu pasien untuk

7. N

endorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin

EP: ibu pasien mengatakan anaknya sering merasa pusing jika diminta untuk duduk atau berdiri

berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf

5. bantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak

6. orong ambulasi independen dalam batas normal

			7.	orong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin.
3	Jum'at, 22/11/2019	1.	S:	
			-	ibu mengatakan hb turun, tidak bisa tranfusi karena demam terus
			-	ibu klien mengatakan bahwa suaminya seorang perokok aktif
		2.	O:	
			-	urang pengetahuan untuk menghindari pemajan pathogen
		3.	A:	
			-	eukopenia
			-	munosupresi
			-	enurunan Hemoglobin
		4.	A.	masalah resiko infeksi belum teratasi
			P:	lanjutkan intervensi:
			2.	Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
			3.	Anjutkan cuci

tangan sebelum dan sesudah makan

4. Ajarkan cara batuk yang benar



Table 11 Evaluasi Soap 3

No DX	Hari/tanggal/jam	Implemetasi	Evaluasi
1	Sabtu, 23/11/2019	<p>1 memonitor susu sesering mungkin</p> <p>EP: suhu jam 15.00 : 37,3 °C.</p> <p>Jam 17.00 : 38,2 °C.</p> <p>jam 20,00 : 37 °C</p> <p>2 Monitor Monitor warna dan suhu kulit</p> <p>EP: warna kulit tidak pucat akral hangat</p> <p>3 Memonitor tekanan darah, nadi dan RR</p> <p>EP: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I,</p> <p>4. Memonitor intake dan output</p> <p>EP: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari</p> <p>5. Meberikan anti piretik</p> <p>EP: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5°C</p> <p>6. Melakukan <i>Tepid Sponge Bath</i></p> <p>EP: <i>Tepid Sponge Bath</i> diberikan selama</p>	<p>S: ibu pasien mengatakan demam anaknya naik-turun</p> <p>O: suhu jam 20,00 : 37 °C, Akral terasa hangat</p> <p>A: hipertermi.</p> <p>Tanda-tanda vital belum di batas normal.</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>1. onitor suhu sesering mungkin</p> <p>2. onitor warna dan suhu kulit</p> <p>3. onitor tekanan darah, nadi dan RR</p> <p>4. onitor intake dan output</p> <p>5. erikan anti piretik</p> <p>6. akukan <i>Tepid Sponge Bath</i></p>

15 menit

2 Sabtu, 23/11/2019 1.

embantu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh
EP: pasien mengatakan kepala pusing saat duduk, mual

S:

Ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, bisa ke toilet dengan bantuan orang tua

O:

2.

embantu pasien berpindah sesuai kebutuhan
EP: pasien mampu berpindah posisi

-fisik tidak bugar

-gangguan keseimbangan

3.

embantu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan
EP: pasien tampak lemas

A: pasien masih belum mampu untuk berdiri dari duduk secara mandiri

P: lanjutkan intervensi

4.

embantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf
EP: pasien mengatakan pusing, mual, rasa berputar jika berdiri atau duduk

1.

antu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh

2.

antu pasien berpindah sesuai kebutuhan

5.

embantu pasien untuk membangun pencapaian ysng realistis untuk ambulasi jarak
EP: membuat target capaian ambulasi

3.

antu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan

4.

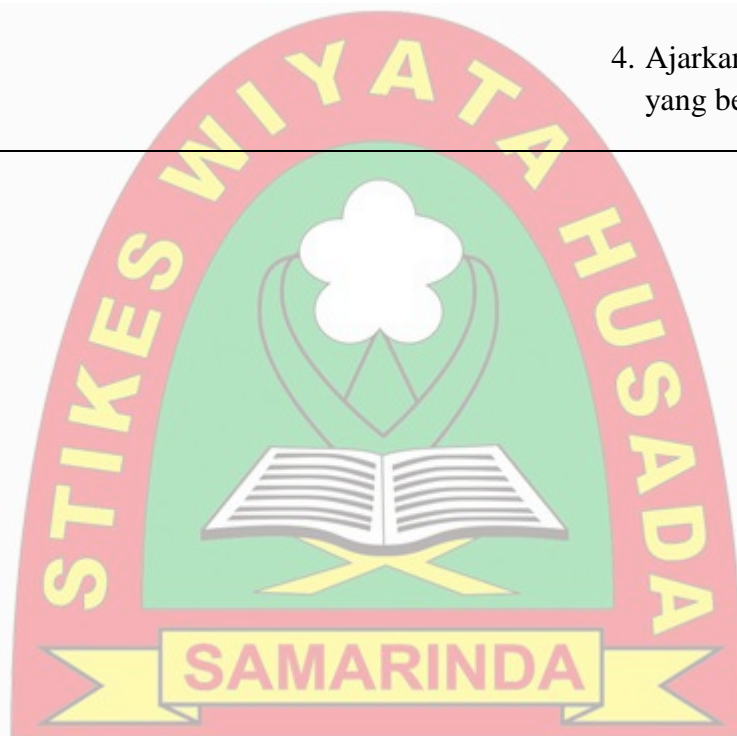
antu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu

	untuk pasien	dengan sejumlah staf
	6. mendorong ambulasi independen dalam batas normal EP: ibu pasien mengatakan pasien mencoba untuk duduk	5. antu pasien untuk membangun pencapaian ysng realistis untuk ambulasi jarak
	7. endorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin EP: ibu pasien mengatakan anaknya sering merasa pusing jika diminta untuk duduk atau berdiri	6. orong ambulasi independen dalam batas normal 7. orong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin.
3 Sabtu, 23/11/2019	1. encuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan EP: petugas/perawat tampak cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan	S: - bu mengatakan hb turun, tidak bisa tranfusi karena demam terus - bu klien mengatakan bahwa suaminya seorang perokok aktif
	2. enganjurkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan EP: ibu pasien tampak cuci tangan sebelum dan sesudah makan/memberikan anak nya makan	O: - urang pengetahuan untuk menghindari pemajan pathogen - eukopenia - munosupresi - enurunan Hemoglobin
	3. engajarkan cara batuk yang benar EP: ibu pasien dan pasien tampak menutup mulut saat batuk	

A. masalah resiko infeksi belum teratasi

P: lanjutkan intervensi:

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
 3. Anjutkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan
 4. Ajarkan cara batuk yang benar
-



B. **Gambaran Kasus Resume**

1. **Resume utama**

Laporan ini memuat uraian tentang masalah-masalah yang terjadi pada pasien anak yang sedang menjalani perawatan di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data yang dilaporkan mewakili dari 4 orang pasien yang dikaji oleh penulis mulai tanggal 19-27 November 2019. Pasien anak yang didata oleh peneliti berjenis kelamin laki-laki. Rentang usianya pun beragam, dari usia 7 tahun sampai dengan 12 tahun. Diagnosis medis saat masuk klien berbeda-beda antara lain anemia, rencana kemoterapi, demam dan lain-lain.

Klien Anak K, laki-laki usia 7 tahun. Klien dirawat di ruang perawatan anak Melati RSUD A. Wahab Sjahranie sejak tanggal 20 November 2019 dengan diagnosa medis AML. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 20 November 2019 dengan keluhan demam yang tidak turun, mual, muntah sejak tanggal 18 november 2019 ibu pasien mengatakan anak nya sudah mulai demam 3 hari yang lalu dan demam nya tidak kunjung turun meskipun sudah di berikan obat penurun panas yaitu paracetamol, merasa mual setiap kali makan dan minum. BAB cair 1x, terdapat ampas dan lendir. Riwayat ekstremitas lemah sejak MMT yaitu 4,4,4,4, Riwayat kesehatan masa lalu /sejak lahir, pasien tidak mengalami gangguan tumbuh kembang. Saat pengkajian tanggal 19 November 2019, klien demam dengan suhu badan 38,5⁰C, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi nafas 23x/menit, ekstremitas lemah, dan klien hanya mampu berbaring di tempat tidur. Pada hasil laboratorium menunjukkan dalam batas tidak normal.

Masalah keperawatan yang teridentifikasi adalah hipertermi, resiko ketidakseimbangan suhu tubuh, resiko infeksi. Implementasi yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, memberikan dan mengedukasi orangtua pasien untuk memberikan nutrisi yang sudah terpilih oleh Spesialis anak dan Ahli Gizi secara

rutin, serta mengobservasi skala humpty dumpty per shift dan mengingatkan orangtua klien untuk selalu memasang pagar pengaman tempat tidur dan mengajurkan untuk melakukan *Tepid Sponge Bath* pada anak.

Klien masuk dengan rencana kemoterapi, namun dirumah sakit anak mengalami demam suhu tubuh $38,1^{\circ}\text{C}$ dengan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hb rendah, eritrosit rendah dan ht juga rendah, demam disertai dengan dehidrasi; keluhan demam diawali batuk dan pilek biasa serta penyakit kongenital yang menyertainya; serta keluhan demam yang tidak turun dengan obat penurun panas.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan klien dan menjadi data dasar peneliti untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Masalah keperawatan hipertermi menjadi prioritas pertama dalam susunan daftar diagnosa keperawatan yang dibuat peneliti. hipertermi, hambatan berpindah, resiko infeksi dan risiko jatuh. Pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit rentan pula terjadi kecelakaan seperti jatuh. Sehingga pencegahan untuk terjadinya risiko jatuh harus menjadi kewaspadaan petugas.

Intervensi keperawatan yang telah direncanakan oleh peneliti berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul antara lain perawatan demam, termoregulasi, manajemen resiko jatuh dan kontrol infeksi. Semua intervensi keperawatan berdasarkan NOC yang dijadikan sebagai kriteria hasil apakah masalah bisa teratasi atau tidak dengan asuhan keperawatan.

Tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menangani masalah/diagnosa keperawatan hipertermi berdasarkan NOC yaitu tanda-tanda vital. Tanda-tanda vital didefinisikan tingkat suhu, denyut nadi, respirasi dan tekanan darah dalam kisaran normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diharapkan pada tanda-tanda vital adalah suhu tubuh, denyut nadi radial, pernapasan dalam kisaran normal waktu 1x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada tanda-tanda vital ialah skor 1 jika sangat terganggu, skor 2

banyak terganggu, skor 3 cukup terganggu, skor 4 sedikit terganggu dan skor 5 tidak terganggu.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi antara lain, Monitor suhu sesering mungkin, untuk memantau fluktuasi suhu tubuh klien (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Monitor warna dan suhu kulit, monitoring tanda vital, kolaborasi pemberian antipiretik dan cairan intravena disertai pemberian tindakan *Tepid Sponge Bath*

Tujuan asuhan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan suhu tubuh berdasarkan NOC yaitu status suhu badan berada pada kisaran 36,5-37,5 °C serta suhu kulit dan warna kulit kembali normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Tanda-tanda vital klien baik dalam waktu 1 x 8 jam, dengan kriteria hasil: suhu 36,5-37,5 °C, warna kulit dan akral normal . Dengan indikator skala : (1) Deviasi jauh dari rentang normal; (2) Deviasi agak besar dari rentang normal; (3) Deviasi sedang dari rentang normal; (4) Deviasi ringan dari rentang normal; (5) Tidak ada deviasi dari rentang normal.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan yaitu Manajemen termoregulasi (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain, memonitor suhu minimal per 2 jam, memonitor suhu dan warna kulit, meningkatkan intake cairan dan nutrisi, merencanakan memonitor suhu secara kontinue. Kolaborasi medis.

