

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA 1,5 TAHUN
DENGAN *MORBILI* DAN INTERVENSI *TEPID WATER SPONGE*
DI RUANGAN CANGKUANG RSUD DR.SLAMET**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh
Gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners
Institut Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

AJENG PRIMA SEPTIANI

KHGD25002



PROGRAM STUDI PROFESI NERS

INSTITUT KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

2025/2026

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R
USIA 1,5 TAHUN DENGAN *MORBILI* DAN
INTERVENSI *TEPID WATER SPONGE* DIRUANGAN
CANGKUANG RSUD DR.SLAMET**

NAMA : AJENG PRIMA SEPTIANI

NIM : KHGD25002

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Menyatakan Bahwa Mahasiswa Akhir Diatas Layak
Untuk Melaksanakan Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA 1,5 TAHUN DENGAN MORBILI DAN INTERVENSI TEPID WATER SPONGE DIRUANGAN CANGKUANG RSUD DR.SLAMET

AJENG PRIMA SEPTIANI, S.Kep

KHGD25002

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Disidangkan Dihadapan Tim Penguji
Program Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan
Institut Karsa Husada Garut

**Menyetujui,
Pembimbing**

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

Tugas akhir ini telah diterima dan disahkan sebagai salah satu pernyataan untuk memperoleh
gelar Profesi Ners

**Mengesahkan,
Dekan fakultas ilmu keperawatan dan
kebidanan**

**Mengetahui,
Ketua Program Studi
Profesi Ners**

(Sulastini, S.Kep., Ns., M.Kep)

(Sri Yekti Widadi, S.Kp., M. Kep)

LEMBAR PERSETUJUAN

PERBAIKAN KIAN

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R
USIA 1,5 TAHUN DENGAN *MORBILI* DAN
INTERVENSI *TEPID WATER SPONGE* DIRUANGAN
CANGKUANG RSUD DR.SLAMET**

NAMA : AJENG PRIMA SEPTIANI

NIM : KHGD25002

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut sudah melaksanakan sidang
dan perbaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Garut, Juni 2026

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

Wahyudin, S.Kp.,M.Kes
Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners
Institut Karsa Husada Garut

Rudi Alfiyansah, S.Kep.,Ners.,M.Pd
Pembimbing

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa :

1. Karya Ilmiah Akhir ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners, baik dari Institut Kesehatan Karsa Husada Garut maupun perguruan lain.
2. Karya Ilmiah Akhir ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya Ilmiah Akhir ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan norma yang berlaku di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.

Garut, Juli 2026

Yang membuat pernyataan

Ajeng Prima Septiani S.Kep

NIM: KHGD25002

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA 1,5 TAHUN
DENGAN MORBILI DAN INTERVENSI *TEPID WATER SPONGE*
DIRUANGAN CANGKUANG RSUD DR.SLAMET**

ABSTRAK

Latar Belakang: *Morbili* (campak) merupakan penyakit infeksi virus yang masih menjadi penyebab kesakitan pada anak dan sering disertai hipertermia. Penanganan hipertermia tidak hanya menggunakan terapi farmakologis, tetapi juga dapat didukung dengan intervensi nonfarmakologis berupa *Water Tepid Sponge* yang terbukti efektif membantu menurunkan suhu tubuh. Tujuan: Menganalisis asuhan keperawatan pada An. R usia 1,5 tahun dengan diagnosis medis morbili serta mengevaluasi penerapan *Evidence Based Practice* (EBP) berupa intervensi *Water Tepid Sponge* dalam mengatasi hipertermia. Metode: Penelitian ini menggunakan metode studi kasus deskriptif pada satu pasien anak usia 1,5 tahun yang dirawat di Ruang Cangkuang RSUD dr. Slamet Garut. Asuhan keperawatan dilakukan melalui proses pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, penerapan EBP, serta dokumentasi keperawatan. Intervensi *Water Tepid Sponge* diberikan selama tiga hari dengan durasi 15–30 menit setiap tindakan. Hasil: Ditemukan empat diagnosis keperawatan utama, yaitu hipertermia, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan integritas kulit, dan gangguan rasa nyaman. Setelah pemberian *Water Tepid Sponge* selama tiga hari disertai terapi medis, suhu tubuh pasien menurun hingga mencapai 37,6°C, kondisi pasien menjadi lebih nyaman, rewel berkurang, bersihan jalan napas membaik, dan ruam kulit mulai mengering. Hasil ini sesuai dengan beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa *Water Tepid Sponge* efektif sebagai intervensi nonfarmakologis untuk menurunkan suhu tubuh pada anak dengan hipertermia. Kesimpulan: Penerapan asuhan keperawatan yang komprehensif berdasarkan SDKI, SLKI, dan SIKI serta didukung *Evidence Based Practice* berupa *Water Tepid Sponge* efektif membantu mengatasi hipertermia dan meningkatkan kondisi klinis anak dengan *Morbili*.

