

BAB III

HASIL PENGKAJIAN

A. PENGKAJIAN

Pengkajian dilakukan pada hari Sabtu tanggal 4 April 2026 pukul 07.30 WIB di ruang Asoka RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi.

Identitas Pasien

- Nama : An. R
- TTL : 20 April 2020
- Usia : 5 Tahun 11 bulan 15 hari
- Jenis Kelamin: Laki-laki (Anak ke-1)
- No. RM : 0058xxxx
- Alamat : Tawangharjo, RT 002 RW 006
- Agama : Islam
- Diagnosa Medis: Observation Febris (Demam hari ke-5) dd/ Typhoid Fever
- Tanggal Masuk: 4 April 2026
- Nama Ayah/Ibu: Ny. M (Sumber Informasi)
- Pekerjaan Ayah: Swasta
- Pekerjaan Ibu: Ibu Rumah Tangga
- Agama : Islam
- Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia
- Alamat : Tawangharjo, RT 002 RW 00

B. KELUHAN UTAMA

Ibu mengatakan badan klien panas sudah 5 hari disertai mual dan muntah.

C. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Ibu pasien mengatakan pasien mengalami keluhan panas sejak tanggal 30 Maret 2026 sudah 5 hari yang lalu, panas dirasakan naik turun dan tidak kunjung sembuh meski sudah dikompres. Pasien juga mengalami mual dan muntah sebanyak 3x kali sehari serta mengeluh pusing. Karena kondisi tidak membaik, pasien dibawa ke IGD RSUD Dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi pada tanggal 03 April 2026.

Hasil pemeriksaan di IGD menunjukkan: Keadaan umum sedang, Suhu: 38,7°C, Nadi: 80x/mnt, RR: 20x/mnt. Pasien mendapatkan terapi awal: Infus Asering 20 tpm, Injeksi Antrain 25 mg, Injeksi Ranitidine 25 mg, Injeksi Metoclopramide 5 mg, dan Tablet Paracetamol 500 mg. Selanjutnya pasien dipindahkan ke ruang Asoka untuk perawatan lebih lanjut.

D. RIWAYAT MASA LAMPAU

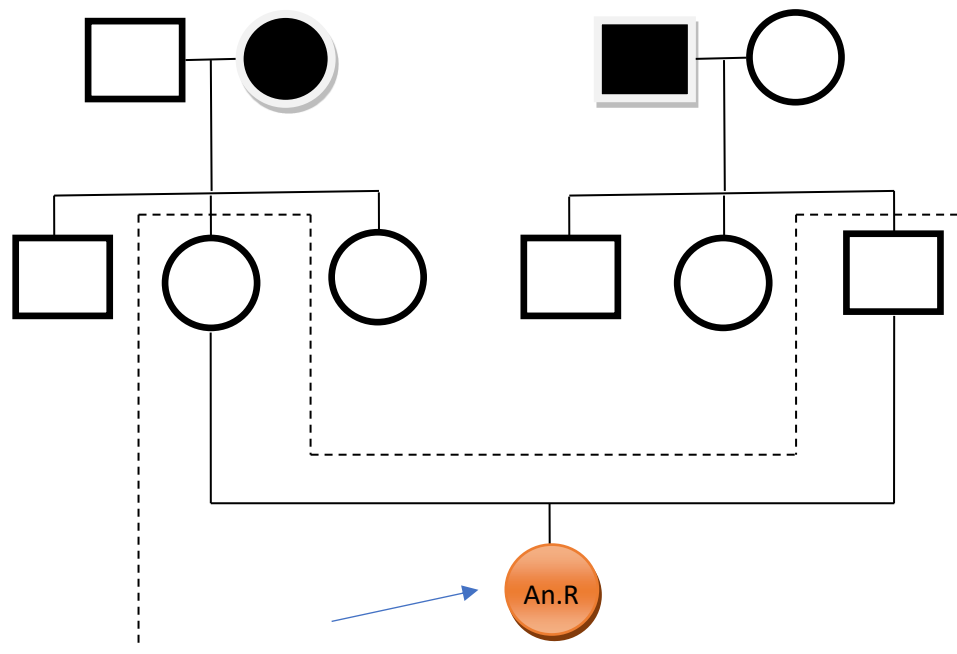
1. Prenatal: Tidak ada keluhan saat hamil, ANC rutin di Puskesmas.
2. Natal: Persalinan Sectio Caesarea (SC) di RS Permata Bunda, lahir menangis kuat.
3. Post Natal: BB lahir 2,5 kg, PB 45 cm, riwayat susu formula.
4. Penyakit waktu kecil: Ibu mengatakan pasien tidak memiliki riwayat penyakit kronis sebelumnya.

