

**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

**A. Pengkajian**

**1. Identitas Pasien**

**Tabel 3.1**  
**Identitas Pasien**

Identitas Pasien	Pasien
1. Nama :	An. S
2. Usia:	12 tahun
3. Status perkawinan :	Belum Menikah
4. Jenis Kelamin:	Laki-laki
5. Pekerjaan:	Belum bekerja
6. Agama:	Islam
7. Suku:	Jawa
8. Bahasa yang digunakan:	Indonesia
9. Pendidikan:	SD
10. Alamat	Lampung
11. Diagnosa Medik :	Demam typhoid
Sumber informasi	
1. Nama:	Ny. T
2. Hub dengan Pasien:	Ibu
3. Umur:	38 tahun
4. Pendidikan:	SMA
5. Pekerjaan	IRT

**2. Riwayat kesehatan**

a. Keluhan utama : Demam

Pasien datang ke puskesmas Margodadi dengan keluhan demam, pasien mengatakan panas tubuhnya naik turun. TTV : Pernafasan : 21 x/menit Nadi : 104 x/menit Suhu: 38,9 °C Kesadaran : Composmentis. klien mengatakan panas terasa jika di bawa aktivitas berat dan berkurang setelah di beri obat, panasnya seperti berjemur ditengah lapangan pada saat terik matahari, klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh, Suhu klien

38,8°C, dan: klien mengatakan demam sudah 10 hari.

b. Keluhan penyerta : mual, muntah

### 3. Riwayat kehamilan dan Kelahiran Selama kehamilan

a. ANC : ya

Imunisasi : ya 1x selama hamil

Kejadian khusus selama kehamilan :

Selama hamil; tidak ada masalah kesehatan

Nutrisi saat hamil: nasi, sayur, daging/lauk pauk, buah dan susu dg jumlah cukup

b. Saat Kelahiran

Penolong : bidan

Tempat : praktek mandiri bidan

Usia kehamilan : 42 minggu

Jenis Persalinan : normal

Kondisi saat lahir : baik

Berat badan dan panjang badan saat lahir 3 kg dan panjang 50 cm

c. Setelah Kelahiran

Keterampilan Ibu : perawatan tali pusat, memandikan bayi, menyusui, perawatan payudara baik

#### **4. Riwayat kesehatan keluarga**

Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit, dan pasien mengatakan sudah pernah terkena Demam typhoid.

#### **5. Riwayat Kesehatan**

- a. Riwayat alergi: Pasien mengatakan tidak ada alergi
- b. Riwayat kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah
- c. Riwayat pengobatan : Pasien mengatakan ketika terkena Demam typhoid dia harus berobat di RS
- d. Riwayat operasi : Pasien mengatakan tidak pernah

#### **6. Riwayat Tumbuh Kembang**

Miring : Usia 2 bulan  
Tengkurap : Usia 7 bulan  
Merangkak : Usia 8 bulan  
Tumbuh gigi pertama : Usia 11 bulan  
Berdiri : Usia 11 bulan  
Bicara : Usia 15 bulan  
Berjalan : Usia 12 bulan

#### **7. Riwayat Psikososial**

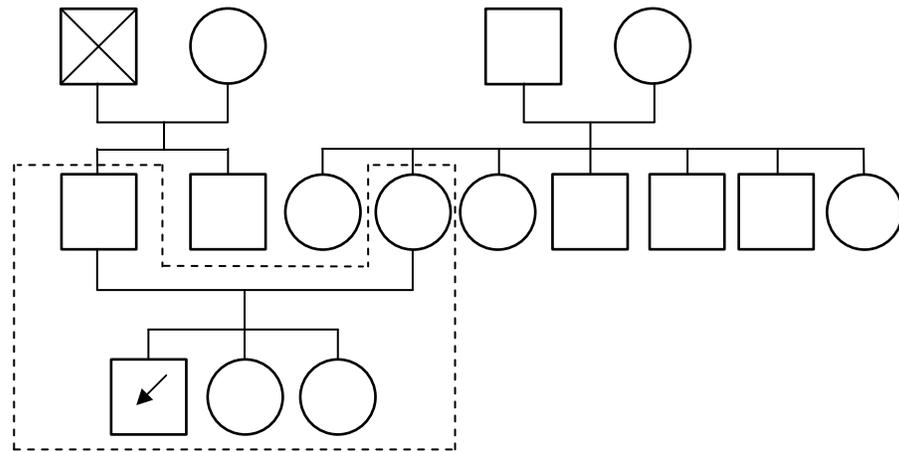
- a. Pola interaksi dengan orang tua, saudara kandung dan teman-temannya, pembawaan anak secara umum
- b. Pola kultural : Bahasa dalam komunikasi bahasa Indonesia
- c. Pola rekreasi : frekwensi 1x tiap minggu