Tujuan yang diharapkan berdasarkan NOC yaitu pengetahuan pencegahan infeksi, yang artinya tingkat pemahaman yang disampaikan tentang pencegahan infeksi (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diinginkan adalah dapat menyesuaikan strategi kontrol resiko, menyesuaikan strategi kontrol resiko yang sudah ditentukan, Skor 1 tidak tahu, skor 2 sedikit tahu, skor 3 cukup tahu, skor 4 banyak tahu dan skor 5 sangat banyak tahu. Sehingga penulis memilih skor 4 untuk nilai masing-masing itemnya.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan untuk risiko infeksi ialah kontrol resiko. Resiko infeksi memiliki pengertian ialah rentang mengalami infeksi dan multiplikasi organisme pathogen yang dapat mengganggu kesehatan (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain menganjurkan cara cuci tangan yang tepat, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, mengajunrkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan, mengajarkan cara batuk yang baik dan benar.

2. Resume kedua

Klien An. G berusia 6 tahun dengan diagnosa ALL. Klien mengeluh demam, perut sakit, lemas, kelelahan apabila melakukan aktivitas dan klien akan dilakukan pemeriksaan BMP, serta mengalami keletihan untuk melakukan kegiatan fisik yang biasa dilakukan. Ibu klien mengatakan sudah membawa ke puskesmas meminta rujukan di rumah sakit sangata tetapi tidak mengetahui apa hasil dari keluhan pasien.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan RR : 20 x/i, Temp : 38,5 °C, HR : 95 x/i, BB : 26 Kg, PB : 110 cm. Pada muskuloskeletal klien tidak mengalami nyeri pada persendian, pasien tidak dapat berjalan lama dan selalu di gendong apabila ke WC atau ruang tindakan. Kekuatan otot atas 4//4, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas, kekuatan otot bawah 4//4, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah, penilaian menggunakan lembar observasi dan SOP. Riwayat penyakit dahulu klien hanya mengalami batuk pilek, diare, demam, lemah anggota badan, lemah pada saat berjalan, susah makan, cepat lelah.

Terapi yang diberikan oleh ruangan adalah Infus D5 ½ NS 1300 cc/24jam, Tranfusi apersepsis trombosit 160 cc 3x selang 12 jam. Hasil pemeriksaan laboratorium Foto thorak AP dengan hasil Cor prominent dan pulmo tak tampak kelainan, hasil pemeriksaan BMP dengan hasil

kesimpulan gambaran darah tepi dan sumsum tulang menunjukkan suatu keadaan Acute Lymphoblastic Leukemia, Leukosit : 1,34 , Hemoglobin : 9,2 , PLT : 131, Neutrofil# : 0,4.

Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan lima prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada An. AM berdasarkan NANDA 2018, yaitu 1) Hipertermi 2) Keletihan 3)Resiko Infeksi 4) Resiko Perdarahan. Tujuan yang ditetapkan pada An. AJ setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu ditandai dengan ekspresi nyeri wajah, keletihan berkurang ditandai dengan kelelahan , hipertermi ditandai dengan peningkatan suhu kulit, hambatan berjalan ditandai dengan langkah mantap, resiko perdarahan ditandai dengan kehilangan darah yang terlihat.

Intervensi diagnosa keperawatan berdasarkan NIC untuk hipertermi intervensi yang telah dilakukan memantau suhu dan tanda-tanda vital, memonitor warna kulit dan suhu, monitor intake dan output, berikan *Tepid Sponge Bath* yaitu *Tepid Sponge Bath*, anjurkan menggunakan pakaian yang tipis.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan untuk diagnosa keperawatan keletihan intervensi yang telah dilakukan membantu klien untuk peningkatan latihan peregangan dengan pemberian latihan rentang gerak dan 6 Minute Walk Test, menginstruksikan cara untuk memonitor kepatuhan diri sendiri akan jadwal dan kemajuan mencapai tujuan misalnya kenaikan sendi ROM, kesadaran melepaskan ketegangan otot, jumlah pengulangan tanpa rasa sakit dan kelelahan.

Intervensi diagnosa keperwatan resiko infeksi intervensi yang telah dilakukan membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien, ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi, batasi jumlah pengunjung, anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien, jaga lingkungan aseptik yang optimal selama penusukan di samping tempat tidur dari saluran penghubung.

Intervensi diagnosa keperawatan resiko perdarahan monitor dengan ketat resiko terjadinya perdarahan pada pasien, mencatat hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah pasien kehilangan darah sesuai indikasi.

Hasil evaluasi pada masalah keperawatan utama yaitu hipertermi adalah setelah memonitor suhu sesering mungkin atau per 2 jam suhu jam 15.00 : 37,3 °C. Jam 17.00 : 38,2 °C. jam 20,00 : 37 °C. Monitor warna dan suhu kulit: warna kulit tidak pucat akral hangat. Memonitor tekanan darah, nadi dan RR: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I., Memonitor intake dan output: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari., Meberikan anti piretik: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5 °C., Melakukan *Tepid Sponge Bath*: *Tepid Sponge Bath* diberikan selama 15 menit dan hasil nya 36,7 °C.

3. Resume ketiga

Klien An. A berusia 4 tahun dengan diagnosa ALL. Klien mengeluh demam, perut sakit, lemas, kelelahan apabila melakukan aktivitas dan klien akan dilakukan pemeriksaan BMP, serta mengalami keletihan untuk melakukan kegiatan fisik yang biasa dilakukan. Ibu klien mengatakan sudah membawa ke puskesmas meminta rujukan di rumah sakit sangata tetapi tidak mengetahui apa hasil dari keluhan pasien.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan RR : 20 x/i, Temp : 38,5 °C, HR : 95 x/i, BB : 26 Kg, PB : 110 cm. Pada muskuloskeletal klien tidak mengalami nyeri pada persendian, pasien tidak dapat berjalan lama dan selalu di gendong apabila ke WC atau ruang tindakan. Kekuatan otot atas 4//4, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas, kekuatan otot bawah 4//4, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah, penilaian menggunakan lembar observasi

dan SOP. Riwayat penyakit dahulu klien hanya mengalami batuk pilek, diare, demam, lemah anggota badan, lemah pada saat berjalan, susah makan, cepat lelah.

Terapi yang diberikan oleh ruangan adalah Infus D5 ½ NS 1300 cc/24jam, Tranfusi apheresis trombosit 160 cc 3x selang 12 jam. Hasil pemeriksaan laboratorium Foto thorak AP dengan hasil Cor prominent dan pulmo tak tampak kelainan, hasil pemeriksaan BMP dengan hasil kesimpulan gambaran darah tepi dan sumsum tulang menunjukkan suatu keadaan Acute Lymphoblastic Leukemia, Leukosit : 1,34 , Hemoglobin : 9,2 , PLT : 131, Neutrofil# : 0,4.

Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan lima prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada An. AM berdasarkan NANDA 2018, yaitu 1) Hipertermi 2) Keletihan 3)Resiko Infeksi 4) Resiko Perdarahan. Tujuan yang ditetapkan pada An. AJ setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu ditandai dengan ekspresi nyeri wajah, keletihan berkurang ditandai dengan kelelahan , hipertermi ditandai dengan peningkatan suhu kulit, hambatan berjalan ditandai dengan langkah mantap, resiko perdarahan ditandai dengan kehilangan darah yang terlihat.

Intervensi diagnosa keperawatan berdasarkan NIC untuk hipertermi intervensi yang telah dilakukan memantau suhu dan tanda-tanda vital, memonitor warna kulit dan suhu, monitor intake dan output, berikan *Tepid Sponge Bath* yaitu *Tepid Sponge Bath*, anjurkan menggunakan pakaian yang tipis.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan untuk diagnosa keperawatan keletihan intervensi yang telah dilakukan membantu klien untuk peningkatan latihan peregangan dengan pemberian latihan rentang gerak dan 6 Minute Walk Test, menginstruksikan cara untuk memonitor kepatuhan diri sendiri akan jadwal dan kemajuan mencapai tujuan misalnya

kenaikan sendi ROM, kesadaran melepaskan ketegangan otot, jumlah pengulangan tanpa rasa sakit dan kelelahan.

Intervensi diagnosa keperawatan resiko infeksi intervensi yang telah dilakukan membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien, ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi, batasi jumlah pengunjung, anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien, jaga lingkungan aseptik yang optimal selama penusukan di samping tempat tidur dari saluran penghubung.

Intervensi diagnosa keperawatan resiko perdarahan monitor dengan ketat resiko terjadinya perdarahan pada pasien, mencatat hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah pasien kehilangan darah sesuai indikasi.

Hasil evaluasi pada masalah keperawatan utama yaitu hipertermi adalah setelah memonitor suhu sesering mungkin atau per 2 jam suhu jam 15.00 : 37,3 °C. Jam 17.00 : 38,2 °C. jam 20,00 : 37 °C. Monitor warna dan suhu kulit: warna kulit tidak pucat akral hangat. Memonitor tekanan darah, nadi dan RR: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I., Memonitor intake dan output: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari., Meberikan anti piretik: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5 °C., Melakukan *Tepid Sponge Bath*: *Tepid Sponge Bath* diberikan selama 15 menit dan hasil nya 36,7 °C.

4. Resume keempat

Klien Anak K, laki-laki usia 7 tahun. Klien dirawat di ruang perawatan anak Melati RSUD A. Wahab Sjahranie sejak tanggal 20 November 2019 dengan diagnosa medis AML. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 20 November 2019 dengan keluhan demam yang tidak turun, mual, muntah sejak tanggal 18 november 2019 ibu pasien

mengatakan anak nya sudah mulai demam 3 hari yang lalu dan demam nya tidak kunjung turun meskipun sudah di berikan obat penurun panas yaitu paracetamol, merasa mual setiap kali makan dan minum. BAB cair 1x, terdapat ampas dan lendir. Riwayat ekstremitas lemah sejak MMT yaitu 4,4,4,4, Riwayat kesehatan masa lalu /sejak lahir, pasien tidak mengalami gangguan tumbuh kembang. Saat pengkajian tanggal 19 November 2019, klien demam dengan suhu badan $38,5^{\circ}\text{C}$, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi nafas 23x/menit, ekstremitas lemah, dan klien hanya mampu berbaring di tempat tidur. Pada hasil laboratorium menunjukkan dalam batas tidak normal.