5. Pernah dirawat di RS: Ibu mengatakan ini adalah pertama kali anaknya dirawat di rumah sakit.
6. Obat-obatan yang digunakan: Tidak ada konsumsi obat rutin sebelum sakit ini.
7. Alergi: Tidak ada riwayat alergi obat maupun makanan.
8. Kecelakaan: Tidak pernah mengalami kecelakaan.
9. Imunisasi: Imunisasi dasar lengkap (Hepatitis, Polio 1-4, BCG, DPT 1-2).

E. RIWAYAT KELUARGA

Ibu pasien mengatakan dalam keluarga tidak ada yang mengalami gejala serupa saat ini.

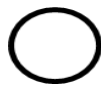
F. GENOGRAM



Keterangan:



:Laki-laki



:Perempuan



:Perempuan sudah meninggal



:Laki laki sudah meninggal



:Pasien



----- : Tinggal serumah

Gambar 3.1 Genogram

G. RIWAYAT SOSIAL

1. Pengasuh: Orang tua (tinggal bersama).
2. Pembawaan: Periang namun sedikit pemalu.
3. Lingkungan: Sehat dan bersih.

H. PENGKAJIAN POLA FUNGSIONAL (GORDON)

a. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

1. Status kesehatan anak sejak lahir :

Ibu pasien mengatakan pasien lahir secara sc

2. Pemeriksaan kesehatan secara rutin, imunisasi :

Ibu pasien mengatakan untuk pemeriksaan kesehatan dilakukan secara rutin di posyandu dan pasien sudah mendapatkan imunisasi seperti : hepatitis, folio 1, 2, 3, 4 BCG, DPT 1, 2

3. Penyakit yang menyebabkan anak absen dari sekolah :

Ibu pasien mengatakan anak belum sekolah

4. Praktik pencegahan kesehatan :

Ibu pasien mengatakan bahwa sejauh ini untuk pencegahan kesehatan sudah dilakukan sebisa mungkin.

5. Apakah orangtua merokok? Di dekat anak? :

Ibu pasien mengatakan bahwa bapak pasien merokok, tapi tidak didekat anak. Sesudah merokok langsung bermain dengan pasien.

6. Mainan anak/bayi ? keamanan kendaraan? : Ibu pasien mengatakan untuk mainan anak cukup aman, tidak ada yang membahayakan.

7. Praktik keamanan orangtua : Ibu pasien mengatakan cukup aman.

b. Pola nutrisi – metabolic

1. Pemberian ASI/PASI

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa sebelum sakit pasien minum ASI eksklusif

Selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih diberikan ASI eksklusif

2. Selera makanan yang disukai atau tidak disukai

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan bahwa pasien makan makanan yang diberikan orang tua seperti bubur satu porsi dan minum susu juga mau

selama sakit :ibu pasien mengatakan bahwa pasien menyukai makanan yang diberikan orangtua dan minum susu jika diberi makanan dari rumah sakit hanya dimakan 1-2 sendok saja/ sedikit.

3.Kebiasaan makan

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan bahwa kebiasaan pasien makan 2x pagi dan sore dengan bubur dengan porsi sedikit

selama sakit :ibu pasien mengatakan hanya minum susu dan makanan dari rumah sakit itu pun hanya 1-2 sendok saja.

4. Alat makan yang digunakan :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan alat makan yang digunakan adalah sendok makan, piring makan pasien dan gelas minum pasien

Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat dirumah sakit menggunakan alat makan semuanya dari rumah sakit.