Kata kunci: *Morbili*, hipertermia, *Water Tepid Sponge*, asuhan keperawatan, *Evidence Based Practice*.

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. R USIA 1,5 TAHUN
DENGAN MORBILI DAN INTERVENSI *TEPID WATER SPONGE*
DIRUANGAN CANGKUANG RSUD DR.SLAMET**

ABSTRACT

Background: Measles (Morbili) is a viral infectious disease that remains a significant cause of illness in children and is frequently accompanied by hyperthermia. Hyperthermia management can be supported not only by pharmacological therapy but also by non-pharmacological interventions such as the Water Tepid Sponge technique, which has been shown to effectively reduce body temperature. Objective: To analyze nursing care provided to a 1.5-year-old child with measles and evaluate the implementation of Evidence-Based Practice (EBP) using the Water Tepid Sponge intervention for the management of hyperthermia. Methods: This study employed a descriptive case study involving a 1.5-year-old pediatric patient treated in the Cangkuang Ward of Dr. Slamet Regional Hospital, Garut. Nursing care included assessment, nursing diagnosis, planning, implementation, evaluation, EBP application, and nursing documentation. The Water Tepid Sponge intervention was administered for three consecutive days, with each session lasting 15–30 minutes. Results: Four major nursing diagnoses were identified: hyperthermia, ineffective airway clearance, impaired skin integrity, and impaired comfort. Following three days of Water Tepid Sponge therapy combined with medical treatment, the patient's body temperature decreased to 37.6°C, comfort improved, irritability decreased, airway clearance improved, and the skin rash gradually dried. These findings are consistent with previous studies demonstrating that Water Tepid Sponge is an effective non-pharmacological intervention for reducing hyperthermia in children. Conclusion: Comprehensive nursing care based on Indonesian nursing standards (SDKI, SLKI, and SIKI), supported by Evidence-Based Practice through the Water Tepid Sponge intervention, effectively reduced hyperthermia and improved the clinical condition of children with measles.

Keywords: Measles, hyperthermia, Water Tepid Sponge, nursing care, Evidence-Based Practice

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas berkat, rahmat dan karunia-Nya, tidak lupa shalawat serta salam penulis curah limpahkan kepada junjungan kita semua yaitu Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya, para sahabatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan karya ilmiah akhir ini yang berjudul " **Analisis Asuhan Keperawatan Pada An. R Usia 1,5 Tahun Dengan Morbili Dan Intervensi Tepid Water Sponge Diruangan Cangkuang Rsud Dr.Slamet** " tepat pada waktunya. Penyusunan karya ilmiah akhir ini dibuat untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar Ners di Institut Kesehatan Karsa Husada Garut Fakultas Ilmu Keperawatan Kebidanan.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis menyadari bahwa masih terdapat banyak kekurangannya. Tidak lupa, penulis mendapatkan bantuan dan arahan dari berbagai pihak sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan tepat waktu. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat., M.A., selaku Ketua Pembina utama Yayasan Dharma Husada Garut.
2. Bapak H. Suryadi, S.E.,M.SI., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Ketua Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
5. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep, selaku pembimbing yang sudah meluangkan waktu untuk membantu, membimbing, memberikan dukungan, arahan dan memberikan ilmu yang sangat bermanfaat dan sangat membantu dalam proses penyusunan karya ilmiah akhir ini sampai dengan selesai.

