

## BAB III

### ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. Pengkajian

##### 1. Identitas Pasien

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

Identitas Pasien	Pasien
1. Nama	An. Y
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 :	Typoid
Sumber informasi	
a. Nama:	Ny.U
b. Hub dengan Pasien:	Ibu
c. Umur:	38 tahun
d. Pendidikan:	SMA
e. Pekerjaan	IRT

##### 2. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat kesehatan masuk (UGD/BP):

Pasien datang dengan keluhan demam, mual, muntah pasien mengatakan panas ditubuhnya naik turun. TTV : Pernafasan : 21 x/menit Nadi : 104 x/menit Suhu : 38,9 °C Kesadaran : Composmentis

###### b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang:

Keluhan utama : Demam

Klien mengatakan demam terasa saat menjelang malam, klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh, Suhu klien 38,8°C, klien mengatakan demam sudah 4 hari, saat pagi dan siang hari demam terasa berkurang namun ketika malam demam bertambah dan di ikuti dengan keluhan mual dan muntah. Saat dilakukan pengkajian didapatkan lidah pasien kotor dan mengalami mual dan muntah, klien mengatakan muntah 2x dalam sehari, klien mengatakan belum makan sejak kemarin.

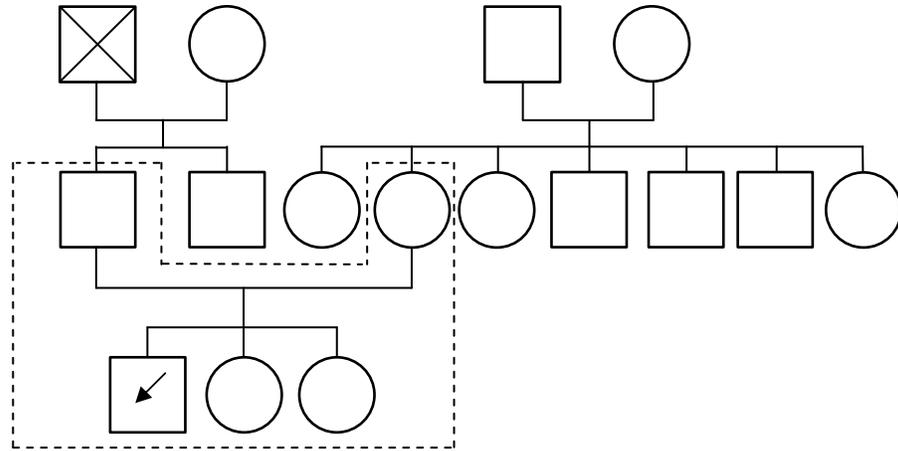
Keluhan penyerta: mual dan muntah

c. Riwayat Kesehatan Lalu:

- 1) Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak ada alergi
- 2) Riwayat kecelakaan : Pasien mengatakan tidak pernah
- 3) Riwayat pengobatan : Pasien mengatakan pernah menderita typhoid pada usia 10 tahun, dan sempat dirawat di puskesmas
- 4) Riwayat operasi : Pasien mengatakan tidak pernah
- 5) Riwayat Kesehatan Keluarga : Pasien mengatakan di dalam anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit, dan pasien mengatakan sudah pernah terkena Typhoid

### 3. Genogram Pasien

**Bagan 3.1  
Genogram Pasien**



#### Keterangan

□	: Laki – laki	—	: Garis Keturunan
○	: Perempuan	—	: Garis Menikah
↗	: Pasien	-----	: Tinggal serumah
×	: Meninggal		

### 4. Riwayat kehamilan dan Kelahiran Selama kehamilan

#### a. Prenatal

- Jumlah kunjungan : 4x kunjungan
- Bidan/dokter : Bidan
- Penkes yang didapat : Diet yang tepat
- HPHT : 24 Maret 2010
- Kenaikan BB selama hamil : 15 kg
- Komplikasi obat : -
- Obat-obatan yang didapat : vitamin kehamilan