Masalah keperawatan yang teridentifikasi adalah hipertermi, resiko ketidakseimbangan suhu tubuh, resiko infeksi. Implementasi yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, memberikan dan mengedukasi orangtua pasien untuk memberikan nutrisi yang sudah terpilih oleh Spesialis anak dan Ahli Gizi secara rutin, serta mengobservasi skala humpty dumpty per shift dan mengingatkan orangtua klien untuk selalu memasang pagar pengaman tempat tidur dan mengajurkan untuk melakukan *Tepid Sponge Bath* pada anak.

Klien masuk dengan rencana kemoterapi, namun dirumah sakit anak mengalami demam suhu tubuh $38,1^{\circ}\text{C}$ dengan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hb rendah, eritrosit rendah dan ht juga rendah, demam disertai dengan dehidrasi; keluhan demam diawali batuk dan pilek biasa serta penyakit kongenital yang menyertainya; serta keluhan demam yang tidak turun dengan obat penurun panas.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan klien dan menjadi data dasar peneliti untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Masalah keperawatan hipertermi menjadi prioritas pertama dalam susunan daftar diagnosa keperawatan yang dibuat peneliti. hipertermi, hambatan berpindah, resiko infeksi dan risiko jatuh. Pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit rentan

pula terjadi kecelakaan seperti jatuh. Sehingga pencegahan untuk terjadinya risiko jatuh harus menjadi kewaspadaan petugas.

Intervensi keperawatan yang telah direncanakan oleh peneliti berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul antara lain perawatan demam, termoregulasi, manajemen risiko jatuh dan kontrol infeksi. Semua intervensi keperawatan berdasarkan NOC yang dijadikan sebagai kriteria hasil apakah masalah bisa teratasi atau tidak dengan asuhan keperawatan.

Tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menangani masalah/diagnosa keperawatan hipertermi berdasarkan NOC yaitu tanda-tanda vital. Tanda-tanda vital didefinisikan tingkat suhu, denyut nadi, respirasi dan tekanan darah dalam kisaran normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diharapkan pada tanda-tanda vital adalah suhu tubuh, denyut nadi radial, pernapasan dalam kisaran normal waktu 1x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada tanda-tanda vital ialah skor 1 jika sangat terganggu, skor 2 banyak terganggu, skor 3 cukup terganggu, skor 4 sedikit terganggu dan skor 5 tidak terganggu.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi antara lain, Monitor suhu sesering mungkin, untuk memantau fluktuasi suhu tubuh klien (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Monitor warna dan suhu kulit, monitoring tanda vital, kolaborasi pemberian antipiretik dan cairan intravena disertai pemberian tindakan *Tepid Sponge Bath*

Tujuan asuhan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan suhu tubuh berdasarkan NOC yaitu status suhu badan berada pada kisaran 36,5-37,5 °C serta suhu kulit dan warna kulit kembali normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Tanda-tanda vital klien baik dalam waktu 1 x 8 jam, dengan kriteria hasil: suhu 36,5-37,5 °C, warna kulit dan akral normal . Dengan indikator skala : (1) Deviasi jauh dari rentang normal; (2) Deviasi agak besar dari rentang normal;

(3) Deviasi sedang dari rentang normal; (4) Deviasi ringan dari rentang normal; (5) Tidak ada deviasi dari rentang normal.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan yaitu Manajemen termoregulasi (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain, memonitor suhu minimal per 2 jam, memonitor suhu dan warna kulit, meningkatkan intake cairan dan nutrisi, merencanakan memonitor suhu secara kontinue. Kolaborasi medis.

Tujuan yang diharapkan berdasarkan NOC yaitu pengetahuan pencegahan infeksi, yang artinya tingkat pemahaman yang disampaikan tentang pencegahan infeksi (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diinginkan adalah dapat menyesuaikan strategi kontrol resiko, menyesuaikan strategi kontrol resiko yang sudah ditentukan, Skor 1 tidak tahu, skor 2 sedikit tahu, skor 3 cukup tahu, skor 4 banyak tahu dan skor 5 sangat banyak tahu. Sehingga penulis memilih skor 4 untuk nilai masing-masing itemnya.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan untuk risiko infeksi ialah kontrol resiko. Resiko infeksi memiliki pengertian ialah rentang mengalami infeksi dan multiplikasi organisme pathogen yang dapat mengganggu kesehatan (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain menganjurkan cara cuci tangan yang tepat, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, menganjurkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan, mengajarkan cara batuk yang baik dan benar.

C. Evidence Based Nursing (EBN) Practice

Penerapan Evidence Based Nursing: Pengaruh Pemberian *Tepid Spong Bath* Terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak yang dirawat di Ruang Melati RSUD AWS Samarinda.

1. Latar Belakang

Menjaga kesehatan anak menjadi perhatian khusus saat pergantian musim yang umumnya disertai dengan berkembangnya berbagai penyakit. Kondisi anak dari sehat menjadi sakit mengakibatkan tubuh bereaksi untuk meningkatkan suhu yang disebut demam (Alimul, 2018).

Demam adalah peninggian suhu tubuh dari variasi suhu normal sehari-hari yang berhubungan dengan peningkatan titik patokan suhu di hipotalamus. Demam terjadi pada oral temperature $>37,2$ (Dinarello & Gelfand, 2005). Gejala demam dapat dipastikan dari pemeriksaan suhu tubuh yang lebih tinggi dari rental normal. Dikatakan demam, apabila pada pengukuran suhu rectal >38 atau suhu oral 37 atau suhu aksila $37,2$ (Greg Kelly, 2006). Demam biasanya disebabkan infeksi (bakteri, virus, jamur atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat-obatan (Kaneshiro & Zieve, 2010).

Demam merupakan tanda klinis suatu penyakit pada anak. Gangguan kesehatan ini sering dihadapi oleh tenaga kesehatan. Secara tradisional, demam diartikan sebagai kenaikan suhu tubuh di atas normal, jika demam tidak segera diatasi akan menimbulkan efek yang serius pada anak yaitu dapat menyebabkan dehidrasi dan kejang demam. Banyak orang tua yang kurang mengerti tentang penanganan demam, dan mengakibatkan anak menderita dehidrasi dan kejang karena penanganan yang tidak tepat (Anver, 2009). Secara teoritis kenaikan suhu tubuh pada infeksi dinilai menguntungkan, oleh karena aliran darah makin cepat sehingga makanan dan oksigenasi makin

lancar. Namun suhu terlalu tinggi (diatas 37,5) pasien mulai merasa tidak nyaman, aliran darah cepat, jumlah darah untuk mengalir organ vital (otak, jantung, paru) bertambah, sehingga volume darah ke ekstremitas dikurangi, akibatnya ujung kaki dan tangan teraba dingin. Demam yang tinggi memacu metabolisme yang sangat cepat, jantung dipompa lebih kuat dan cepat, frekuensi napas lebih cepat, sehingga menyebabkan hipertermia (Henretig, 2006).

Demam (hipertermi) adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh lebih tinggi dari biasanya, dan merupakan gejala dari suatu penyakit (Maryunani, 2010). Hipertermi adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (set point) lebih dari 37oC, yang biasanya diakibatkan oleh kondisi tubuh atau eksternal yang menciptakan lebih banyak panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh (Wong, 2008). Demam merupakan respon normal tubuh terhadap adanya infeksi. Infeksi adalah keadaan masuknya mikroorganisme kedalam tubuh, dapat berupa virus, bakteri, parasit, maupun jamur. Demam pada anak umumnya disebabkan oleh infeksi virus (Setiawati, 2009). Demam juga dapat disebabkan oleh paparan panas yang berlebihan (overhating), dehidrasi atau kekurangan cairan, alergi maupun dikarenakan gangguan sistem imun (Lubis, 2009).

Demam adalah mekanisme perlawanan tubuh terhadap infeksi virus atau bakteri. Demam biasanya tidak berbahaya, umumnya demam terjadi akibat infeksi biasa, seperti pilek dan nyeri lambung. Infeksi ini biasanya disebabkan virus dan dapat sembuh tanpa pengobatan. Demam karena infeksi dapat berlangsung relatif singkat. Dapat pula karena bakteri, seperti infeksi pada telinga, paru-paru, kandung kemih atau ginjal. Infeksi karena bakteri memerlukan antibiotik, demam dapat terjadi karena vaksinasi yang rutin dan bukan alasan untuk menghindari vaksin yang dianjurkan.

Demam terjadi bila berbagai proses infeksi dan noninfeksi berinteraksi dengan mekanisme pertahanan hospes. Pada kebanyakan

anak demam disebabkan oleh agen mikrobiologi yang dapat dikenali dan dapat menghilang sesudah masa yang pendek. Demam pada anak dapat digolongkan sebagai (1) demam yang singkat dengan tanda-tanda yang mengumpul pada satu tempat sehingga diagnosis dapat ditegakkan melalui riwayat klinis dan pemeriksaan fisik, dengan atau tanpa uji laboratorium; (2) demam tanpa tanda-tanda yang mengumpul pada satu tempat, sehingga riwayat dan pemeriksaan fisik tidak memberi kesan diagnosis, tetapi uji laboratorium dapat menegakkan etiologi; (3) demam yang tidak diketahui sebabnya (Faridah BD1 , Elda Yusefni2 , Ingges Dahlia Myzed3., 2018)

Anak mulai merasakan ketidaknyamanan dan akral teraba dingin ketika suhu tubuh sudah diatas $38,5^{\circ}\text{C}$. Masalah lain pada kondisi demam tinggi adalah meningkatnya laju metabolik. Laju metabolik meningkat 10% untuk setiap kenaikan suhu tubuh satu derajat celcius dan meningkat tiga sampai lima kali selama menggigil serta akan meningkatkan kebutuhan oksigen, cairan dan kalori (Potter & Perry, 2009).(at, Aulya fahnida.2019)

Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh yaitu terapi farmakologis penggunaan obat antipiretik dan nonfarmakologis. Upaya nonfarmakologis yang dapat dilakukan yaitu mengenakan pakaian tipis, lebih sering minum, banyak istirahat, mandi dengan air hangat, memberi *Tepid Sponge Bath* dan upaya farmakologis yaitu memberikan obat penurun panas (Aden, 2010).

Penanganan demam terbagi menjadi dua yaitu tindakan farmakologis dan nonfarmakologis. Tindakan farmakologis yaitu tindakan pemberian obat sebagai penurun demam atau yang sering disebut dengan antipiretik. Antipiretik bekerja secara sentral menurunkan pusat pengatur suhu di hipotalamus, yang diikuti respon fisiologis termasuk penurunan produksi panas, peningkatan aliran darah ke kulit, serta peningkatan pelepasan panas melalui kulit dengan radiasi, konveksi, dan penguapan. Namun penggunaan antipiretik

memiliki efek samping yaitu mengakibatkan spasme bronkus, peredaran saluran cerna, penurunan fungsi ginjal dan dapat menghalangi supresi respons antibodi serum (Sumarmo, 2010). Antipiretik (parasetamol dan ibuprofen) tidak harus secara rutin digunakan dengan tujuan tunggal untuk mengurangi suhu tubuh pada anak dengan demam (NICE Clinical Guidelines, 2007). Tindakan nonfarmakologis adalah tindakan penurunan demam dengan menggunakan terapi fisik seperti menepatkan anak di ruang bersuhu dan bersirkulasi baik, mengganti pakaian anak dengan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, memberikan cairan yang adekuat dan memberi *Tepid Sponge Bath* (Saito, 2013). Pemberian *Tepid Sponge Bath* merupakan tindakan mandiri yang dapat dilakukan perawat.