5. Pengkajian ABCD :

A.(Antropometri)

Sebelum sakit:

BB=10,5kg

TB=67cm

LILA=11cm

Selama sakit:

BB = 9,5kg

TB = 67cm

LILA = 11cm

Lingkar dada = 39cm

Lingkar kepala = 36cm

B. (Biochemical)

Sebelum sakit= -

Selama sakit =Haemoglobin: 12,1 m/dl

Hematokrit: 35,2 %

C. (Clinical Assesment)

Sebelum sakit :Kulit halus dan bersih,mulut dan lidah lembab,mata normal

Selama sakit :Rambut tumbuh dengan sebaran merata, kulit halus dan bersih, mulut dan lidah lembab, ekstermitas atas kiri terpasang infus dan ekstermitas bawah normal.

D (Diit)

Sebelum sakit :pasien minum susu formula,dan makan satu porsi bubur

Selama sakit :pasien minum susu formula,dan 1-2 sendok makan bubur dari Rumah Sakit.

c. Pola eliminasi

1.Pola defekasi :

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan bahwa urin pasien berwarna kekuningan,BAB Pasien lembek,tidak berlendir dan tidak ada darah dan berbau khas

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan bahwa urine pasien berwarna hijau kekuningan. BAB pasien cair sedikit ampas,tidak berlendir, tidak ada darah saat BAB dan berbau khas.

2. Mengganti pakaian dalam/pampers “

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan jika dirumah pasien tidak menggunakan pempers dan mengganti pakaian dalam setelah mandi.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan jika pempers penuh diganti dan jika pasien BAB diganti.

3. Pola eliminasi urin dan bab :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK $\pm$ 8x/hari dan BAB 2x/hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa sehari pasien BAK $\pm$ 8x/ hari dan bab $\pm$ 4x/ hari.

d. Pola latihan – aktivitas

1. Rutin mandi :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan saat dirumah pasien rutin mandi setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya disibin setiap pagi dan sore hari.

2. Kebersihan rutin :

Sebelum sakit :ibu pasien mengatakan kebersihan juga dilakukan setiap pagi dan sore hari

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kebersihan juga dilakukan setiap pagi, sore dan setiap ganti pempers

3. Aktivitas sehari-hari :

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa untuk aktivitas sehari-hari pasien bermain dengan orang tua, nenek dan ponakan yang main kerumah pasien.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit pasien hanya bermain bersama orang tua

4. Level aktivitas anak/bayi secara umum, toleransi

Ibu pasien mengatakan bahwa anak cukup tanggap meskipun baru berusia 1 tahun

5. Persepsi anak terhadap kekuatan (kuat/lemah)

Ibu pasien mengatakan untuk persepsi pasien sangat kuat.

6. Kemampuan kemandirian anak :

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk kemandirian belum bisa karena masih butuh bantuan orangtua dan orang di lingkungan sekitar.

e. Pola istirahat tidur

1.Pola istirahat/tidur anak, perkiraan jam/dll

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien beristirahat $\pm$ 10 jam dengan nyenyak dan posisi tidur yang tenang

Selama sakit :ibu pasien mengatakan saat sakit kebutuhan tidur $\pm$ 9 jam dan sering terbangun

2. Perubahan pola istirahat, mimpi buruk, nokturia

Sebelum sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien selama dirumah belum pernah mengalami mimpi buruk.

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa selama dirumah sakit belum pernah mimpi buruk

3. Posisi anak tidur, gerakan tubuh

Selama sakit :Ibu pasien mengatakan bahwa pasien tidur dengan posisi yang nyaman dengan gerakan yang sedikit,

Selama sakit :posisi tidur tidak nyenyak dan sedikit rewel sering menangis.

f. Pola persepsi kognitif

1. Responsif secara umum

Ibu pasien mengatakan pasien cukup responsive

2. Respon anak untuk bicara, suara, objek, sentuhan

Ibu pasien mengatkan bahwa pasien mengerti respon yang diberikan tetapi untuk menyampaikan umpan balik terkadang susah karena pasien belum jelas mengucap kata-kata.

3. Apakah anak mengikuti objek dengan matanya? Respon untuk meraih mainan

Ibu pasien mengatakan iya, tetapi terkadang jika mood nya tidak bagus pasien agak cuek.