- Riwayat hospitalisasi : -
- Golongan darah ibu : O
- Pemeriksaan kehamilan/maternal screening : Hepatitis, sifilis dan HIV

a. Natal

- Awal persalinan : kontraksi adekuat
- Lama persalinan : 10 Jam
- Komplikasi persalinan : -
- Terapi yang diberikan : -
- Cara melahirkan : pervaginam
- Tempat melahirkan : rumah bersalin

b. Postnatal

- Usaha napas : tanpa bantuan
- Kebutuhan resusitasi : -
- Skor APGAR : 10
- Obat-obatan yang diberikan pada neonates : Antibiotic dan tambah darah
- Interaksi ibu dan anak : Interaksi ibu dengan bayi baik, dalam sehari hampir selalu bersama
- Trauma lahir : -
- Nekrosis : -
- Keluarnya urin/BAB : ya
- Respon fisiologis/perilaku yang bermakna : Nyeri pasca bersalin

b. Riwayat Imunisasi

No	Jenis	Usia
1	BCG	1 bulan
2	DPT-1	2 bulan
3	DPT-2	3 bulan
4	DPT-3	4 bulan
5	Polio-1	1 bulan
6	Polio-2	2 bulan
7	Polio-3	3 bulan
8	Polio-4	4 bulan
7	Hepatitis-0	24 jam
	Hepatitis-1	2 jam
8	Hepatitis-2	3 bulan
9	Hepatitis-3	4 bulan
10	Campak	9 bulan

c. Riwayat usia anak

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

d. Riwayat Psikososial

Pola interaksi dengan orang tua, saudara kandung dan teman-temannya,  
pembawaan anak secara umum

Pola kultural : Bahasa dalam komunikasi bahasa Indonesia

Pola rekreasi : frekwensi 1x tiap minggu

Lingkungan fisik tempat tinggal : baik

Penanaman nilai kepercayaan : Keluarga rutin dalam menjalankan ibadah

## **5. 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

## **6. Pengetahuan dan Pengajaran**

Ibu pasien mengatakan belum mengeti cara merawat anaknya, ibu pasien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit typhoid, ibu pasien mengatakan tidak mengerti diet yang tepat bagi anaknya, ibu pasien terlihat tidak dapat menjawab pertanyaan perawat.

## **7. 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 1700cc/hari).

Saat sakit : Pasien mengatakan minum 3-6 gelas/hari, dengan jumlah  $\pm$  1600cc,

$$IWL = BB \times 10cc$$

$$38kg \times 10cc = 380cc$$

Input: minum : 1.600cc

Output: IWL+BAK 380cc+1160cc

$$=1540cc$$

Balance cairan:

Intake – output =

$$1600cc - 1540cc = 60 cc/hari$$

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 ( 1160cc/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 5 jam pada waktu malam hari, klien mengatakan sulit tidur pada malam hari karena demamnya dan rasa ingin muntah

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.

## 8. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :

- a. Tingkat kesadaran : Composmentis
- b. Nadi : 96x/menit
- c. Respirasi : 20x/menit
- d. Suhu : 38,8°C
- e. Tinggi badan : 130 cm
- f. Berat badan : 38 kg

Pemeriksaan fisik (persistem)

### a. 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 tidak memiliki keluhan pada penglihatan.

### b. 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.

### c. Sistem wicara

Tidak ada gangguan dalam sistem wicara Pasien dapat berbicara dengan jelas

d. Sistem pernafasan

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

e. Sistem kardiovaskuler

Sirkulasiperifer : 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 nyeridada.

f. Sistem saraf pusat

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

g. Sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kotor, keadaan mukosa kering, bising usus 8-12x/menit, tidak ada kesulitan menelan. Tidak terdapat asites, tidak terdapat nyeri tekan, tidak ada luka post operasi tidak berselaput.

h. Sistem endokrin

Nafas Pasien tidak berbauketon, tidak terdapat ganggrend, Pasien tidak mengalami tremor, dan tidak terdapat pembesaran tiroid.

i. Sistem urogenital

Pasien tidak terpasang kateter.

j. Sistem integumen

Keadaan rambut Pasien bersih, rambut Pasien berwarna hitam, kuku Pasien

pendek dan bersih, turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, tidak terdapat luka pada daerah kulit, turgor kulit elastis.

k. Sistem muskulo skeletal

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

l. Sistem imunologi

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

**Pemeriksaan Fisik (head to toe)**

a. Kepala

Posisi kepala simetris, warna rambut klien hitam, tidak ada benjolan dan rambut klien bersih dan tidak rontok.

b. Wajah

Tidak ada pigmentasi/bercak hitam pada muka, tidak ada acne pada muka, tidak ada edema pada muka.

c. Mata

Posisi mata simetris antara kanan dan kiri, kelopak mata normal, konjungtiva anemik, kornea normal, sclera anikterik, pupilisokor.

d. Mulut

Keadaan mulut klien kotor, mukosa bibir kering, tidak terdapat caries gigi, terdapat stomatitis, lidah kotor, tidak ada kesulitan menelan.