Selain penggunaan obat antipiretik, penurunan suhu tubuh dapat dilakukan secara fisik (non farmakologik) yaitu dengan penggunaan energi panas melalui metoda konduksi dan evaporasi. Metode konduksi yaitu perpindahan panas dari suatu objek lain dengan kontak langsung. Ketika kulit hangat menyentuh yang hangat maka akan terjadi perpindahan panas melalui evaporasi, sehingga perpindahan energi panas berubah menjadi gas (Potter dan Perry, 2009).

Contoh dari metode konduksi dan evaporasi adalah penggunaan *Tepid Sponge Bath* hangat, dan juga dapat dilakukan dengan obat tradisional. Obat tradisional adalah obat yang diolah secara tradisional dan diajarkan secara turun temurun berdasarkan resep nenek moyang, adat istiadat, kepercayaan atau kebiasaan setempat. Dari hasil berbagai penelitian, obat tradisional terbukti memiliki efek samping yang minim bahkan tanpa menimbulkan efek samping, karena bahan kimia yang terkandung dalam tanaman obat tradisional sebagian besar dapat dimetabolisme oleh tubuh (Tusilawati, 2010).

Secara umum penanganan untuk demam ada berbagai macam, diantaranya dapat ditangani dengan menggunakan *Tepid Sponge Bath*, menggunakan obat-obatan yang mengandung bahan kimia dan obat

tradisional (obat herbal). Obat secara tradisional yang digunakan dalam mengatasi demam pada anak berfungsi sebagai penurun suhu tubuh diantaranya menggunakan daun jarak (obat luar), temulawak (obat oral / minum)

Beberapa tindakan *Tepid Sponge Bath* yang dapat dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh antara lain *Tepid Sponge Bath* hangat basah, *Tepid Sponge Bath* hangat kering menggunakan buli-buli hangat, *Tepid Sponge Bath* dingin basah dengan air biasa, *Tepid Sponge Bath* dingin kering dengan kibat es, *Tepid Sponge Bath* plester (Asmadi, 2008). *Tepid Sponge Bath* merupakan pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan. *Tepid Sponge Bath* hangat yaitu metode pemeliharaan suhu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan suhu hangat yang bertujuan untuk memperlancar sirkulasi darah dan memberi hangat serta nyaman (Asmadi, 2008).

Pemberian *Tepid Sponge Bath* hangat pada daerah aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dalam tubuh kekulit hingga delapan kali lebih banyak salah satu alternative yang dapat digunakan untuk mengendalikan demam adalah *Tepid Spong Bath* (Cahyaningrum, 2014).

Perawat sebagai salah satu unit pemberi pelayanan kesehatan, memiliki peran untuk mempertahankan dan memelihara kenyamanan pasien. Teknik perawatan yang tepat, pembinaan dan pendampingan pasien yang sesuai dengan kondisi pasien, serta mempertahankan kepuasan pasien selama dalam perawatan, merupakan bentuk

pelayanan prima yang dapat mempertahankan atau meningkatkan kenyamanan pasien (Kolcaba, 2010).

Dari uraian tersebut diatas penulis tertarik untuk melakukan penerapan Evidence Based Nursing: Manajemen hipertermi *Tepid Spong Bath* terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak usia sekolah yang dirawat di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

2. Analisis PICO

Pendekatan PICO (Population Intervention Comparison Outcome) digunakan dalam melakukan perumusan masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisis PICO, pertanyaan klinis dalam evidence based nursing ini adalah “apakah pengaruh pemberian *tepid spong bath* terhadap penurunan suhu tubuh pada anak?”. Penjabaran analisa PICO dalam perumusan masalah klinis, adalah sebagai berikut:

- a. Problem: Demam pada anak yang di sedang dirawat
- b. Intervention : *Tepid Spong bath* dan pemberian antipiretik
- c. Comparison : -
- d. Outcome: Penurunan suhu tubuh

Search Strategy

Menggunakan kata kunci, *Tepid Song Bath*, body temperature, children with fever, hipertermi Peneliti memasukkannya ke dalam search engine jurnal seperti Science Direct, website google dan google scholar. Artikel ditelusuri dalam bahasa indonesia dan bahasa inggris, Full Text dalam jangka waktu 10 tahun terakhir. Penelusuran yang dilakukan mendapatkan hasil 120 artikel yang diidentifikasi. Kesesuaian antara pelaksanaan intervensi, problem dan populasi dipilih satu artikel yang sesuai yaitu Perbedaan Penurunan Suhu Tubuh Antara Pemberian *Tepid Spong bath* Dengan Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Demam dan tiga artikel pendukung, yaitu:

- a. Efektifitas Tepid Sponge Bath Suhu 32°C dan 37°C Dalam Menurunkan Suhu Tubuh Anak Demam (Kusnanto¹, Indah Sri Cahyanti²)
- b. Pengaruh *Tepid Sponge Bath* hangat suhu tubuh anak demam. (Cahyaningrum¹, 2017)
- c. Pengaruh pemberian *Tepid Sponge Bath* sebagai penurun suhu tubuh pada anak balita demam di puskesmas lubuk buaya kota padang tahun 2018, (Ingges Dahlia¹, 2018)

Ringkasan Jurnal Utama

Tujuan utama dari penelitian ini adalah untuk membandingkan keefektifan pemberian *tepid spong* dan obat antipiretik pada anak-anak demam. Desain penelitian yang digunakan pada penelitian tersebut adalah *Quasy experimental pre test and post test design*.

Pengumpulan data dengan melakukan pengukuran langsung kepada anak demam, memberikan intervensi berupa *Tepid Sponge Bath*, dan melakukan pengukuran kembali untuk mendapatkan data primer. Pengolahan data dilakukan dengan komputer dengan langkah-langkah: Editing (Memeriksa data), Coding (Memberi kode), Transferring (Memindahkan data), Tabulating (Menyusun data), Entry Data (Memasukkan data), Cleaning (Membersihkan data).

Analisis statistik parametrik, data harus memenuhi persyaratan distribusi tertentu. Uji prasyarat yang harus dipenuhi yaitu uji normalitas data. Data sampel hendaknya memenuhi persyaratan distribusi normal. Uji normalitas data menggunakan uji Shapiro-Wilk karena jumlah sampelnya kecil (≤ 50). Hasil uji normalitas dengan Shapiro-Wilk adalah data tidak berdistribusi normal, oleh karena itu menggunakan analisis statistik non parametrik. Pada penelitian ini, yang dianalisis adalah suhu tubuh anak sebelum dan suhu tubuh anak setelah dilakukan *Tepid Songe bath*. Teknik analisis yang digunakan untuk non parametrik adalah Wilcoxon.

Peneliti menetapkan Confidence Interval (CI) 95 % dengan taraf signifikansi (α) = 5 % (0,05). Hasil penelitian menunjukkan bahwa

terdapat pengaruh *Tepid Sponge Bath* terhadap suhu tubuh anak demam.

Telaah Kritis terhadap Jurnal Terpilih (Critical Appraisal)

a. *Validity* (Validitas)

1. Validitas seleksi

Jurnal penelitian yang saya gunakan ini menggunakan rancangan penelitian pra-eksperimental dengan pendekatan One-group pra-post test design yang menggunakan teknik pengambilan sampel dengan menggunakan Purposive Sampling dan tidak dijelaskan berapa jumlah sampel secara keseluruhan.

Pengumpulan data dengan melakukan pengukuran langsung kepada anak demam, memberikan intervensi berupa *Tepid Songe bath*, dan melakukan pengukuran kembali untuk mendapatkan data primer. Pengolahan data dilakukan dengan komputer dengan langkah-langkah: Editing (Memeriksa data), Coding (Memberi kode), Transferring (Memindahkan data), Tabulating (Menyusun data), Entry Data (Memasukkan data), Cleaning (Membersihkan data).

Analisis univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Penyajian hasil disajikan secara deskriptif meliputi umur, jenis kelamin, status gizi, waktu mencapai suhu normal, suhu sebelum *Tepid Songe bath*, suhu setelah *Tepid Songe bath*, dan selisih suhu tubuh sebelum dan setelah *Tepid Songe bath*. Analisis statistik parametrik, data harus memenuhi persyaratan distribusi tertentu. Uji prasyarat yang harus dipenuhi yaitu uji normalitas data. Data sampel hendaknya memenuhi persyaratan distribusi normal. Uji

normalitas data menggunakan uji Shapiro-Wilk karena jumlah sampelnya kecil (≤ 50).

Dapat disimpulkan bahwa validitas seleksi secara umum cukup baik dan tidak mengganggu validitas penelitian secara keseluruhan.

2. Validitas pengontrolan variabel perancu

Peneliti melakukan analisis perbedaan data dalam kelompok perawatan rutin dan kelompok pra-eksperimental. Hal ini menunjukkan bahwa karakteristik responden tidak mempengaruhi penelitian.

Kesimpulan dalam penelitian ini adalah validitas pengontrol variabel perancu secara umum baik karena tidak mengganggu validitas penelitian secara menyeluruh.

3. Validitas informasi

Peneliti telah menjelaskan semua variabel yang diukur dalam penelitian yaitu umur, jenis kelamin, status gizi, waktu mencapai suhu normal, suhu sebelum *Tepid Songe bath*, suhu setelah *Tepid Songe bath*, dan selisih suhu tubuh sebelum dan setelah *Tepid Sponge Bath*. Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas informasi penelitian ini cukup baik, karena sudah dijelaskan oleh peneliti secara menyeluruh.

4. Validitas hubungan kausal

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata umur responden adalah 28.86 bulan, usia minimal adalah 3 bulan dan usia maksimal adalah 60 bulan. Peneliti mengkategorikan umur responden dalam rentang 0-6 tahun yang dalam tahap perkembangannya merupakan masa bayi (0-1 tahun), toddler (2-3 tahun) dan masa pra sekolah (3-6 tahun) dimana regulasi suhu belum stabil.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan yaitu sejumlah 26

anak (52.0%). Secara umum perempuan mengalami fluktuasi suhu tubuh yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Perempuan juga dianggap memiliki daya tahan tubuh yang lebih rendah dibandingkan laki-laki meskipun tidak selalu benar karena banyak faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi daya tahan tubuh seperti lingkungan, gizi, penyakit, dan sebagainya. Dalam penelitian ini sebagian besar penderita demam berjenis kelamin perempuan dimungkinkan juga karena jumlah anak perempuan di wilayah Kembaran lebih banyak dibandingkan jumlah anak laki-laki.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki status gizi baik yaitu sejumlah 43 anak (86.0%). Status gizi adalah keadaan yang diakibatkan oleh status keseimbangan antara jumlah asupan zat gizi dan jumlah yang dibutuhkan (requirement) oleh tubuh untuk berbagai fungsi biologis (pertumbuhan fisik, perkembangan, aktivitas, pemeliharaan kesehatan, dan lain lain) (Zerfas, 1986).