d. Lingkungan fisik tempat tinggal: baik

e. Penanaman nilai kepercayaan: Keluarga rutin dalam menjalankan ibadah

## 8. Genogram Pasien

**Bagan 3.1**  
**Genogram**



Keterangan

 : Laki – laki	 : Garis Keturunan
 : Perempuan	 : Garis Menikah
 : Pasien	 : Tinggal serumah
 : Meninggal	

## 9. Lingkungan

Ibu pasien mengatakan kondisi rumahnya bersih, tidak berdebu, ibu pasien mengatakan rumahnya disapu dua kali sehari, Pasien mengatakan rumahnya tidak dalam posisi bahaya seperti tanah longsor atau dekat jalan raya, dan terhindar dari polusi karena tidak dekat dengan pabrik atau pertambangan

## 10. Pengetahuan dan Pengajaran

Ibu pasien mengatakan hanya mengetahui anaknya mengalami demam typoid, Ibu pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit anaknya, ibu pasien mengatakan tidak tau penyebab demam typoid dan penanganan yang tepat, ibu terlihat bingung saat ditanya.

## 11. Perubahan Pola Kebiasaan

### a. Pola Nutrisi

**Sebelum sakit :** Ibu pasien mengatakan Pasien makan 3x/hari atau lebih (pagi, siang & malam), dengan makanan pokok nasi, sayuran, dan lauk pauk, Pasien selalu menghabiskan porsi makanya, nafsu makan Pasien baik, Pasien menyukai semua makanan, Pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, BB 38kg

**Saat sakit :** Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun, karena mulutnya terasa pahit, dan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah. Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan klien hanya makan 3 sendok BB klien 38kg jenis makanan bubur, sayur tidak ada kesulitan menelan

### b. Pola cairan dan elektrolit

**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan minum air putih 3-7 gelas/hari, dengan jumlah 1400cc/hari).

**Saat sakit :** Pasien mengatakan minum 5 gelas/hari, dengan jumlah  $\pm$  1200cc

IWL = BBx10cc

38kg x 10cc

= 380cc

Input: minum

1200cc

Output: IWL+BAK

380cc+750cc

=1130cc

Balance cairan: intake – output =

1200cc – 1130cc = 70cc/hari

c. **Pola eliminasi (BAK/BAB)**

**Sebelum sakit** : Pasien mengatakan Pasien BAK 4/hari (680cc/hari) , dengan warna urine kuning jernih, dengan bau yang khas tidak ada keluhan saat BAK. Keluarga Pasien mengatakan biasa BAB 2 x/hari pada pagi hari dan sore hari, warna feses kuning konsistensi semi padat, bau khas, dan tidak ada keluhan saat BAB

**Saat sakit** : Pasien BAK 5 x/hari ( 750cc/hari ), warna urine kuning jernih, bau khas, urine berbusa dan tidak ada keluhan saat BAK. Pasien mengatakan selama sakit Pasien hanya BAB 1 kali, BAB normal dengan warna feses kuning dengan bau yang khas, tidak ada keluhan saat BAB.

d. **Pola tidur**

**Sebelum sakit** :Pasien mengatakan biasa tidur 1-2 jam pada siang hari dan 8 jam pada saat malam hari, Pasien tidak pernah mengalami kesulitan dalam tidur.