4. Vokal suara, pola bicara, kata-kata, kalimat ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum bisa mengucapkan kata-kata dengan jelas

5. Gunakan stimulus : bicara, mainan, dsb

Ibu pasien mengatakan bahwa untuk menstimulus pasien dengan bicara dan mainan.

6. Kemampuan anak untuk mengatakan nama, waktu, alamat

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien belum mampu untuk mengucapkan kata-kata.

7. Kemampuan anak untuk mengidentifikasi kebutuhan :

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien mengidentifikasi kebutuhannya dengan cara menangis dan rewel.

g. Pola persepsi diri – konsep diri

1. Status mood bayi/anak iritabilitas

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien termasuk orang dengan mood yang tidak bisa ditebak.

2. Pemahaman anak terhadap identitas diri, kompetensi, dll

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien sudah sedikit mampu untuk memahami identitas dirinya sendiri.

Anak/bayi :

1. Status mood : berubah-ubah
2. Banyak teman, seperti yang lain ? iyaa, dirumah dan di lingkungan rumah pasien memiliki cukup banyak teman.
3. Kesepian ? tidak, karena setiap hari anak selalu ditemani orangtua dan keluarga
4. Takut ? tidak, karena selalu ada orangtua yang menemani pasien

h. Pola hubungan dan peran

1. Struktur keluarga :

Ibu pasien mengatakan bahwa struktur keluarga masih lengkap, yaitu orangtua dan kakek nenek pasien.

2. Masalah/stressor keluarga

Ibu pasien mengatakan bahwa tidak ada masalah apapun didalam keluarga

3. Interaksi anggota keluarga dan anak

Ibu pasien mengatakan bahwa interaksi keluarga dengan anak dilakukan setiap hari.

4. Respon anak/ bayi terhadap perpisahan

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien memahami jika ditinggal terkadang ditinggal bekerja oleh ibunya.

5. Anak : ketergantungan ?

Ibu pasien mengatakan bahwa pasien masih membutuhkan bantuan dalam berbagai hal.

6. Anak : pola bermain ?

Ibu pasien mnagtakan bahwa dalam bermain pasien antusias dengan mainannya.

7. Anak : temperature ? masalah disiplin? Penyesuaian sekolah ?

Ibu pasien mengatkan bahwa pasien belum sekolah

i. Pola seksual – reproduksi

An.R merupakan anak laki-la, Ny.M mengatakan bersyukur memiliki An.R

j. Pola toleransi stress – koping

Sebelum sakit :Ny.M mengatakan An.R menangis saat kebutuhannya/ keinginannya tidak diberi, menenangkan An.R dengan cara membujuknya.

Selama sakit :Ny.M mengatakan An.R saat dirawat di rumah sakit sering rewel dan menangis.

k. Pola kepercayaan nilai

Ny.M mengatakan mendidik An.R secara islami

I. PEMERIKSAAN FISIK

a. Keadaan umum :

Kesadaran composmentis (GCS: 15)

b. Tanda Vital :

Tekanan Darah : -

Nadi : 120x/ menit

RR : 20 x/ menit

Suhu : 39°C

c. TB : 67 cm

BB : 9,5 kg

d. LILA : 11 cm

Lingkar kepala : 36cm

Lingkar dada : 39 cm

e. Mata :

Simetris kanan dan kiri, pupil 2mm/2mm, reflek terhadap cahaya ada.

f. Hidung :

Bentuk simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan secret, tidak ada gangguan pernafasan

g. Mulut :

Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi.

h. Telinga :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan serumen

i. Tengukuk :

Tidak ada lesi dan tidak ada pembengkakan

j. Dada :

Simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi.