Waktu mencapai suhu normal hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mencapai suhu tubuh normal dalam waktu 10 menit yaitu sejumlah 15 anak (30.0%). *Tepid Songe bath* cepat menurunkan suhu tubuh anak dengan demam. Fakta tersebut terjadi karena intervensi tersebut pada penanganan umumnya menggunakan prinsip radiasi, konduksi, konveksi dan evaporasi. (Tusilawati, 2010)

Suhu tubuh anak sebelum *Tepid Songe bath* hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata suhu tubuh anak sebelum kompr *Tepid Songe bath* yaitu 37.832°C , suhu terendah 37.6°C , dan suhu tertinggi 38.5°C Responden mengalami demam pada suhu tersebut sesuai dengan teori

Sherwood (2001) dan Hidayat (2005) yang menyatakan bahwa demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas normal

Suhu tubuh anak setelah *Tepid Songe bath* hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata suhu tubuh anak setelah *Tepid Songe bath* yaitu 37.098oC, suhu terendah 36.3 oC, dan suhu tertinggi 37.2 oC. Responden mengalami penurunan suhu tubuh setelah dilakukan *Tepid Songe bath* sehingga suhu menjadi normal. Suhu tersebut sesuai dengan teori Kaneshiro and Zieve (2010) yang mengatakan bahwa suhu tubuh normal berkisar antara 36,5°C-37,2°C.

Selisih suhu tubuh anak sebelum dan setelah diberi *Tepid Songe bath* hasil penelitian menunjukkan bahwa rerata selisih suhu tubuh anak sebelum dan setelah *Tepid Sponge Bath* yaitu 0.742 °C, selisih suhu terendah 0.3 °C, dan selisih suhu tertinggi 1.8 °C. Responden mengalami penurunan suhu tubuh setelah dilakukan *Tepid Songe bath*. Hal tersebut sesuai dengan teori Berman (2009) yang menyatakan bahwa pada dasarnya menurunkan demam pada anak dapat dilakukan secara fisik, obat-obatan maupun kombinasi keduanya

5. Validitas eksternal

Validitas eksternal 1 dapat dilihat dari metode uji klinis acak yang digunakan dalam penelitian. Perhitungan rumus sampelnya tidak dipaparkan secara jelas sehingga merupakan kelemahan penelitian.

Validitas eksternal 2 dapat dilihat dari penentuan jumlah sampel, Peneliti tidak menjelaskan secara jelas jumlah sampel secara keseluruhan yang digunakan, sehingga dapat menjadi kelemahan penelitian

Kesimpulan dari penelitian ini validitas eksternal cukup baik.

b. Importance (Kepentingan)

Rekomendasi penelitian ini adalah nursing intervensi diberikan kepada pasien yang mengalami demam dan untuk menurunkan suhu tubuh

c. Applicability (Kemampulaksanaan)

Peneliti menjelaskan secara kemampulaksanaan (applicability) hasil penelitian menunjukkan bahwa anak yang diberikan *Tepid Songe bath* lebih efektif dan lebih cepat dibandingkan dengan anak yang tidak *Tepid Songe bath*.

3. Penerapan Evidence Based Nursing (EBN)

A. Persiapan

pelaksanaan dengan penyusunan proposal EBN, antara lain:

- a) Penyusunan proposal berdasarkan fenomena yang ditemukan selama praktik profesi Ners.
- b) Analisis masalah menggunakan analisa PICO (Problem, Intervention, Comparison, Outcome).
- c) Pencarian jurnal terkait dengan penanganan demam pada anak. Jurnal yang telah didapatkan, kemudian dipilih jurnal yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung.
- d) Mahasiswa membuat proposal EBN yang dikonsulkan dengan pembimbing klinik dan pembimbing akademik untuk mendapatkan masukan dan saran.
- e) Setelah mendapatkan persetujuan dari pembimbing, peneliti melaksanakan penerapan EBN
- f) Setelah mendapatkan persetujuan, penulis menyiapkan persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan seperti: lembar observasi, thermometer digital, dan peralatan untuk tindakan *Tepid Sponge Bath*. Pasien yang dijadikan target inovasi atas sepengetahuan pembimbing klinik Ruang Melati dan disepakati bersama.
- g) Menyusun hasil penelitian yang telah didapatkan dan mempresentasikan hasil EBN.

B. Pelaksanaan

Pelaksanaan EBN dilakukan di ruang Melati, pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 11 November 2019 hingga tanggal 27 Desember 2019. Jumlah Responden yang dilakukan pada penerapan EBN ini yaitu sebanyak 4 pasien. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yaitu:

1) Kriteria inklusi

- a) Anak yang mengalami demam dan dirawat di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b) Suhu tubuh anak diatas $> 38,0^{\circ}\text{C}$.
- c) Orang tua yang bersedia dilakukan penelitian.

2) Kriteria eksklusi

- a) Anak usia 0-5 tahun dan anak usia diatas 13 tahun
- b) Cidera sendi, edema, luka dan injury
- c) Suhu tubuh anak tidak diatas $> 38,0^{\circ}\text{C}$.
- d) Orang tua yang menolak dilakukan penelitian

Pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desain penelitian quasi eksperimental dengan jenis one group pretest posttest design, rancangan ini mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan satu kelompok subyek, kemudian kelompok subyek akan diobservasi sebelum dilakukan intervensi, selanjutnya diobservasi lagi setelah dilakukan intervensi (Nursalam, 2008).

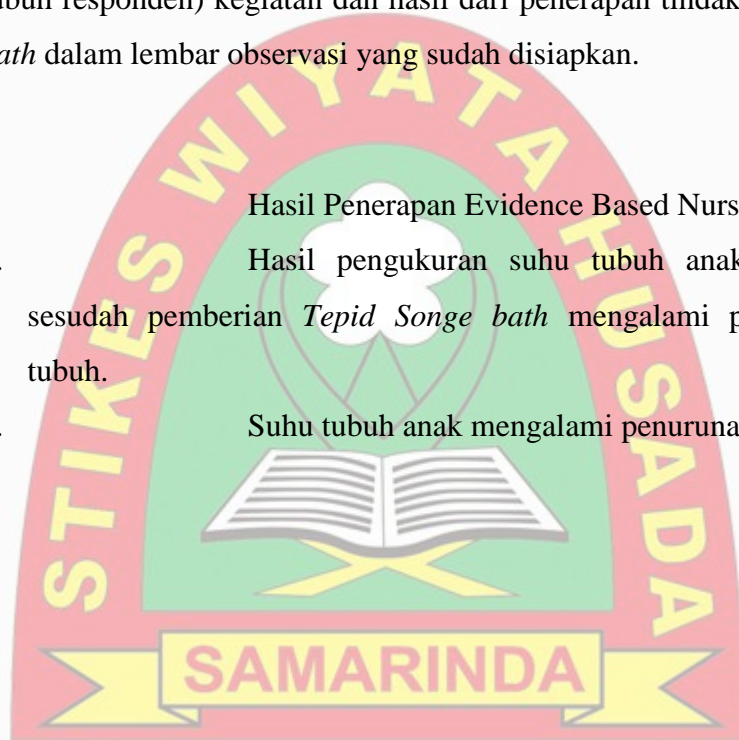
Notoadmojo (2012) mengatakan sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dan populasi untuk dapat mewakili populasi. Populasi sampe yang digunakan dalam penelitian ini adalah Total Sampling,

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri dari atas objek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk di pelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiono,2012).

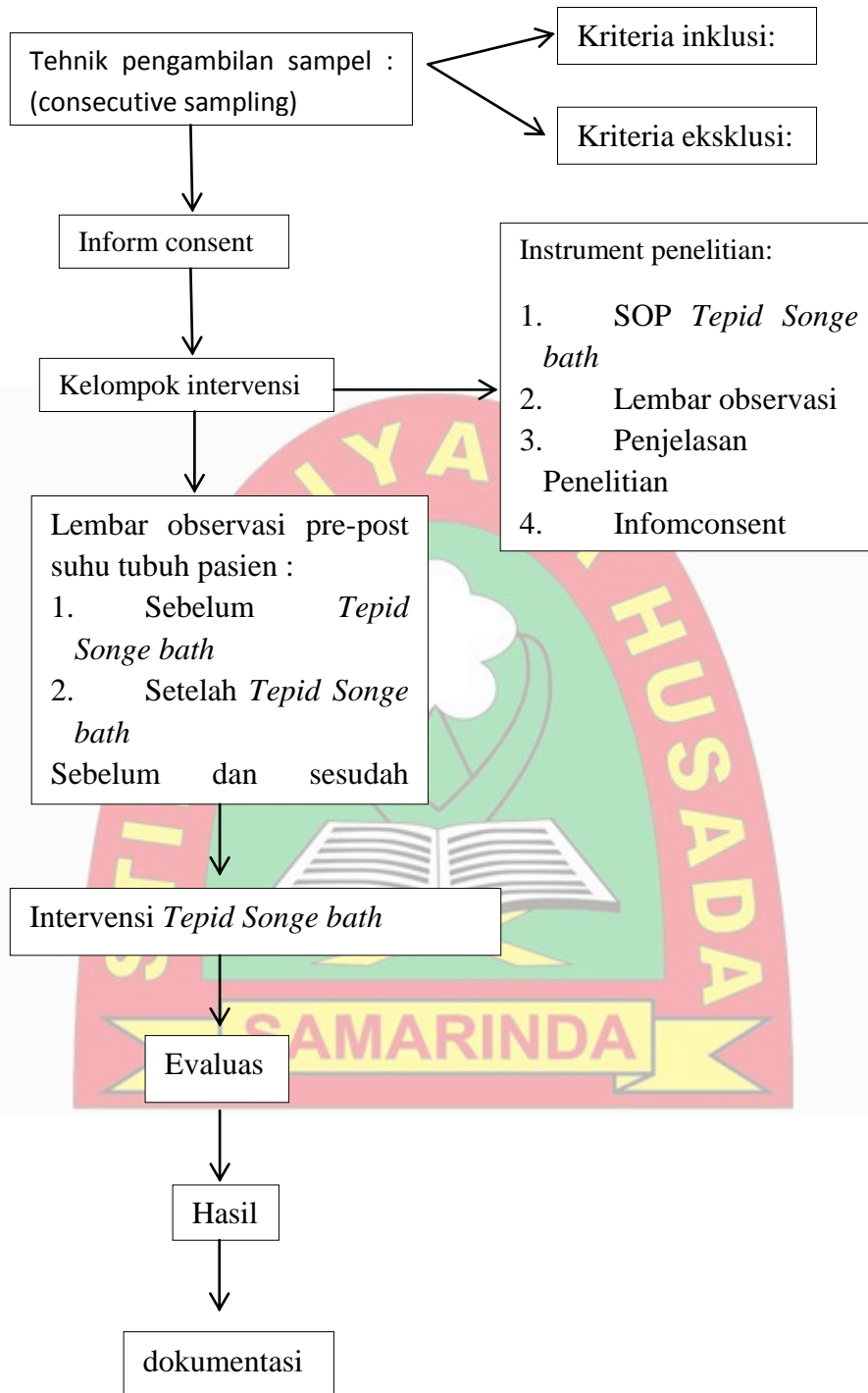
Target populasi dalam penelitian ini adalah anak usia sekolah 1-9 tahun yang menjalani perawatan di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab

Sajahrane Samarinda. Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan responden akan edukasi. Peneliti melakukan pengukuran suhu tubuh sebelum dilakukan tindakan *Tepid Songe bath*. Kelompok ini peneliti melakukan tindakan *Tepid Songe bath* kepada responden, setelah itu melakukan pengukuran suhu. Peneliti melakukan penerapan tindakan *Tepid Songe bath* kepada responden selama waktu 10-15 menit, dengan mengganti waslap setiap 5 menit serta mengobservasi suhu setiap 15 menit. Peneliti mendokumentasikan (suhu tubuh responden) kegiatan dan hasil dari penerapan tindakan *Tepid Songe bath* dalam lembar observasi yang sudah disiapkan.