**Saat sakit :** Pasien mengatakan Pasien biasa tidur 1 jam pada siang hari dan 7 jam pada waktu malam hari, tidak ada masalah dalam kebutuhan istirahat tidur, hanya saja Pasien sering terbangun jika ada suara yang bising

**e. Pola personal hygiene**

**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan Pasien biasa mandi 2 x/hari saat pagi dan sore hari dengan menggunakan sabun mandi dan shampo.

**Saat sakit :** Pasien mengatakan hanya di lap oleh keluarganya menggunakan air hangat 2 x/hari pada pagi dan sore hari, rambut Pasien tampak bersih dan kulit Pasien lengket karena banyak berkeringat.

**f. Pola aktivitas**

**Sebelum sakit :** Pasien mengatakan aktivitasnya sekolah

**Saat sakit :** Pasien mengatakan hanya berbaring ditempat tidur, badan klien terasa lemas aktivitas klien dibantu dengan ibunya

**12. Pemeriksaan fisik**

**a. Keadaan umum**

- 1) Tingkat kesadaran : Composmentis
- 2) Nadi : 96x/menit
- 3) Respirasi : 26x/menit
- 4) Suhu : 38,8°C
- 5) TB/BB : 130 cm/38 kg

**b. Pemeriksaan fisik**

- 1) Sistem penglihatan

Keadaan kedua mata Pasien simetris antara kanan dan kiri, tidak ada peradangan pada kelopak mata, pergerakan bola mata dengan tepat mengikuti arah benda yang digerakkan didepan mata Pasien, konjungtiva anemis, sklera anikterik, keadaan pupil mengecil saat terkena cahaya dan tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata, Pasien memiliki keluhan pada penglihatan yaitu penglihatan kabur.

2) Sistem pendengaran

Keadaan telinga simetris antara kanan dan kiri, keadaan daun telinga bersih, tidak ada serumen dan cairan yang keluar dari telinga, dan tidak ada tanda-tanda peradangan telinga.

3) Sistem wicara

Tidak ada gangguan dalam system wicara pasien dapat berbicara dengan jelas

4) Sistem pernafasan

Klien mengatakan tidak sesak RR 20x/menit suara nafas vesikulervesikuler, klien tidak batuk. Saat bernafas irama pernapasan teratur, klien tidak menggunakan oksigen.

5) Sistem kardiovaskuler

Sirkulasi perifer : Nadi 96x/menit, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit panas, tidak ada sianosis, CRT <3 detik.

Sirkulasi jantung : Kecepatan denyut apikal 90x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan jantung dan tidak ada nyeri dada.

6) Sistem saraf pusat/Sistem neurologi

Tingkat kesadaran composmentis reaksi pupil terhadap cahaya (+), tidak terdapat tanda-tanda peningkatan Tekanan intrakranial, reflepatela (+).

7) Sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kotor, keadaan mukosa kering, bising usus 3-12x/menit, tidak ada kesulitan menelan. Tidak terdapat asites, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada luka post operasi tidak berselaput.

8) Sistem endokrin

Nafas Pasien tidak berbauketon, tidak terdapat ganggren, Pasien tidak mengalami tremor, dan tidak terdapat pembesaran thyroid.

9) Sitem urogenital

Pasien tidak terpasang kateter

10) Sitem integument

Keadaan rambut Pasien bersih, rambut Pasien berwarna putih, kuku Pasien pendek dan bersih, turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka pada daerah kulit, turgor kulit tidak elastis dan keriput karena proses penuaan.

11) Sisitem muskulo sekeletal

Pasien tidak ada keterbatasan dalam pergerakan, tetapi masih dibantu dengan istrinya karena masih lemas, tidak ada kelainan tulang, tidak terdapat tanda-tanda radang pada sendi dan pasien tidak menggunakan alat bantu.

## 12) Sistem imunologi

Pasien tidak alergi terhadap obat antibiotik yang diberikan, Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening, dan tidak ada alergi makanan.