6. ,selaku penguji 1 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
7. ,selaku penguji 2 yang telah memberikan masukan dan arahan kepada penulis dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.
8. Staf dan dosen Program Studi Profesi Ners Institut Kesehatan Karsa Husada Garut.
9. Teruntuk Ayah tercinta, Ayahanda Saca terima kasih atas setiap perjuangan, pengorbanan, dan kerja keras yang tidak pernah Ayah keluhkan demi masa depan penulis. Terima kasih telah menjadi sosok yang selalu menguatkan, mengajarkan arti tanggung jawab, dan mendoakan dalam setiap langkah.
10. Teruntuk Ibu tercinta, Ibunda Heni Hadiyanti terima kasih atas kasih sayang, doa yang tak pernah putus, serta pelukan yang selalu menjadi tempat pulang bagi penulis. Terima kasih telah menemani setiap proses dengan penuh kesabaran dan cinta tanpa batas.
11. Terima kasih kepada saudaraku tersayang, Nelis Kaila dan Muhammad Fallqi Agustian, atas doa, dukungan, perhatian, dan semangat yang selalu kalian berikan selama perjalanan penulis menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Terima kasih telah menjadi bagian dari setiap langkah perjuangan penulis. Semoga kasih sayang dan kebersamaan kita selalu terjaga, serta Allah SWT senantiasa memberikan kesehatan, kebahagiaan, dan keberkahan kepada kita semua.
12. Terima kasih kepada sahabat-sahabat terbaik penulis, Silva Agnes Pratiwi, Gita Aulia Mustika, dan Siti Hamidah, yang selalu hadir menemani setiap proses, memberikan semangat, mendengarkan setiap keluh kesah, serta menjadi tempat berbagi suka dan duka selama perjalanan menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Terima kasih atas kebersamaan, doa, dan dukungan yang tulus. Semoga persahabatan kita selalu terjaga dan Allah SWT senantiasa melimpahkan keberkahan serta kesuksesan untuk kita semua.

13. Terima kasih kepada diri sendiri yang telah memilih untuk tetap kuat dalam menghadapi segala keadaan. Terima kasih karena tidak menyerah meskipun pernah merasa lelah, takut, dan ragu. Terima kasih telah bertahan, bangkit, dan terus melangkah hingga mampu menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Semoga setiap perjuangan yang telah dilalui menjadi awal dari impian-impian yang terwujud, serta menjadi pengingat bahwa tidak ada usaha yang mengkhianati hasil.

Garut, 6 Juli 2026

Penulis

Ajeng Prima Septiani S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
PERBAIKAN KIAN	iii
PERNYATAAN.....	iv
ABSTRAK	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan	6
1.2.1 Tujuan Umum.....	6
1.2.2 Tujuan Khusus.....	6
1.3 Manfaat Penulisan	7
1.3.1 Manfaat Teoritis	7
1.3.2 Manfaat Praktis	7
1.4 Sistematika Penulisan	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Campak (<i>Morbili</i>).....	10
2.1.1 Definisi Campak.....	10
2.1.2 Etiologi Campak	10
2.1.3 Manifestasi Klinis Campak	11
2.1.4 Komplikasi Campak	12
2.1.5 Patofisiologi Campak	12
2.1.6 Patway Campak	14

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Campak.....	15
2.1.8 Pencegahan Campak.....	15
2.1.9 Penatalaksanaan Campak	16
2.1.10 Penatalaksanaan Medis Campak.....	17
2.2 Asuhan Keperawatan Anak dengan Campak Secara umum.....	18
2.2.1 Pengkajian campak	18
2.2.2 Diagnosis Keperawatan Campak.....	24
2.2.3 Intervensi Keperawatan Campak.....	28
2.2.4 Implementasi Keperawatan Campak	36
2.2.5 Evaluasi Keperawatan Campak	36
2.3 Konsep Hipertermi.....	37
2.3.1 Pengertian Hipertermi.....	37
2.3.2 Etiologi Hipertermi	37
2.3.3 Faktor Resiko Hipertermi	38
2.3.4 Tanda dan Gejala Hipertermi	39
2.3.5 Komplikasi Hipertermi	40
2.4 Penatalaksanaan Non Farmakologi <i>Water Tepid Sponge</i>	40
2.4.1 Definisi Tepid Water Sponge	40
2.4.2 Tujuan Tepid Water Sponge	41
2.4.3 Mekanisme Pemberian <i>Tepid Water Sponge</i>	41
2.4.5 Prosedur Pelaksanaan <i>Tepid Water Sponge</i>	42
2.4.6 Analisis Evidence Based Practice (EBP).....	43
pemberian Water Tepid Sponge	43
2.5 Tumbuh kembang pada anak.....	47
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN	49
3.1 Pengkajiaan.....	49
3.1.1 Biodata.....	49
3.1.2 Diagnosis Keperawatan	56
3.1.3 Intervensi Keperawatan	57
3.1.4 Implementasi Keperawatan	60
3.1.5 Evaluasi Keperawatan	68