- C. Hasil Penerapan Evidence Based Nursing
1. Hasil pengukuran suhu tubuh anak sebelum dan sesudah pemberian *Tepid Songe bath* mengalami perubahan suhu tubuh.
 2. Suhu tubuh anak mengalami penurunan



Skema 1 alur penelitian



BAB IV

PEMBAHASAN

A. Pembahasan kasus kelolaan

1. Pengkajian

Klien yang menjadi kasus kelolaan penelitian adalah anak dengan diagnosa medis leukemia limfoblastik akut (All), alasan masuk An, R dengan keluhan demam >4 hari, anemia, Hb rendah, sudah diberikan obat penurun panas, namun demam tidak turun. Keluhan lain yang didapat setelah dikaji adalah An, R tidak bisa berpindah dari posisi duduk ke berdiri karena klien merasa pusing dan merasa mual jika berdiri, dan membuat pasien hanya berbaring di tempat tidur saja.

Pengkajian yang dilakukan pada klien pada tanggal 19 november 2019 lalu yaitu An, R berjenis kelamin Perempuan, usia 12 tahun, keluhan saat pengkajian adalah demam tidak mau turun cepat meskipun sudah diberikan obat penurun panas, keluhan lain adalah klien tidak bisa berpindah dari posisi duduk ke posisi berdiri sehingga aktivitas klien hanya berbaring di tempat tidur. Pemeriksaan fisik didapat GCS 15 dengan perincian Eye: 4, Verbal: 5, Motorik: 6. Pengukuran tanda-tanda vital didapat suhu 38,5 °C, akral teraba panas, kulit tampak pucat, klien terpasang infus cairan D51/2NS 500cc/24 jam, hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 22 november 2019 menunjukkan: eritrosit: 2,5. HB: 7,6. HT: 2,8. PLT: 16. Hasil pemeriksaan MMT didapat kekuatan otot 4,4,4,4 menunjukkan bahwa ekstremitas bawah dan atas dapat bergerak mengangkat namun tidak bisa menahan beban.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah berdasarkan trophicognosis atau pertanyaan atau justifikasi masalah. Belum adanya pengelompokan intervensi, maka penulis melakukan secara mandiri dengan melihat batasan karakteristik masalah keperawatan berdasarkan buku diagnosa keperawatan NANDA 2015 – 2017. Diagnose keperawatan yang berhubungan

dengan masalah klien diatas yang diambil berdasarkan batasan karakteristik keluhan pasien adalah hipertermi, hambatan mobilitas fisik, dan resiko infeksi. Diagnosa keperawatan yang muncul sebagai masalah utama dalam kasus kelolaan adalah hipertermi. Hipertermi menurut NANDA (2015) didefinisikan sebagai suhu tubuh diatas kisaran normal diurnal karena karena kegagalan termoregulasi. Pengangkatan diagnosa hipertermia berdasarkan batasan karakteristik yang dimiliki dari pasien, antara lain gelisah, suhu badan diatas 38,0⁰C, kulit teraba hangat. Beberapa faktor yang berhubungan dengan hipertermi dikarenakan dehidrasi, peningkatan laju metabolisme dan penyakit Suhu tubuh klien berada diatas atau sama dengan 38,0⁰C.

Diagnose selanjutnya adalah hambatan mobilitas fisik, menurut NANDA, 2015-2017. Diagnose hambatan mobilitas fisik di definisikan sebagai keterbatasan dalam bergerak fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah, diagnose ini diangkat oleh peneliti berdasarkan batasan karakteristik klien yaitu: gangguan sikap berjalan, Gerakan tidak terkoordinasi, Penurunan kemampuan melakukan ketrampilan motoric kasar, sedangkan factor yang berhubungan adalah Fisik tidak bugar, Intoleransi aktifitas. Diagnose hambatan mobilitas fisik diangkat karena klien mengeluh tidak bisa duduk ataupun berdiri karena merasa pusing atau mual, aktivitas klien hanya berbaring, gerakan kaki dan tangan juga kurang terkoordinasi atau bergetar seperti tremor. Hal ini dapat terjadi karena terlalu lama berbaring yang membuat kekauan otot atau terjadinya kelemahan pada otot dan dipengaruhi oleh proses penyakit yaitu reaksi system imun tubuh melawan penyakit atau proses inflamasi (Cahyono, 2012).

Diagnose selanjutnya adalah diagnosa keperawatan resiko infeksi, Resiko infeksi dalam NANDA 2015-2017 didefinisikan sebagai rentang mengalami invasi dan multiplikasi organisme patogenik yang dapat mengganggu kesehatan, yang diangkat berdasarkan pengkajian dengan faktor resiko ditemukan adanya kurang pengetahuan untuk menghindari pemajan pathogen, Leukopenia, Penyakit, penurunan HB

(Nanda, Klien berisiko terjadi infeksi didukung oleh nilai leukosit yang turun (leukopenia) dengan nilai hb $7,6 \text{ } 10^3/\mu\text{L}$.

Gangguan integritas kulit ditandai dengan mukosa bibir klien kering. Prosedur invasif pemasangan infus juga dapat menyebabkan risiko infeksi. 2015). Komplikasi ini yang sering ditemukan dalam terapi kanker masa anak-anak adalah infeksi berat sebagai akibat sekunder karena neutropenia. Infeksi yang dapat terjadi adalah Stomatitis dan sistitis (Cahyono, 2012). Risiko infeksi menurunnya sistem pertahanan tubuh sekunder gangguan SDP, peningkatan jumlah limfosit immature, immunosupresi, penekanan sumsum tulang (Andan, 2010). Dalam pengkajian yang didapatkan pada hasil laboratorium Leukosit : $38,70 \text{ } 10^3/\mu\text{L}$. Sel darah putih berperan sebagai pelindung daya tahan tubuh, terutama melawan penyakit infeksi. Pada Penderita Leukemia, sel darah putih yang terbentuk adalah tidak normal (abnormal) sehingga tidak berfungsi semestinya. Akibatnya tubuh penderita rentan terkena infeksi virus/bakteri, bahkan dengan sendirinya akan menampilkan keluhan adanya demam, pilek dan batuk.

3. Intervensi Keperawatan

Tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menangani masalah/diagnosa keperawatan hipertermi berdasarkan NOC yaitu termoregulasi dengan tujuan klien dapat melaporkan kenyamanan suhu 4, penurunan suhu kulit 4, hipertermi 4. (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diharapkan melaporkan kenyamanan suhu, penurunan suhu kulit, hipertermi dalam kisaran normal dalam waktu 1x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada tanda-tanda vital ialah skor 1 jika sangat terganggu, skor 2 banyak terganggu, skor 3 cukup terganggu, skor 4 sedikit terganggu, dan skor 5 tidak terganggu. Pada kasus ini penulis memberi nilai/skor 4 pada masing-masing item. Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi antara lain: monitor suhu sesering mungkin sesuai kebutuhan, untuk memantau fluktuasi suhu tubuh

klien. (Bulecheck, Butcher, dkk 2013); monitor warna dan suhu kulit, monitoring tanda vital, berikan kompres hangat yang diganti dengan Tepid Spong Bath, kolaborasi pemberian antipiretik, anjurkan untuk menggunakan pakaian yang tipis.

Tujuan asuhan keperawatan dengan masalah hambatan mobilitas fisik berdasarkan NOC yaitu Berjalan dengan langkah yang efektif(4), Berjalan dalam jarak yang dekat <1 blok/20 meter(4), Berjalan mengelilingi kamar(4) (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Dengan skala 1. Sangat terganggu, 2. Banyak terganggu, 3. Cukup terganggu, 4. Sedikit terganggu, 5. Tidak terganggu. Setelah dilakukan tindakan keperawatan mobilitas fisik kembali normal dalam waktu 1x 24 jam. Intervensi NIC yang dilakukan adalah Terapi latihan : ambulasi, bantu pasien duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh, bantu pasien berpindah sesuai kebutuhan, bantu pasien dengan ambulasi awal jika diperlukan, bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi dengan jarak tertentu dengan sejumlah staf, bantu pasien untuk membangun pencapaian yang realistis untuk ambulasi jarak, dorong ambulasi independen dalam batas normal, dorong pasien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin. dengan kriteria hasil klien dapat melaporkan dapat berjalan dengan langkah yang efektif, penurunan suhu tubuh, hipertermi, kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 5555. (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013).

Tujuan asuhan keperawatan dari masalah keperawatan risiko infeksi yang diharapkan berdasarkan NOC ialah kontrol resiko yang berarti tindakan individu untuk mengerti, mencegah, mengeliminasi atau mengurangi ancaman infeksi (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Setelah dilakukan intervensi selama 1x8 jam diharapkan keluhan klien berkurang dengan kriteria hasil: mengidentifikasi faktor risiko infeksi; mengetahui perilaku yang berhubungan dengan risiko infeksi; mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi; mempertahankan lingkungan yang bersih; mencuci tangan, menyesuaikan strategi kontrol resiko, menjalankan strategi kontrol

yang sudah ditetapkan. Indikator skala yang digunakan adalah (1) Tidak pernah menunjukkan, (2) Jarang menunjukkan, (3) Kadang-kadang menunjukkan, (4) Sering menunjukkan, (5) Secara konsisten menunjukkan. (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi NIC yang dilakukan adalah mengajarkan cara cuci tangan yang tepat yaitu gerakan 6 langkah cuci tangan, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan atau tindakan invasive, mengajurkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan, menganjurkan atau mengajarkan cara batuk efektif, dengan cara menutup wajah dengan lengan saat batuk atau menggunakan masker. Hasil yang diharapkan adalah klien mampu menyesuaikan strategi kontrol resiko dan klien mampu menjalankan strategi kontrol resiko yang sudah ditetapkan.

4. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap terakhir dari asuhan keperawatan, berdasarkan tindakan yang telah dilakukan kepada klien sesuai NOC dan NIC diagnosa pertama yaitu hipertermi, hasil yang diharapkan yaitu suhu tubuh klien berada di kisaran normal yaitu 36,5-37,5⁰C. perkembangan suhu tubuh pasien saat hari pertama dilakukan intervensi sangat tidak stabil, namun tetap ada perubahan suhu setelah dilakukan intervensi yaitu dari sebelumnya 38,2 ⁰C setelah dilakukan intervensi kompres bawang selama >15 menit suhu menjadi 37 ⁰C. pada hari kedua suhu klien juga tidak stabil dan ibu mengatakan demam/suhu tubuh anak susah turun, sudah dikompres air hangat, namun setelah dilakukan intervensi selama >15 menit ada perubahan penurunan suhu tubuh dari awalnya 37,9 ⁰C menjadi 37 ⁰C, pada hari ketiga suhu tubuh pasien berangsur membaik, sebelum dilakukan intervensi suhu tubuh pasien 37,5 ⁰C setelah dilakukan intervensi menjadi 36,2 ⁰C, pengukuran suhu tubuh dilakukan dengan alat thermometer sebelum dan sesudah intervensi Tepid Spong Bath dilakukan. kesimpulannya adalah terapi Tepid Spong Bath efektif untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam.

Evaluasi dari diagnose keperawatan hambatan mobiltas fisik dengan tujuan yaitu: berjalan dengan langkah yang efektif, berjalan dalam jarak yang dekat <1 blok/20 meter, berjalan mengelilingi kamar. Pada hari pertama intervensi evaluasi dengan wawancara, ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, tapi tidak bisa berdiri atau duduk karena merasa pusing, mual, rasa berputar, observasi: pasien tampak tidak mampu berdiri dari posisi duduk, pasien tampak lemah, fisik tidak bugar, gangguan keseimbangan. Dengan hasil masalah pasien masih belum teratasi, belum mampu untuk berdiri dari duduk. Pada hari kedua intervensi dilakukan klien mengatakan bahwa rasa pusing dan rasa berputar nya masih ada, mual tidak ada, klien tampak lemas. Pada hari ketiga intervensi ibu pasien mengatakan pasien bisa berpindah atau berganti posisi, bisa ke toilet dengan bantuan orang tua, setelah diobservasi tampak fisik tidak bugar, gangguan keseimbangan, masalah pasien masih belum mampu untuk berdiri dari duduk secara mandiri.

Evaluasi adalah tahap terakhir dari asuhan keperawatan, berdasarkan tindakan yang telah dilakukan kepada klien sesuai NOC NIC dengan diagnose resiko infeksi tujuan dilakukan intervensi resiko infeksi adalah agar klien dan keluarga mampu menyesuaikan strategi kontrol resiko yang ada di rumah sakit atau ruang perawatan, menjalankan strategi kontrol yang sudah dilakukan atau dianjurkan oleh rumah sakit atau ruang perawatan. Pada hari pertama di ajarkan tehnik cuci tangan 6 langkah pasien dan keluarga mampu mengikuti gerakan dan mempragakan gerakan, pada hari kedua dan ketiga intervensi, pasien dan keluarga sudah hapal dengan gerakan cuci tangan 6 langkah, pasien tampak menutup mulut dengan handuk tau lengan nya jika akan batuk.

B. Pembahasan Kasus Resume

Laporan ini memuat uraian tentang masalah-masalah yang terjadi pada pasien anak yang sedang menjalani perawatan di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Data yang dilaporkan mewakili dari 4 orang pasien yang dikaji oleh penulis mulai tanggal 19-27 November 2019. Pasien anak yang didata oleh peneliti berjenis kelamin laki-laki. Rentang usianya pun beragam, dari usia 6 tahun sampai dengan 12 tahun. Diagnosis medis saat masuk klien berbeda-beda antara lain anemia, rencana kemoterapi, demam dan lain-lain.

Klien Anak K, laki-laki usia 7 tahun. Klien dirawat di ruang perawatan anak Melati RSUD A. Wahab Sjahranie sejak tanggal 20 November 2019 dengan diagnosa medis AML. Klien masuk rumah sakit pada tanggal 20 November 2019 dengan keluhan demam yang tidak turun, mual, muntah sejak tanggal 18 november 2019 ibu pasien mengatakan anak nya sudah mulai demam 3 hari yang lalu dan demam nya tidak kunjung turun meskipun sudah di berikan obat penurun panas yaitu paracetamol, merasa mual setiap kali makan dan minum. BAB cair 1x, terdapat ampas dan lendir. Riwayat ekstremitas lemah sejak MMT yaitu 4,4,4,4, Riwayat kesehatan masa lalu /sejak lahir, pasien tidak mengalami gangguan tumbuh kembang. Saat pengkajian tanggal 19 November 2019, klien demam dengan suhu badan $38,5^{\circ}\text{C}$, frekuensi nadi 98x/menit, frekuensi nafas 23x/menit, ekstremitas lemah, dan klien hanya mampu berbaring di tempat tidur. Pada hasil laboratorium menunjukkan dalam batas tidak normal.

Masalah keperawatan yang teridentifikasi adalah hipertermi, resiko ketidakseimbangan suhu tubuh, resiko infeksi. Implementasi yang telah dilakukan adalah mengobservasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, memberikan dan mengedukasi orangtua pasien untuk memberikan nutrisi yang sudah terpilih oleh Spesialis anak dan Ahli Gizi secara rutin, serta mengobservasi skala humpty dumpty per shift dan mengingatkan orangtua

klien untuk selalu memasang pagar pengaman tempat tidur dan mengajurkan untuk melakukan kompres pada anak.

Klien masuk dengan rencana kemoterapi, namun dirumah sakit anak mengalami demam suhu tubuh $38,1^{\circ}\text{C}$ dengan hasil pemeriksaan laboratorium menunjukkan hb rendah, eritrosit rendah dan ht juga rendah, demam disertai dengan dehidrasi; keluhan demam diawali batuk dan pilek biasa serta penyakit kongenital yang menyertainya; serta keluhan demam yang tidak turun dengan obat penurun panas.

Masalah keperawatan yang muncul berdasarkan keluhan klien dan menjadi data dasar peneliti untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Masalah keperawatan hipertermi menjadi prioritas pertama dalam susunan daftar diagnosa keperawatan yang dibuat peneliti. hipertermi, hambatan berpindah, resiko infeksi dan risiko jatuh. Pasien-pasien yang menjalani perawatan di rumah sakit rentan pula terjadi kecelakaan seperti jatuh. Sehingga pencegahan untuk terjadinya risiko jatuh harus menjadi kewaspadaan petugas.

Intervensi keperawatan yang telah direncanakan oleh peneliti berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul antara lain perawatan demam, termoregulasi, manajemen resiko jatuh dan kontrol infeksi. Semua intervensi keperawatan berdasarkan NOC yang dijadikan sebagai kriteria hasil apakah masalah bisa teratasi atau tidak dengan asuhan keperawatan.

Tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan untuk menangani masalah/diagnosa keperawatan hipertermi berdasarkan NOC yaitu tanda-tanda vital. Tanda-tanda vital didefinisikan tingkat suhu, denyut nadi, respirasi dan tekanan darah dalam kisaran normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diharapkan pada tanda-tanda vital adalah suhu tubuh, denyut nadi radial, pernapasan dalam kisaran normal waktu 1x8 jam. Indikator skala yang digunakan pada tanda-tanda vital ialah skor 1 jika sangat terganggu, skor 2 banyak terganggu, skor 3 cukup terganggu, skor 4 sedikit terganggu dan skor 5 tidak terganggu.

Intervensi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi antara lain, Monitor suhu sesering mungkin, untuk memantau

fluktuasi suhu tubuh klien (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Monitor warna dan suhu kulit, monitoring tanda vital, kolaborasi pemberian antipiretik dan cairan intravena disertai pemberian tindakan Tepid Spong Bath

Tujuan asuhan keperawatan dengan masalah ketidakseimbangan suhu tubuh berdasarkan NOC yaitu status suhu badan berada pada kisaran 36,5-37,5 °C serta suhu kulit dan warna kulit kembali normal (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Tanda-tanda vital klien baik dalam waktu 1 x 8 jam, dengan kriteria hasil: suhu 36,5-37,5 °C, warna kulit dan akral normal . Dengan indikator skala : (1) Deviasi jauh dari rentang normal; (2) Deviasi agak besar dari rentang normal; (3) Deviasi sedang dari rentang normal; (4) Deviasi ringan dari rentang normal; (5) Tidak ada deviasi dari rentang normal.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan yaitu Manajemen termoregulasi (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain, memonitor suhu minimal per 2 jam, memonitor suhu dan warna kulit, meningkatkan intake cairan dan nutrisi, merencanakan memonitor suhu secara kontinue. Kolaborasi medis.

Tujuan yang diharapkan berdasarkan NOC yaitu pengetahuan pencegahan infeksi, yang artinya tingkat pemahaman yang disampaikan tentang pencegahan infeksi (Moorhood, Johnson, Maas, Swanson, 2013). Kriteria hasil yang diinginkan adalah dapat menyesuaikan strategi kontrol resiko, menyesuaikan strategi kontrol resiko yang sudah ditentukan, Skor 1 tidak tahu, skor 2 sedikit tahu, skor 3 cukup tahu, skor 4 banyak tahu dan skor 5 sangat banyak tahu. Sehingga penulis memilih skor 4 untuk nilai masing-masing itemnya.

Intervensi keperawatan sesuai NIC yang dilakukan untuk risiko infeksi ialah kontrol resiko. Resiko infeksi memiliki pengertian ialah rentang mengalami infeksi dan multiplikasi organisme pathogen yang dapat mengganggu kesehatan (Bulecheck, Butcher, dkk 2013). Intervensi yang dapat dilakukan antara lain menganjurkan cara cuci tangan yang tepat, mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan,

mengajarkan cuci tangan sebelum dan sesudah makan, mengajarkan cara batuk yang baik dan benar.

Resum kedua Klien An. AJ berusia 6 tahun dengan diagnosa ALL. Klien mengeluh demam, perut sakit, lemas, kelelahan apabila melakukan aktivitas dan klien akan dilakukan pemeriksaan BMP, serta mengalami keletihan untuk melakukan kegiatan fisik yang biasa dilakukan. Ibu klien mengatakan sudah membawa ke puskesmas meminta rujukan di rumah sakit sangat tetapi tidak mengetahui apa hasil dari keluhan pasien.

Hasil pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, kesadaran composmentis, pengukuran tanda-tanda vital di dapatkan RR : 20 x/i, Temp : 38,5 °C, HR : 95 x/i, BB : 26 Kg, PB : 110 cm. Pada muskuloskeletal klien tidak mengalami nyeri pada persendian, pasien tidak dapat berjalan lama dan selalu di gendong apabila ke WC atau ruang tindakan. Kekuatan otot atas 4//4, CRT < 2 detik, turgor kulit elastis, tidak terdapat edema pada ekstremitas atas, kekuatan otot bawah 4//4, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah, penilaian menggunakan lembar observasi dan SOP. Riwayat penyakit dahulu klien hanya mengalami batuk pilek, diare, demam, lemah anggota badan, lemah pada saat berjalan, susah makan, cepat lelah.