## 13. Pemeriksaan Diagnostik

**Tabel 3.3**  
**Pemeriksaan Diagnostik**

<b>Pemeriksaan</b>	<b>Hasil Pasien</b>
Hemoglobin	10,0
Leukosit	4,100
Eritrosit	3,3
Hematokrit	28
Trombosit	77.000
MCV	85
MCH	30
MCHC	36
Hitung jenis	0
Basofil	0
Eosiofil	0
Batang	67
Segmen	24
Limfosit	9
Monosit	12
LED	Tidak ditemukan
Malaria	
Imunologi dan serologi	
Tes widal	
Typhi H antigen	1/320
Typhi O antigen	1/320
Paratyphi A-O Antigen	1/60
Paratyphi B-OAntigen	1/80
Pemeriksaan Laboratorium parameter	
SGOT	57x
SGPT	49x
Natrium	132x
Kalsium	3,5x
Calsium	7,3x
Chorida	94

## 14. Penatalaksanaan Pasien

**Tabel 3.4**  
**Penatalaksanaan Pasien**

Nama Pengobatan	Dosis	Cara Pemberian	Waktu pemberian		
			1	2	3
Amoxiciline	3x1	Oral	✓		
Ranitidin	3x1	Oral	✓		
Paracetamol	3x1	Oral	✓		

### B. Data Fokus

#### Data Subjektif:

1. Pasien mengatakan keluhan utama demam
2. klien mengatakan panas terasa jika di bawa aktivitas berat dan berkurang setelah di beri obat
3. klien mengatakan panasnya seperti berjemur ditengah lapangan pada saat terik matahari
4. klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh
5. klien mengatakan demam sudah 10 hari
6. Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun
7. Klien mengatakan mulutnya terasa pahit
8. Klien mengatakan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah.
9. Klien mengatakan keluhan penyerta: mual dan muntah
10. Ibu pasien mengatakan hanya mengetahui anaknya mengalami demam typoid,
11. Ibu pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit anaknya
12. Ibu pasien mengatakan tidak tau penyebab demam typoid
13. Ibu pasien mengatakan tidak tau cara penanganan yang tepat bagi anaknya.

### Data Obejkif

1. Keadaan umum lemah
2. Klien tampak lemas
3. Kulit kemerahan
4. Kulit teraba hangat
5. Akral panas
6. Suhu 38,8°C
7. Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan klien hanya makan 3 sendok
8. ibu terlihat bingung saat ditanya tentang penyakit anaknya

### C. Analisa data

**Tabel 3.5**  
**Analisa Data**

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif:		
1. Pasien mengatakan keluhan utama demam	Invasi bakteri	Hipertermia
2. klien mengatakan panas terasa jika di bawa aktivitas berat dan berkurang setelah di beri obat		
3. klien mengatakan panasnya seperti berjemur ditengah lapangan pada saat terik matahari		
4. klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh		
5. klien mengatakan demam sudah 10 hari.		
Data Objektif:		
1. Keadaan umum lemah		
2. Klien tampak lemas		
3. Kulit kemerahan		
4. Kulit teraba hangat		
5. Akral panas		
6. Suhu 38,8°C		

Data Subjektif	Respon mual muntah	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun</li> <li>2. Klien mengatakan mulutnya terasa pahit</li> <li>3. Klien mengatakan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah.</li> <li>4. Klien mengatakan keluhan penyerta: mual dan muntah</li> </ol>		
Data Objektif		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan klien hanya makan 3 sendok</li> </ol>		
Data Subjektif	Kurang terpapar informasi.	Defisiensi pengetahuan
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu pasien mengatakan hanya mengetahui anaknya mengalami demam typhoid,</li> <li>2. Ibu pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit anaknya</li> <li>3. Ibu pasien mengatakan tidak tau penyebab demam typhoid</li> <li>4. Ibu pasien mengatakan tidak tau cara penanganan yang tepat bagi anaknya</li> </ol>		
Data Objektif		
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. ibu terlihat bingung saat ditanya tentang penyakit anaknya.</li> </ol>		

#### D. Diagnose Keperawatan

1. Hipertermia berhubungan dengan invasi bakteri
2. Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan respon mual muntah
3. Defisiensi pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi.