k. Jantung

I: tidak ada lesi, ictus cordis teraba

P: ictus cordis teraba di ics 5

P: suara pekak

A: terengar S1 dan S2, tidak ada suara tambahan

l. Paru-Paru

I: simetris kanan dan kiri, tidak ada lesi

P: tidak ada nyeri tekan

P: redup

A: terdengar suara vesikuler

m. Abdomen

I: tidak ada lesi dan tidak ada benjolan pada umbilikus

P: timpani

P: tidak ada nyeri tekan

A: bising usus 20x/ menit

n. Punggung

Simetris, tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi

o. Genetalia

Tidak terpasang DC

p. Parineal

Sedikit kemerahan disekitar parineal

q. Ekstermitas

Terpasang infus Asering 20 tpm ditangan kiri

r. Kulit

Kulit sawo matang

J. PEMERIKSAAN PERKEMBANGAN

1. Perhitungan umur

- Tanggal Test: 4 April 2026
- Tanggal Lahir: 20 April 2020
- Umur: 5 Tahun 11 Bulan 15 Hari

2. Pelaksanaan Test DDST

Tabel 3.1 Hasil Test DDST

Sektor	Respon Anak
Personal Sosial	1. Sudah bisa berpakaian sendiri tanpa bantuan (P) 2. Sudah bisa menyebutkan nama teman (P) 3. Sudah bisa mengambil makan sendiri (P) 4. Sudah bisa bermain kartu/permainan kelompok (P)
Motorik Halus	1. Sudah bisa menggambar orang 3 bagian (P) 2. Sudah bisa memilih garis yang lebih panjang (P) 3. Sudah bisa mencontoh tanda + (tambah) (P)
Bahasa	1. Sudah bisa menyebutkan 4 warna (P) 2. Sudah bisa menghitung 5 kubus (P) 3. Sudah bisa mengerti lawan kata (P) 4. Sudah bisa menyebutkan kegunaan benda (P)
Motorik Kasar	1. Sudah bisa berdiri 1 kaki selama 5-6 detik (P) 2. Sudah bisa berjalan tumit ke jari kaki (P) 3. Sudah bisa melompat dengan satu kaki (P)

KESIMPULAN: An. R dapat melakukan semua item yang ditunjukkan. Dapat disimpulkan bahwa anak mengalami perkembangan personal sosial, motorik halus, bahasa dan motorik kasar dengan baik dan normal sesuai dengan umurnya saat ini.

K. PEMERIKSAAN PENUNJANG

1. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujuk
Hematologi			
Hemoglobin	15.1	g/dL	11.5 – 15.5
Hematokrit	42.0	%	35 – 45
Leukosit (WBC)	9100	/uL	5000 – 14500
Trombosit	109000	/uL	150000 – 450000
Eritrosit (RBC)	7.10	/uL	4.0 – 5.2
Neutrofil %	65.2	%	25 – 60
Limfosit %	24.4	%	25 – 50
Monosit %	8.0	%	1 – 6
Basofil %	2.1	%	0 – 1
Kimia Klinik			
GDS	115	mg/dL	< 140

2. Terapi

Tabel 3.4 Terapi Obat

Obat	Dosis	Rute	Indikasi
Asiring	20 tpm	IV	Mengganti cairan tubuh dan elektrolit
Inj. Antrain	2 x 25 mg	IV	Pereda nyeri dan penurun panas (Analgetik-Antipiretik)
Inj. Ranitidine	2 x 25 mg	IV	Menurunkan produksi asam lambung berlebih
Inj. Omeprazole	2 x 1 gr	IV	Mengatasi gangguan lambung dan mual hebat
Inj. Metoclopramide	3 x 5 mg	IV	Meredakan mual dan muntah
PCT Tablet	3 x 500 mg	PO	Penurun panas dan pereda sakit kepala/pusing

L. ANALISA DATA

Tabel 3.5 Analisa data

No	Hari/tgl	Data Fokus	Problem	TTD
1.	Sabtu, 4/4/26	DS: Ibu pasien mengeluh anak badannya panas dan lemas. DO: - Trombosit: 109.000 (Rendah) - Eritrosit: 7.10 (Tinggi)	Hipovolemia (D.0023)	Adelta