Terapi yang diberikan oleh ruangan adalah Infus D5 ½ NS 1300 cc/24jam, Tranfusi apheresis trombosit 160 cc 3x selang 12 jam. Hasil pemeriksaan laboratorium Foto thorak AP dengan hasil Cor prominent dan pulmo tak tampak kelainan, hasil pemeriksaan BMP dengan hasil kesimpulan gambaran darah tepi dan sumsum tulang menunjukkan suatu keadaan Acute Lymphoblastic Leukemia, Leukosit : 1,34 , Hemoglobin : 9,2 , PLT : 131, Neutrofil# : 0,4.

Diagnosa Keperawatan yang di temukan didapatkan lima prioritas masalah keperawatan yang ditemukan pada An. AM berdasarkan NANDA 2018, yaitu 1) Hipertermi 2) Keletihan 3)Resiko Infeksi 4) Resiko Perdarahan. Tujuan yang ditetapkan pada An. AJ setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu ditandai dengan ekspresi nyeri wajah, keletihan berkurang ditandai dengan kelelahan , hipertermi ditandai

dengan peningkatan suhu kulit, hambatan berjalan ditandai dengan langkah mantap, resiko perdarahan ditandai dengan kehilangan darah yang terlihat.

Intervensi diagnosa keperawatan berdasarkan NIC untuk hipertermi intervensi yang telah dilakukan memantau suhu dan tanda-tanda vital, memonitor warna kulit dan suhu, monitor intake dan output, berikan *Tepid Spong Bath*, anjurkan menggunakan pakaian yang tipis.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan untuk diagnosa keperawatan keletihan intervensi yang telah dilakukan membantu klien untuk peningkatan latihan peregangan dengan pemberian latihan rentang gerak dan 6 Minute Walk Test, menginstruksikan cara untuk memonitor kepatuhan diri sendiri akan jadwal dan kemajuan mencapai tujuan misalnya kenaikan sendi ROM, kesadaran melepaskan ketegangan otot, jumlah pengulangan tanpa rasa sakit dan kelelahan.

Intervensi diagnosa keperawatan resiko infeksi intervensi yang telah dilakukan membersihkan lingkungan dengan baik setelah digunakan untuk setiap pasien, ganti peralatan perawatan per pasien sesuai protokol institusi, batasi jumlah pengunjung, anjurkan pengunjung untuk mencuci tangan pada saat memasuki dan meninggalkan ruangan pasien, jaga lingkungan aseptik yang optimal selama penusukan di samping tempat tidur dari saluran penghubung.

Intervensi diagnosa keperawatan resiko perdarahan monitor dengan ketat resiko terjadinya perdarahan pada pasien, mencatat hemoglobin dan hematokrit sebelum dan setelah pasien kehilangan darah sesuai indikasi.

Hasil evaluasi pada masalah keperawatan utama yaitu hipertermi adalah setelah memonitor suhu sesering mungkin atau per 2 jam suhu jam 15.00 : 37,3 °C. Jam 17.00 : 38,2 °C. jam 20,00 : 37 °C. Monitor warna dan suhu kulit: warna kulit tidak pucat akral hangat. Memonitor tekanan darah, nadi dan RR: TD:100/70 mmhg, nadi: 98x/I RR: 23x/I., Memonitor intake dan output: makan/minum baik, BAB/BAK normal, BAB 1x1 hari/2 hari 1x, BAK kira-kira 1500 cc/hari., Memberikan anti piretik: Memberikan injeksi paracetamol 100 mg/iv, Temp: 37,5 °C., Melakukan

Tepid Spong Bath: Tepid Sponge Bath diberikan selama 15 menit dan hasilnya 36,7 °C.

C. Pembahasan EBN (Evidence Based Nursing)

Pembahasan EBN (Evidence Based Nursing) mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan klien dengan masalah utama hipertermi di ruang perawatan anak (Melati) RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian Tepid Spong Bath terhadap penurunan suhu tubuh pada anak dengan masalah utama hipertermi yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

1. Karakteristik responden

Kriteria inklusi yaitu: Anak yang mengalami demam dan dirawat di ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, Suhu tubuh anak diatas $> 38,0^{\circ}\text{C}$, Orang tua yang bersedia dilakukan penelitian. Dan kriteria eksklusi nya yaitu: Anak usia 0-5 tahun dan anak usia diatas 13 tahun, Cidera sendi, edema, luka dan injury, Suhu tubuh anak tidak diatas $> 38,0^{\circ}\text{C}$.

Orang tua yang menolak dilakukan penelitian jumlah klien dalam penelitian adalah 4 pasien dengan jenis kelamin laki dengan kriteria usia sekolah yaitu dari usia 6-12 tahun. World Health Organisation (WHO) memperkirakan jumlah kasus demam di seluruh dunia mencapai 16 – 33 juta dengan 500 – 600 ribu kematian tiap tahunnya (Setyowati, 2013).

Hasil dari data yang didapatkan, jumlah pasien yang menderita demam di Kalimantan timur khususnya (febris) dari catatan rekam medis ruang IGD RSUD A. M. Parikesit Tenggarong bulan juni 2017 tercatat sebanyak 104 pasien yang demam.(Henriani S,Kep. 2017) sudah termasuk bayi baru lahir, anak-anak, remaja awal sampai remaja, orang dewasa sampai yang sudah lansia.

2. Analisis Pemberian pemberian terapi inovasi *Tepid Spong Bath*

Berdasarkan hasil penerapan terapi inovasi Tepid Spong Bath didapatkan hasil mean suhu tubuh adalah $37,2^{\circ}\text{C}$, Hipertermi adalah suhu badan meningkat melebihi suhu badan normal. Keadaan ini sering terjadi pada anak-anak dan ditandai dengan suhu tubuh anak diatas $37,5^{\circ}\text{C}$. pada bagian kening, ketiak, dan seluruh tubuh anak terasa panas ketika disentuh. Kadang kala demam disertai dengan tubuh anak yang menggigil karena infeksi. Anak menjadi rewel, sulit makan dan sulit tidur (Murtie, 2014). Setelah dilakukan terapi inovasi Tepid Spong Bath selama >15 menit pertama hasil mean adalah 37°C , setelah dilakukan pengukuran >15 menit kedua dan ketiga hasil pengukuran suhu tubuh yaitu $37,2^{\circ}\text{C}$ dan $36,7^{\circ}\text{C}$. berdasarkan data yang diperoleh terdapat penurunan suhu tubuh $\pm 1,5^{\circ}\text{C}$ setiap 15 menit pemberian intervensi.

3. Hambatan dan alasan mempertahankan

Alasan penulis mempertahankan penelitian ini adalah pentingnya penanganan pada pasien hipertermi dalam menurunkan suhu tubuh dan menjadi salah satu penanganan alternatif bagi Rumah Sakit, dan bagi masyarakat peneliti ingin mengajarkan bagai mana cara cepat dan mudah menurunkan suhu tubuh anak jika mengalami demam tanpa harus kedokter atau membeli obat diapotik, serta perkembangan ilmu keperawatan. Hambatan yang dirasakan selama proses penelitian yaitu:

- a. Berkaitan dengan manajemen penggunaan waktu
- b. Akses terhadap jurnal dan artikel
- c. Kurang pengetahuan dalam melakukan kritik riset

- d. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil riset-riset.
- e. Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literature hasil penemuan untuk intervensi praktek yang tertarik untuk diterapkan pada klien dan ketebatasan pengetahuan tentan penggunaan SPSS



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Uraian dalam bab ini meliputi simpulan dan saran terkait dengan analisa pengalaman praktik Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) yang dikaitkan dengan pelaksanaan intervensi inovasi yang diberikan kepada pasien penyakit akut limfoblas leukemia (ALL) yang menjalani perawatan anak (Melati) RSUD. A.W Sjahranie, uraiannya sebagai berikut:

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan dengan masalah termoregulasi pada semua pasien yang mengalami demam, khususnya kasus akut limfoblas leukemia (All) dari 4 pasien kelolaan, diagnosa yang muncul yaitu hipertermi, hambatan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, perubahan perfusi jaringan perifer, nyeri akut, resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, risiko infeksi dan risiko jatuh. Evaluasi tindakan penerapan evidence based nursing Tepid Sponge Bath adalah pilihan tepat mengatasi masalah keperawatan yang muncul pada pasien adalah hipertermi sehingga suhu tubuh kembali dalam kisaran normal. Masalah hambatan mobilitas fisik, gangguan pola tidur, perubahan perfusi jaringan perifer, nyeri akut, resiko ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, risiko infeksi dan risiko jatuh dapat teratasi selama 3 hari perawatan. Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan nilai penurunan suhu tubuh setelah diberikan Tepid Sponge Bath pada pasien hipertermi dapat efektif menurunkan suhu tubuh lebih cepat. Hal ini dapat diketahui melalui pre dan post pemberian Tepid Sponge Bath $\pm 1,5$ °C setiap 15 menitnya. Terdapat hasil yang signifikansi pada pemberian Tepid Sponge Bath terhadap suhu tubuh anak demam.

Penyusunan program inovasi ini berdasarkan dari hasil observasi dan persetujuan oleh orang tua beserta pasien yang dilakukan dilahan praktek. Pelaksanaan program ini mendapat respon positif dari pasien, keluarga pasien dan perawat ruangan terlihat adanya permintaan. Program ini dapat dipelajari dan dipraktekkan bagi klien atau keluarga dimana saja berada

dan mudah dilakukan, karena bawang merupakan bumbu masakan yang sudah pasti ada di dapur rumah.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka peneliti menyarankan beberapa saran yaitu:

1. Bagi Rumah Sakit dan Perawat Ruangan

Peneliti beranggapan bahwa pemberian Tepid Sponge Bath dapat membantu pasien hipertermi dalam menurunkan suhu tubuh, sehingga sangat disarankan dalam penanganan pasien hipertermi dan dapat diberikan kolaborasi dengan antipiretik

2. Bagi Pasien dan Keluarga

Peneliti menyarankan untuk keluarga pasien yang sudah diajarkan untuk mengajarkan kepada keluarganya lain untuk melakukan Tepid Sponge Bath pada pasien atau anak demam karena mudah di dapat dan mudah dilakukan oleh keluarga dimana saja berada, karena bawang merupakan bumbu masakan yang sudah pasti ada di dapur rumah

3. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Untuk meningkatkan mutu layanan keperawatan diberikan sesuai dengan keilmuan keperawatan terkini sehingga mutu layanan mengalami kemajuan yang signifikan. Dalam menjalankan profesi ilmu keperawatan pemberian Tepid Sponge Bath dapat dijadikan alternatif khususnya pada penanganan pasien hipertermi.