#### E. Intervensi keperawatan

**Tabel 3.6**  
**Intervensi Keperawatan**

Dx Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan SIKI
Diagnosa keperawatan : Hipertermia b. d proses penyakit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Diharapkan masalah termoregulasi teratasi	Manajemen hipertermia Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan
Data Subjektif: a. Pasien mengatakan	dengan kriteria hasil :	

keluhan utama demam	1. Temperatur stabil	incubator).
b. klien mengatakan panas terasa jika di bawa aktivitas berat dan berkurang setelah di beri obat	2. Tidak ada demam 3. Tidak ada perubahan warna kulit	2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor pengeluaran urin. Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. Longgarkanataulepaskanpakaian. 3. Lakukan kompres <i>water tapid Sponge</i>
c. klien mengatakan panasnya seperti berjemur ditengah lapangan pada saat terik matahari		4. Berikan cairan oral. 5. Basahi dan kipasi permukaan tubuh.
d. klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh		6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla).
e. klien mengatakan demam sudah 10 hari.		Edukasi
Data Objektif:		1. Anjurkan tirah baring
a. Keadaan umum lemah		Kolaborasi
b. Klien tampak lemas		1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu.
c. Kulit kemerahan		
d. Kulit teraba hangat		
e. Akral panas		
f. Suhu 38,8°C		
Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan kebutuhan nutrisi pasien terpenuhi dengan	<i>Observasi</i>
berhubungan dengan respon mual muntah	nutrisi pasien terpenuhi dengan	1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
Data Subjektif	Kriteria Hasil :	<i>Terapeutik</i>
1. Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun	1. Adanya peningkatan beratbadan sesuai dengan tujuan	9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
2. Klien mengatakan mulutnya terasa pahit	2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan	10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis. Piramida makanan)
3. Klien mengatakan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah.	3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi	11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
4. Klien mengatakan keluhan penyerta: mual dan muntah	4. Tidak ada tanda-tandanutrisi	12. Berikan makan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu 15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasigastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
Data Objektif	5. Menunjukkan peningkatanfungsi pengecapan darimenelan	
5. Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan klien hanya makan 3 sendok	6. Tidak terjadi penurunan beratbadan yang berarti	

		<i>Edukasi</i>
		16. Anjurkan posisi duduk, jika mampu
		17. Ajarkan diet yang diprogramkan
		<i>Kolaborasi</i>
		18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
		19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan, jika perlu
Defisiensi pengetahuan Kurang terpapar informasi Data Subjektif	b.dSetelah dilakukan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan masalah defisiensi pengetahuan terasi dengan kriteria hasil :	Edukasi Perilaku Upaya Kesehatan Observasi
1. Ibu pasien mengatakan hanya anaknya mengalami demam typoid,	1. keluarga menyatakan pemahaman tentang penyakit kondisi, prognosis, dan program pengobatan	1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
2. Ibu pasien mengatakan tidak tau tentang penyakit anaknya	2. keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar	2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
3. Ibu pasien mengatakan tidak tau penyebab demam typoid	3. keluarga mampu menjelaskan apa yang dijelaskan perawat/tim kesehatan lainnya	3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
4. Ibu pasien mengatakan tidak tau cara penanganan yang tepat bagi anaknya		4. Berikan kesempatan bertanya
5. Data Objektif		5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
6. ibu terlihat bingung saat ditanya tentang penyakit anaknya.		6. Jelaskan tanda dan gejala dengan faktor penyebab serta komplikasi

## F. Implementasi keperawatan

**Tabel 3.7**  
**Implementasi Keperawatan**

Pelaksanaan	Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3	
	02 Desember 2023		03 Desember 2023		04 Desember 2023	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
Pasien	09.00	Memonitor suhu nadi, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali R: pasien mengatakan demam, demam meningkat pada sore dan malam.	07.00	Memonitor suhu, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali	07.15	Memonitor suhu, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali R:klien mengatakan sudah tidak demam
	90.30	H: N:96x/menit RR:26x/menit Suhu:38, 8°C	08.00	R: pasien mengatakan masih demam H: N:96x/menit		H: N:96x/menit RR:26x/menit