		- Pasien terpasang infus Asering 20 tpm			
2.	Sabtu, 4/4/26	DS: Ibu pasien mengatakan badan anaknya panas naik turun sudah 5 hari. DO: - KU: Sedang - S: 39°C - N: 80x/mnt - Hasil Lab: Leukosit 9.100, Neutrofil 65,2%	Hipertermia (D.0130)		Adelta
3.	Sabtu, 4/4/26	DS: Ibu pasien mengatakan anak mual muntah 2x dan hanya makan 1-2 sendok saja. DO: - Mukosa bibir sedikit kering - Pasien tampak lemas - Porsi makan tidak dihabiskan - Antropometri: BB turun (Sebelum sakit: 10,5kg, Saat sakit: 9,5kg) nafsu makan yang menurun.	Defisit (D.0019)	Nutrisi	Adelta

M. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 3.6 Diagnosa Keperawatan

No	Hari/tgl	Dx. Keperawatan	Tgl Teratasi	TTD
1.	Sabtu, 4/4/26	Hipovolemia d.d Evaporasi/Peningkatan Suhu Tubuh (D.0023)	Senin, 6/4/26	Adelta
2.	Sabtu, 4/4/26	Hipertermia b.d Proses Penyakit (D.0130)	Senin, 6/4/26	Adelta
3.	Sabtu, 4/4/26	Risiko Defisit Nutrisi b.d Ketidakmampuan Mencerna Makanan (D.0032)	Senin, 6/4/26	Adelta

N. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 3.7 Intervensi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	TTD
Hipovolemia (D.0023)	Status Cairan L.03028 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x7 jam diharapkan status cairan membaik. Kriteria Hasil: 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Turgor kulit meningkat 3. Output urine meningkat 4. Membran mukosa lembab	Manajemen I.03116 Observasi: 1. Periksa tanda dan gejala hipovolemia (nadi lemah, mukosa kering) 2. Monitor intake dan output cairan 3. Monitor hasil laboratorium (Trombosit dan Hematokrit)	Hipovolemia Adelta

Terapeutik:

1. Hitung kebutuhan cairan sesuai berat badan
2. Berikan posisi *modified Trendelenburg* jika terjadi hipotensi
3. Berikan asupan cairan oral

Edukasi:

1. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
2. Anjurkan menghindari perubahan posisi mendadak

Kolaborasi:

1. Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (Asiring 20 tpm)

Hipertermia (D.0130)	Termoregulasi L.14134 Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x7 jam diharapkan termoregulasi membaik. Kriteria Hasil:	Manajemen I.15506 Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, proses penyakit) 2. Monitor suhu tubuh	Hipertermia	Delta
-----------------------------	--	--	-------------	-------

1. Suhu tubuh membaik (36,5°C - 37,5°C)	3. Monitor kadar elektrolit (cek hasil lab darah)
2. Pusing menurun	Terapeutik:
3. Kulit merah menurun	1. Sediakan lingkungan yang dingin/nyaman
4. Takikardia menurun	2. Longgarkan atau lepaskan pakaian yang tebal
	3. Berikan cairan oral (minum sedikit-sedikit tapi sering)
	4. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi/aksila)
	Edukasi:
	1. Anjurkan tirah baring (bedrest)
	Kolaborasi:
	1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (Asiring 20 tpm)
	2. Kolaborasi pemberian antipiretik (Antrain 25mg dan PCT 500mg)

Risiko	Defisit	Status Nutrisi L.03030	Manajemen Nutrisi I.03119	Adelta
Nutrisi (D.0032)		Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x7 jam diharapkan status nutrisi membaik. Kriteria Hasil: 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat 2. Perasaan cepat kenyang menurun 3. Berat badan membaik 4. Nafsu makan membaik 5. Membran mukosa membaik	Observasi: 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Monitor asupan makanan 5. Monitor berat badan Terapeutik: 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Edukasi: 1. Anjurkan posisi duduk, jika mampu Kolaborasi: 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	

O. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan

a) Hari Pertama (4 April 2026)