3.2 Hasil Pengamatan	73
3.3 Pembahasan Masalah Keperawatan Utama	74
3.3.1 Pengkajian.....	74
3.3.3 Perencanaan Keperawatan	79
3.3.4 Implementasi Keperawatan.....	84
3.3.5 Evaluasi Keperawatan.....	89
3.4 Pembahasan Epidance Based Practice (EBP)	91
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	94
4.1 Kesimpulan	94
4.2 Saran	95
DAFTAR PUSTAKA	97
LAMPIRAN	100

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa data.....	20
Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan	29
Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur Water Tepid Sponge.....	42
Tabel 3. 1 Analisa data.....	53
Tabel 3. 2 Intervensi keperawatan	57
Tabel 3. 3 Implementasi keperawatan.....	60
Tabel 3. 4 Evaluasi keperawatan.....	68

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Campak juga dikenal sebagai *Morbili* disebabkan oleh virus dari keluarga Paramyxoviridae dan sangat mudah menular. Hampir setiap anak yang tidak memiliki kekebalan terhadap virus tersebut akan berisiko penderita penyakit ini. Sebelum adanya program imunisasi yaitu pemberian kekebalan kepada anak-anak secara buatan, yaitu sebelum tahun 1980, dunia memperkirakan lebih dari 20 juta orang terinfeksi virus campak yang mengakibatkan orang mengalami sakit campak dan hampir 2,6 juta meninggal setiap tahunnya dimana angka kejadiannya lebih besar pada anak-anak yang berusia dibawah lima tahun. Sejak tahun 2000, lebih dari 1 milyar anak-anak diseluruh dunia mendapat perlindungan dengan vaksinasi campak sehingga pada tahun 2013 orang yang meninggal akibat campak turun sebesar 75% (Kemkes RI, 2023).

Penyakit Campak juga masih menjadi penyebab utama kesakitan dan kematian di seluruh dunia, dengan perkiraan 9,7 juta kasus dan lebih dari 140.000 kematian akibat campak pada tahun 2018. Penyakit ini merupakan salah satu penyakit yang paling menular dan memerlukan kekebalan penduduk yang tinggi sebagai upaya mencegah terjadinya wabah. Wabah campak dapat bermanfaat sebagai indikator dalam melacak adanya kesenjangan kesehatan masyarakat dan

dapat membantu mengidentifikasi kesenjangan dalam program imunisasi serta sistem pelayanan kesehatan primer (*Primary Health Care*) (WHO, 2020).

Penyakit campak juga dapat menyebabkan komplikasi jika tidak segera ditangani, khususnya untuk anak yang memiliki status gizi buruk. Komplikasi penyakit yang bisa ditimbulkan saat terkena campak ialah diare berat, peradangan paru-paru, pneumonia, peradangan pada otak, infeksi selaput mata yang jika parah bisa menyebabkan kebutaan. Campak menjadi salah satu penyebab primer kematian pada anak. Kejadian campak sebagian besar terjadi kepada anak-anak yang berusia pra sekolah dan di usia sekolah dasar. Campak lebih sering terjadi pada usia 5 hingga 9 tahun (Widiarta et al., 2023).

Dimana Indonesia masuk kedalam *regional South East Asia*. Untuk dapat mencapai target eliminasi regional, semua negara yang tergabung harus melakukan berbagai upaya yang tertuang dalam kebijakan eliminasi campak-rubela (Kemkes RI, 2023) yaitu : 1. Mencapai dan mempertahankan kekebalan populasi yang tinggi melalui pencapaian cakupan imunisasi campak rubela yang tinggi yaitu minimal 95% dan merata disemua tingkatan administratif melalui imunisasi tambahan; 2. Mencapai dan rutin maupun mempertahankan pengamatan terhadap kasus campak rubela berbasis kasus individu serta surveilans *CRS (Congenital Rubella Syndrome)* yang sensitif, tepat waktu dan mencapai semua indikator pengamatan yang ditetapkan; 3. Memperkuat laboratorium yang mampu melakukan pemeriksaan campak-rubela dan terakreditasi WHO diseluruh wilayah Indonesia. 4. Memastikan semua komponen siap dan bertindak cepat jika terjadi

KLB Campak-rubela. 5. Meningkatkan dukungan dan peran lintas program dan sektor untuk dapat mencapai strategi eliminasi.