e. Telinga

Simetris, tidak ada cairan yang keluar dan tidak ada gangguan pendengaran.

f. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan pembesaran vena jungularis.

g. Daerah Dada

Posisi dada dimetris antara kanan dan kiri, tidak ada benjolan pada payudara, aerola dan puting susu bersih.

h. Abdomen

Tidak ada bekas luka, perut bersih bising usus 14x/menit, saat di perkusi terdengar suara timpani

i. Genetalia

Tidak dikaji

j. Ektremitas

tidak ada varises tungkaikaki

Reflek patela : Kanan : positif Kiri : positif

Tonus otot : 5 5  
5 5

k. Anus

Tidak dikaji

**9. Pemeriksaan Diagnostik**

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

Pemeriksaan	Hasil Pasien
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	1/320
Typhi H antigen	1/320
Typhi O antigen	1/60
Paratyphi A-O	
Antigen	1/80
Paratyphi B-O	
Antigen	]
Pemeriksaan Laboratorium parameter	57x
SGOT	49x
SGPT	132x
Natrium	3,5x
Kalsium	7,3x
Calsium	94x
Chorida	

**i. Penatalaksanaan Pasien**

**Tabel 3.4  
Penatalaksanaan Pasien**

Nama	Pengobatan	DOSIS	Cara Pemberian	Waktu pemberian
Ciprofloxacin		250mg/8jam	Oral	✓
Ranitidin		75mg/8jam	Oral	✓
Paracetamol		250mg/8jam	Oral	✓

**B. Data Fokus**

**Data Subjektif:**

- Pasien mengatakan keluhan utama demam
- Klien mengatakan demam terasa saat menjelang malam
- klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh

- klien mengatakan demam sudah 4 hari
- saat pagi dan siang hari demam terasa berkurang namun ketika malam demam bertambah
- Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun
- Klien mengatakan mulutnya terasa pahit
- Klien mengatakan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah.
- Klien mengatakan keluhan penyerta: mual dan muntah
- Klien mengatakan muntah 2x
- Ibu pasien mengatakan belum mengeti cara merawat anaknya
- Ibu pasien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit typhoid
- Ibu pasien mengatakan tidak mengerti diet yang tepat bagi anaknya.

**Data Objektivitas**

- Keadaan umum lemah
- Klien tampak lemas
- Kulit kemerahan
- Kulit teraba hangat
- Akral panas
- Suhu 38,8°C
- Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan  
klien hanya makan 3 sendok
- Mukosa bibir kering
- Mulut terlihat kotor
- ibu pasien terlihat tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terkait

penyakit anaknya

### C. Analisa data

**Tabel 3.5**  
**Analisa data**

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif:		
1. Pasien mengatakan keluhan utama demam	Proses penyakit	Ketidakefektifan Termoregulasi
2. Klien mengatakan demam terasa saat menjelang malam		
3. klien mengatakan terasa panas di seluruh tubuh		
4. klien mengatakan demam sudah 4 hari		
5. saat pagi dan siang hari demam terasa berkurang namun ketika malam demam bertambah		
Data Objektif:		
1. Keadaan umum lemah		
2. Klien tampak lemas		
3. Kulit kemerahan		
4. Kulit teraba hangat		
5. Akral hangat		
6. Suhu 38,8°C		
Data Subjek		
1. Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya menurun	Mual muntah	Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Klien mengatakan mulutnya terasa pahit		
3. Klien mengatakan ketika makan terasa mual tetapi tidak muntah.		
4. Klien mengatakan keluhan penyerta: mual dan muntah		
5. Klien mengatakan muntah 2x		
Data Objek		
1. Pasien makan 2x/hari dengan porsi yang diberikan tapi tidak dihabiskan klien hanya makan 3 sendok		
2. Mukosa bibir kering		
3. Mulut terlihat kotor		
Data Subjektif		
1. Ibu pasien mengatakan belum mengeti cara merawat anaknya	Kurang informasi	Defisit pengetahuan
2. Ibu pasien mengatakan tidak mengerti tentang penyakit typhoid		
3. Ibu pasien mengatakan tidak mengerti diet yang tepat bagi anaknya		

---

Data Objektif

- ibu pasien terlihat tidak dapat menjawab pertanyaan perawat terkait penyakit anaknya
- 

#### D. Diagnose Keperawatan

- Ketidakefektifan Termoregulasi berhubungan dengan proses penyakit.
- Resiko nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual muntah
- Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi

#### E. Perencanaan

**Tabel 3.6**  
**Perencanaan**

<b>Dx Keperawatan</b>	<b>Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
Ketidakefektifan thermoregulasi b. d proses penyakit	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam Diharapkan masalah termoregulasi teratasi dengan criteria hasil : <ol style="list-style-type: none"><li>Temperatur stabil 36,5°C-37°C</li><li>Tidak ada kejang</li><li>Tidak ada perubahan warna kulit</li></ol>	<b>cc</b> <ol style="list-style-type: none"><li>Monitor suhu minimal 2 jam</li><li>Rencanakan monitor suhu secara kontiyu</li><li>Monitor TD, Nadi, RR</li><li>Monitor suhu dan warna kulit</li><li>Ajarkan kompres hangat dengan bawang merah</li><li>Monitor tanda-tanda hipertermi</li><li>Tingkatkan intake cairan dan nutrisi</li><li>Ajarkan kepada pasien cara mencegah keletihan beritahu indikasi terjadinya hipertermi</li><li>Berikan antipiretik jika perlu</li></ol>

## F. Pelaksanaan

**Tabel 3.7**  
**Pelaksanaan**

Pelaksanaan	Hari ke 1		Hari ke 2		Hari ke 3	
		Implementasi		Implementasi		Implementasi
Ketidakefektifan thermoregulasi b. d proses penyakit	09.00	Memonitor suhu nadi, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali R: pasien mengatakan demam, demam meningkat pada sore dan malam. H: N:96x/menit, RR:26x/menit, Suhu:38, 8°C	07.00	Memonitor suhu, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali R: pasien mengatakan masih demam H: N:96x/menit, RR:26x/menit, S:37, 7°C	07.15	Memonitor suhu, RR secara kontiyu minimal 2 jam sekali R:klien mengatakan sudah tidak demam H: N:96x/menit, RR:26x/menit, S:37°C
	90.30	Memonitor tanda-tanda hipertermi R:pasien mengatakan demam H:Teraba suhu tubuh klien panas 38,8°C	08.00	Memonitor tanda tanda hipertermi R:pasien mengatakan tidak terlalu demam H:teraba hangat suhu tubuh pasien 37,7°C	09.00	Memonitor tanda-tanda hipertermi R:Klien mengatakan sudah tidak demam H: teraba normal suhu tubuh klien 37°C
	10.00	Ajarkan kompres dengan bawang merah kepada ibu pasien R:Klien mengatakan demam H:Klien tampak mengikuti saat dilakukan kompres dengan bawang	09.00	Mengingatkan pemberian kompres dengan bawang merah R: pasien mengatakan melakukan kompres bawang merah H: Tampaknya ada penurunan suhu 37,7°C	09.10	Mengevaluasi pemberian kompres dengan bawang merah R: pasien mengatakan melakukan kompres bawang H: Tampaknya ada penurunan suhu 37°C
	11.00	Mengajarkan klien cara mencegah keletihan R:Klien mengatakan lemas H:Klien tampak hanya berbaring saja	10.00	Memberikan antipiretik jika diperlukan R:pasien mengatakan minum obat H: pasien tampak minum obat PCT 500mg pernah oral		
	11.30	Memberi tau indikasi terjadinya hipertermi R:Klien mengatakan tidak tahu				

---

	<p>hipertermi  H: teraba panas suhu tubuh  38,8°C</p>	3x1/hari
12.00	<p>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</p>	
13.00	<p>Memberikan antipiretik jika  diperlukan  R:klien mengatakan minum obat  H:klien tampak minum obat PCT  500mg, oral 3x1/hari</p>	

---

## G. Evaluasi

**Tabel 3.8**  
**Evaluasi**

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Ketidakefektifan thermoregulasi 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 baawang merah</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 : masalah ketidakefektifan termoregulasi belum teratasi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan demam berkurang, telah melakukan kompres bawang merah</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 : masalah ketidakefektifan termoregulasi belum teratasi</p>	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah tidak demam.</li> <li>Pasien mengatakan sudah bisa istirahat dengan tenang</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 : masalah ketidakefektifan termoregulasi teratasi</p>
	<p>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 bawang merah</li> <li>Mengajarkan pasien cara mencegah keletihan</li> <li>Membantu pasien indikasi terjadinya hipertermi</li> <li>Meningkatkan intake dan output</li> <li>Memberikan obat antipiretik</li> </ol>	<p>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>Berikan kompres bawang merah</li> <li>Memberikan antipiretik jika diperlukan</li> </ol>	<p>P : hentikan intervensi</p>