No	Hari	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Dp	/tgl/jam			
1,2	Sabtu, 4	- Mengidentifikasi	DS: Ibu pasien mengatakan	Adelta
	April	penyebab	anak panas sudah 5 hari,	
	2026	hipertermia secara	pusing, dan mual muntah	
	08:00	komprehensif	2x sejak di rumah.	
	WIB	- Mengidentifikasi	DO: Pasien tampak lemas,	
		penyebab mual dan	mukosa bibir kering.	
		muntah		
1,3	09:00	- Memonitor tanda-	DS: Ibu pasien mengatakan	Adelta
	WIB	tanda vital (Suhu,	badan anak masih terasa	
		Nadi, RR)	panas.	
		- Memonitor tanda	DO: S: 38°C, N: 80x/mnt,	
		dan gejala	RR: 20x/mnt. CRT < 2	
		hipovolemia	detik.	
2	09:30	- Mengidentifikasi	DS: Ibu mengatakan anak	Adelta
	WIB	karakteristik mual	mual jika mencium bau	
		(frekuensi dan	makanan rumah sakit yang	
		pemicu)	menyengat.	

			DO: Pasien tampak ingin muntah saat disuapi makan.	
1,2,3	10:00	- Memberikan cairan intravena	DS: Ibu mengatakan bersedia membatasi aktivitas anak.	Adelta
	WIB	- Menganjurkan istirahat/tirah baring	DO: Terpasang infus Asering 20 tpm pada tangan kiri.	
1	11:00	- Menganjurkan pemakaian pakaian yang tipis dan menyerap keringat	DS: Ibu mengatakan anak lebih nyaman memakai kaos tipis. DO: Pasien memakai baju berbahan katun tipis.	Adelta
1,2,3	11:30	- Kolaborasi dalam pemberian terapi obat sesuai program medis	DS: - DO: Diberikan obat via IV/Oral: - Inj. Antrain 25 mg - Inj. Ranitidine 25 mg - Inj. Metoclopramide 5 mg - PCT Tablet 500 mg	Perawat
3	13:00	- Memonitor asupan cairan oral dan	DS: Ibu mengatakan anak baru minum ± 3 gelas kecil.	Perawat
	WIB			

memantau haluaran	DO:
urin	Balance Cairan:
	Input: (Oral: 450cc +
	Parenteral: 500cc) = 950cc
	Output: (Urine: 350cc +
	IWL: 215cc) = 565cc
	Balance: +385cc

b) Hari Kedua (5 April 2026)

No	Hari	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Dp	/tgl/jam			
1,2	Minggu, 5 April 2026 08:00 WIB	- Memonitor suhu tubuh secara berkala	DS: Ibu mengatakan panas anak mulai turun namun masih merasa mual di pagi hari.	Adelta
		- Memonitor frekuensi mual dan muntah	DO: S: 37,6°C. Tidak terjadi muntah pagi ini.	
1	09:00 WIB	- Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat)	DS: Pasien merasa lebih nyaman setelah dikompres. DO: Akral hangat, kulit tidak semerah hari pertama.	Adelta

2	10:00 WIB	- Mengajukan makan porsi kecil tapi sering	DS: Ibu mengatakan anak mulai mau makan bubur 3-4 sendok. DO: Porsi makan habis 1/4 porsi rumah sakit.	Perawat
1,2,3	11:30 WIB	- Melanjutkan kolaborasi pemberian terapi obat	DS: - DO: Masuk dosis Inj. Omeprazole 1gr, Inj. Ranitidine 25 mg, PCT 500 mg.	Adelta
3	13:00 WIB	- Memonitor hasil laboratorium (Trombosit)	DS: - DO: Hasil evaluasi lab menunjukkan Trombosit mulai stabil (115.000). Balance Cairan: Input: 1000cc, Output: 600cc. Balance: +400cc.	Perawat

c) Hari Ketiga (6 April 2026)

No	Hari	Implementasi	Respon Hasil	TTD
Dp	/tgl/jam			
1,2,3	Senin, 6 April 2026 08:00 WIB	- Memonitor tanda-tanda vital dan status hidrasi	DS: Ibu mengatakan anak sudah tidak panas dan sudah mau bermain. DO: S: 36,7°C, N: 84x/mnt. Mukosa bibir lembab.	Adelta
2	09:30 WIB	- Mengidentifikasi nafsu makan anak	DS: Ibu mengatakan anak sudah tidak mual dan minta makan roti. DO: Porsi makan habis 3/4 porsi, tidak ada muntah.	Adelta
1,2,3	11:30 WIB	- Memberikan edukasi persiapan pulang dan minum obat oral	DS: Ibu mengerti penjelasan tentang dosis obat jalan. DO: Pasien tampak ceria, suhu stabil (Normal).	Perawat
3	13:00 WIB	- Memonitor balance cairan terakhir	DS: Ibu mengatakan anak banyak minum dan sering BAK.	Perawat

DO: Turgor kulit sangat

baik. CRT < 2 detik.