10.00	Memonitor tanda-tanda hipertermi	RR:26x/menit S:37,5°C		S:37°C	
	R:pasien mengatakan demam H:Teraba suhu tubuh klien panas 38,8°C	09.00	Memonitor tanda-tanda hipertermi R:pasien mengatakan tidak terlalu demam H:teraba hangat suhu tubuh pasien 37,5°C	09.00	Memonitor tanda-tanda hipertermi
11.00	Mengajarkan kompres <i>water tepid sponge</i> R:Klien mengatakan demam H:Klien tampak mengikuti saat dilakukan kompres water tepid sponge	10.00	Mengulang kompres water tepid sponge R: pasien mengatakan melakukan kompres water tepid sponge H: Tampaknya ada penurunan suhu 37,5°C		R:Klien mengatakan sudah tidak demam H: teraba normal suhu tubuh klien 37°C
11.30	Mengajarkan klien cara mencegah keletihan R:Klien mengatakan lemas H:Klien tampak hanya berbaring saja	12.00	Memberikan antipiretik jika diperlukan R:pasien mengatakan minum obat H: pasien tampak minum obat PCT 500mg pernah oral 3x1/hari		Mengulang kompres water tepid sponge R: pasien mengatakan melakukan water tepid sponge H: Tampaknya ada penurunan suhu 37°C
12.00	Memberi tau indikasi terjadinya hipertermi R:Klien mengatakan tidak tahu hipertermi H: teraba panas suhu tubuh 38,8°C				
13.00	Meningkatnya intake cairan menganjurkan banyak minum 6-7 gelas/hari dan nutrisi R:klien mengatakan bibir terasa kering H:klien hanya minum 4 gelas saja Memberikan antipiretik jika diperlukan R:klien mengatakan minum obat				
13.30	H:klien tampak minum obat PCT 500mg, oral 3x1/hari				

## G. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.8**  
**Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi	Hari ke 1 02 Desember 2023	Hari ke 2 03 Desember 2023	Hari ke 3 04 Desember 2023
Pasien Hipertermia b.d proses penyakit	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih demam, demam meningkat pada sore dan malam</li> <li>Pasien melakukan kompres <i>water tapid sponge</i></li> <li>Pasien mengatakan susah tidur</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Teraba suhu tubuh pasien S: 38,8°C N: 96x/menit RR: 26x/menit</li> </ol> <p>A : ketidak efektifan termoregulasi P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor suhu, nadi, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali</li> <li>Memonitor tanda-tanda hipertermi</li> <li>Mengajarkan kompres <i>water tapid sponge</i></li> <li>Mengajarkan pasien cara mencegah kelelahan</li> <li>Membantu pasien indikasi terjadinya hipertermi</li> <li>Meningkatkan intake dan output</li> <li>Memberikan obat antipiretik</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan demam berkurang, telah melakukan kompres <i>water tapid sponge</i></li> <li>Pasien mengatakan istirahat tidurnya lebih lama dari pada kemarin</li> <li>Pasien minum PCT 500mg secara oral 3x1/hari</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Teraba suhu tubuh pasien hangat S: 37,7°C N:90x/menit RR:25x/menit</li> </ol> <p>A : ketidak efektifan termoregulasi P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor suhu, RR, secara kontiyu minimal 2 jam sekali</li> <li>Memonitor tanda-tanda hipertermi</li> <li>Kompres water tapid sponge</li> <li>Memberikan antipiretik jika diperlukan</li> </ol>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah tidak demam.</li> <li>Pasien mengatakan sudah bisa istirahat dengan nyaman.</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Teraba suhu pasien Normal. S:37°C N:90x/menit RR:25x/menit</li> </ol> <p>A : ketidak efektifan termoregulasi P : hentikan intervensi</p>