Menurut profil kesehatan Indonesia tahun 2022, jumlah kasus suspek campak di Indonesia sebanyak 21.175 kasus yang terjadi di seluruh provinsi yang ada di Indonesia. Sebagai upaya tindak lanjutnya, Pemerintah melakukan pemeriksaan laboratorium pada kasus suspek dengan hasil pemeriksaan positif campak sebanyak 4.844 kasus (22.9% dari total kasus suspek campak). Kasus positif campak juga menyebar hampir di semua provinsi kecuali Provinsi Kalimantan Tengah dan Maluku. Terjadi peningkatan yang signifikan jika dibandingkan penemuan kasus campak pada tahun 2021 yang hanya 132 kasus namun hal ini bukan berarti kasus campak di tahun 2021 tersebut memang benar-benar rendah namun dikhawatirkan karena tidak berjalannya program karena adanya pandemic COVID-19. (Kemkes RI, 2023).

Berdasarkan Dinkes Jabar periode Januari-Februari 2026, kasus positif campak sebanyak 257 kasus dan 1.100 kasus suspek. Tahun lalu, total kasus campak di Jabar tercatat 1.785 kasus. Kini, terdapat 102.000 anak yang belum melaksanakan imunisasi dengan lengkap dan Dinas Kesehatan (Dinkes) Kabupaten Garut pun menemukan puluhan kasus campak yang menyerang anak-anak pada awal tahun 2026. Berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, sebanyak 34 anak dinyatakan positif terinfeksi penyakit yang mudah menular tersebut selama periode Januari hingga Februari (kompas.id, 2026). Dan didapatkan data 10 besar penyakit dari 78 orang anak penyakit yang terbanyak di

RSUD dr Slamet Garut persentasi dari banyaknya penyakit pada anak di ruangan cangkuang pada bulan Feburuari 2026 di dapatkan hasil terbanyak penyakit no satu yaitu penyakit *Morbili* sebanyak 24 orang atau 30,77%, yang kedua penyakit bronchopneunomonia sebanyak 15 orang atau 19,23% dan yang ketiga penyakit DHf sebanyak 10 orang atau 12,82 %.

Hipertermia adalah suatu kondisi dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (set point), di atas 38°C, biasanya disebabkan oleh tubuh atau kondisi luar yang menghasilkan panas lebih banyak daripada yang dikeluarkan tubuh. Demam seringkali dianggap oleh orang tua sebagai penyakit yang sepele namun pada beberapa kasus, demam dapat menyebabkan dehidrasi, kejang demam atau bahkan risiko penyakit serius (Irlianti & Nurhayati, 2021).

Water tepid sponge merupakan kombinasi teknik pemblokiran dan penyeke. Metode kompresi ini menggunakan teknik pemblokiran tidak hanya pada satu tempat saja melainkan langsung pada beberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar. Blok kompresi langsung di lokasi berbeda memfasilitasi transmisi sinyal yang lebih kuat ke hipotalamus. Pemasangan kain waslap akan mempercepat perluasan pembuluh darah tepi dan memperlancar perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan sekitar, sehingga semakin mempercepat proses penurunan suhu tubuh. Berdasarkan hasil penelitian Yanti & Lindisi (2020), hasil yang diperoleh setelah mengidentifikasi dan menganalisis metode terapi *water tepid sponge* menunjukkan lebih efektif dalam menurunkan suhu tubuh berkat mekanisme koagulasi pembuluh darah tepi yang cepat karena kompres dilakukan

pada beberapa tempat yang mempunyai pembuluh darah besar seperti dahi, ketiak, perut, dan lipatan paha. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yuniawati, Wulandari, dan Parmilah (2020), *Water Tepid Sponge* digunakan selama 15 menit dengan suhu air berkisar antara 37°C hingga 40°C.