Balance Cairan:

Input: 1200cc, Output:

850cc. Balance: +350cc.

P. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 3.9 Evaluasi keperawatan

a) Evaluasi hari pertama (4 April 2026)

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	Sabtu, 4/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan badan anaknya masih panas dan pusing. O: - S: 38°C, N: 80x/mnt, RR: 20x/mnt. - Kulit teraba hangat/panas. A: Masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan: - Monitor suhu tubuh secara berkala. - Berikan kompres hangat. - Kolaborasi pemberian antipiretik (Antrain/PCT).	Adelta
2	Sabtu, 4/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan anak masih mual dan tidak nafsu makan.	Adelta

O:

- Pasien tampak lemas.
- Porsi makan habis 2 sendok.
- Mukosa bibir kering.

A: Masalah Nausea berhubungan dengan iritasi lambung belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan:

- Monitor frekuensi mual dan muntah.
- Berikan makanan porsi kecil tapi sering.
- Kolaborasi pemberian antiemetik (Metoclopramide/Ranitidine).

3	Sabtu,	4/4/26	S: Ibu mengatakan anak badannya lemas dan malas minum.	Adelta
	(14:00)			

O:

- Trombosit: 109.000.
- Terpasang infus Asering 20 tpm.
- Balance cairan: +385cc.

A: Masalah Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan peningkatan suhu tubuh belum teratasi.

P: Intervensi dilanjutkan:

- Monitor intake dan output cairan.
 - Monitor hasil lab (trombosit).
-

b) Evaluasi hari kedua (5 April 2026)

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	Minggu, 5/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah mulai turun (naik-turun). O: - S: 37,6°C, N: 82x/mnt. - Akral hangat. A: Masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan: - Monitor suhu tubuh. - Lanjutkan pemberian obat antipiretik.	Adelta
2	Minggu, 5/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan mual sudah berkurang, tidak ada muntah hari ini. O: - Porsi makan habis 1/4 porsi. - Pasien sudah mau duduk di tempat tidur. A: Masalah Nausea berhubungan dengan iritasi lambung teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan: - Anjurkan makan porsi kecil tapi sering. - Lanjutkan pemberian obat lambung.	Adelta

3	Minggu, 5/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan anak sudah mau minum lebih banyak. O: - Turgor kulit membaik. - Trombosit: 115.000 (mulai naik). - Balance cairan: +400cc. A: Masalah Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan peningkatan suhu tubuh belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan: - Monitor status hidrasi dan asupan oral.	
----------	---------------------------	---	--

c) Evaluasi hari ketiga (6 April 2026)

No	Hari/tgl/jam	Evaluasi	TTD
1	Senin, 6/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan anak sudah tidak panas lagi dan tidak pusing. O: - S: 36,7°C, N: 84x/mnt. - Pasien tampak ceria. A: Masalah Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi. P: Intervensi dihentikan (Pasien persiapan pulang).	Adelta
2	Senin, 6/4/26 (14:00)	S: Ibu pasien mengatakan anaknya sudah makan dan tidak mual.	Adelta

O:

- Porsi makan habis 3/4 porsi.
- Tidak ada muntah.

A: Masalah Nausea berhubungan dengan iritasi lambung teratasi.

P: Intervensi dihentikan.

3 Senin, 6/4/26 S: Ibu pasien mengatakan anak sudah banyak
(14:00) minum dan BAK lancar.

O:

- Turgor kulit baik, mukosa lembab.
- CRT < 2 detik.
- Balance cairan: +350cc.

A: Masalah Risiko Hipovolemia dibuktikan dengan peningkatan suhu tubuh teratasi.

P: Intervensi dihentikan.