Tumbuh kembang anak merupakan proses yang berlangsung secara terus-menerus sejak masa konsepsi hingga dewasa. Pertumbuhan mengacu pada perubahan ukuran fisik, seperti bertambahnya berat badan, tinggi badan, dan ukuran organ tubuh, sedangkan perkembangan merupakan peningkatan kemampuan fungsi tubuh yang meliputi aspek motorik, kognitif, bahasa, emosi, sosial, dan kemandirian. Proses tumbuh kembang dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain genetik, status gizi, lingkungan, stimulasi, kesehatan, serta adanya penyakit yang diderita anak. Gangguan pada salah satu faktor tersebut dapat menghambat pencapaian tumbuh kembang yang optimal.

Anak yang mengalami penyakit infeksi, seperti morbili (campak), berisiko mengalami gangguan tumbuh kembang akibat peningkatan kebutuhan metabolisme tubuh, penurunan nafsu makan, demam tinggi, serta komplikasi yang dapat memengaruhi kondisi fisik dan aktivitas anak. Hipertermia yang terjadi pada anak dengan morbili dapat menyebabkan anak menjadi lemah, rewel, sulit beristirahat, dan mengalami penurunan asupan nutrisi sehingga apabila tidak ditangani dengan baik dapat berdampak terhadap proses pertumbuhan dan perkembangan. Oleh karena itu, penatalaksanaan yang tepat, baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis, sangat diperlukan untuk mengatasi

hipertermia serta mendukung pemulihan kondisi anak sehingga tumbuh kembang dapat berlangsung secara optimal.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Menjelaskan dan menganalisis asuhan keperawatan pada Anak R usia 1,5 tahun dengan *Morbili* serta efektivitas intervensi *Water Tepid Spone* di RSUD dr Slamet Garut. Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

1.2.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini yaitu

1. Mampu menegakkan pengkajian pada An.R usia 1,5 tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.
2. Mampu menegakkan Diagnosis keperawatan pada An.R Usia 1,5 Tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.
3. Mampu menegakkan intervensi keperawatan pada An.R Usia 1,5 Tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.
4. Mampu menegakkan implementasi keperawatan pada An.R Usia 1,5 Tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.

5. Mampu menegakkan evaluasi keperawatan pada An.R Usia 1,5 Tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.
6. Mampu menganalisis asuhan keperawatan Pada An. R dengan *Morbili* menggunakan *Evidence Based Practice* (EBP) terkait penerapan *Water Tepid Sponge* di RSUD dr Slamet Garut.
7. Penulis mampu mendokumentasikan. Asuhan keperawatan pada An.R Usia 1,5 Tahun dengan *Morbili* di RSUD dr Slamet Garut.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Manfaat Teoritis

Menambah wawasan dan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan anak dengan *Morbili* dengan menggunakan terapi non farmakologi *Water Tepid Sponge* untuk mengurangi Hipertermi pada anak.

1.3.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

Sebagai referensi dan bahan pembelajaran dalam memahami konsep asuhan keperawatan anak dengan *Morbili*.

b. Bagi Instansi Pendidikan

Dapat menambah pembahasan dalam meningkatkan mutu Pendidikan dan sebagai bahan pertimbangan untuk lebih memperkaya pengetahuan dan bahan ajar mengenai asuhan keperawatan tentang *Water Tepid Sponge* pada anak *Morbili*.

c. Bagi Pelayanan Kesehatan

Karya Ilmiah Akhir ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan dan sumber informasi bagi perawat dalam meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya asuhan keperawatan pada pasien Morbili, dan dalam melakukan intervensi *Water Tepid Sponge* pada anak *Morbili*.

1.4 Sistematika Penulisan

Metode yang digunakan dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini adalah metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Pengumpulan data pada karya ilmiah akhir ini menggunakan data primer dimana data diperoleh berdasarkan anamnesa pada klien dan keluarga klien dan pemeriksaan secara langsung kepada klien.

Untuk mendapatkan gambaran yang jelas mengenai penyusunan karya tulis ilmiah ini, maka penulis menggunakan sistematika penulisan yang terdiri dari 4 BAB yaitu :

Bab I Pendahuluan yang berisi latar belakang, tujuan penulis, metode dan teknik penulisan serta sistematika penulisan.

Bab II Tinjauan Teori yang berisi tentang tinjauan teoritis yang menguraikan mengenai landasan teoritis terhadap penyakit dan konsep dasar asuhan keperawatan yang mendukung serta berkaitan dengan judul yang diambil oleh penulis.

Bab III (Tinjauan Kasus) berisi tinjauan kasus dan pembahasan meliputi proses asuhan keperawatan yang berisi: laporan askep pada kasus yang diambil, dan

disajikan sesuai dengan sistematika dokumentasi proses keperawatan, terdiri dari pengkajian, Diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi keperawatan dan catatan perkembangan. *Evidence Based Practice* terkait intervensi minimal dari 5 jurnal.

Bab IV Kesimpulan yang berisi penutup dari penyusun karya tulis ilmiah ini meliputi kesimpulan dan rekomendasi dari berbagai pihak yang terkait.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Campak (*Morbili*)

2.1.1 Definisi Campak

Salah satu penyakit menular yaitu penyakit campak yang disebabkan oleh virus yang ditandai dengan gejala kulit kemerahan dan dapat menular dari droplet orang ke orang melalui udara. Penyakit campak adalah suatu penyakit virus akut yang sangat menular dengan gejala awal berupa demam, konjungtivitis, pilek, batuk, dan bintik bintik kecil dengan bagian tengah berwarna putih atau putih kebiru biruan dengan dasar kemerahan di daerah mukosa pipi (bercak Koplik). Penyebab infeksi adalah virus campak, anggota genus Morbivirus dari famili Paramyxoviridae (Riastini & Sutarga, 2021)

2.1.2 Etiologi Campak

Penyebabnya adalah virus morbili yang terdapat dalam sekret nasofaring dan darah selama masa prodormal sampai 24 jam setelah timbulnya bercak-bercak. Cara penularannya melalui droplet atau kontak langsung dengan penderita. Penyebab penyakit ini karena virus yang tergolong family paramyxovirus yaitu genus virus morbili. Virus ini sangat sensitive terhadap panas dan dingin, dan dapat diaktifkan pada suhu 20-30 C. paramyxovirus dikenal hanya 1 tipe antigen saja; yang strukturnya mirip dengan virus

penyebab parotitis epidemis dan parainfluenza. Virus tersebut ditemukan di dalam sekresi nasofaring, darah dan air kemih, paling tidak selama periode prodromal dan untuk waktu singkat setelah munculnya ruam kulit (Yonanda, 2022)

2.1.3 Manifestasi Klinis Campak

Masa tunas/inkubasi penyakit berlangsung kurang lebih 10-20 hari yang dibagi dalam 3 stadium, yaitu (Dipta Nugraha, 2022):

1. Stadium Prodromal (Catarrhal) Stadium ini berlangsung selama 4-5 hari ditandai oleh demam, malaise, batuk, konjungtivitis, koriza, terdapat bercak koplik berwarna putih kelabu sebesar ujung jarum dikelilingi oleh eritema, terletak di mukosa bukalis berhadapan dengan molar bawah, timbul dua hari sebelum munculnya rash.
2. Stadium Erupsi Koriza dan batuk – batuk bertambah, terjadi eritema yang berbentuk makula papula disertai meningkatnya suhu badan. Mula mula eritema muncul dibelakang telinga, di bagian atas lateral tengkuk, sepanjang rambut dan bagian belakang bawah. Kadang – kadang terdapat perdarahan ringan di bawah kulit, pembesaran kelenjar getah bening di sudut mandibula dan di daerah belakang leher.
3. Stadium Konvalensi Erupsi berkurang dan meninggalkan bekas yang berwarna lebih (hiperpigmentasi) yang akan menghilang dengan sendirinya. Selanjutnya diikuti gejala anorexia, malaise, limfadenopati.

2.1.4 Komplikasi Campak

Terdapat Beberapa Komplikasi yang bisa terjadi pada pasien terkena campak, diantaranya (Yonanda, 2022):

1. Pneumoni

Disebabkan karena adanya perluasan infeksi virus disertai dengan infeksi sekunder. Bakteri yang menimbulkan pneumoni pada mobili adalah streptokokus, pneumokokus, stafilokokus, hemofilus influenzae

2. Gastroenteritis

Komplikasi yang cukup banyak ditemukan dengan insiden berkisar 19,1 – 30,4%.

3. Ensefalitis

Akibat invasi langsung virus *morbili* ke otak, aktivasi virus yang laten, atau ensefalomyelitis tipe alergi.

4. Otitis media

Komplikasi yang sering ditemukan Mastoiditis Komplikasi dari otitis media.

2.1.5 Patofisiologi Campak

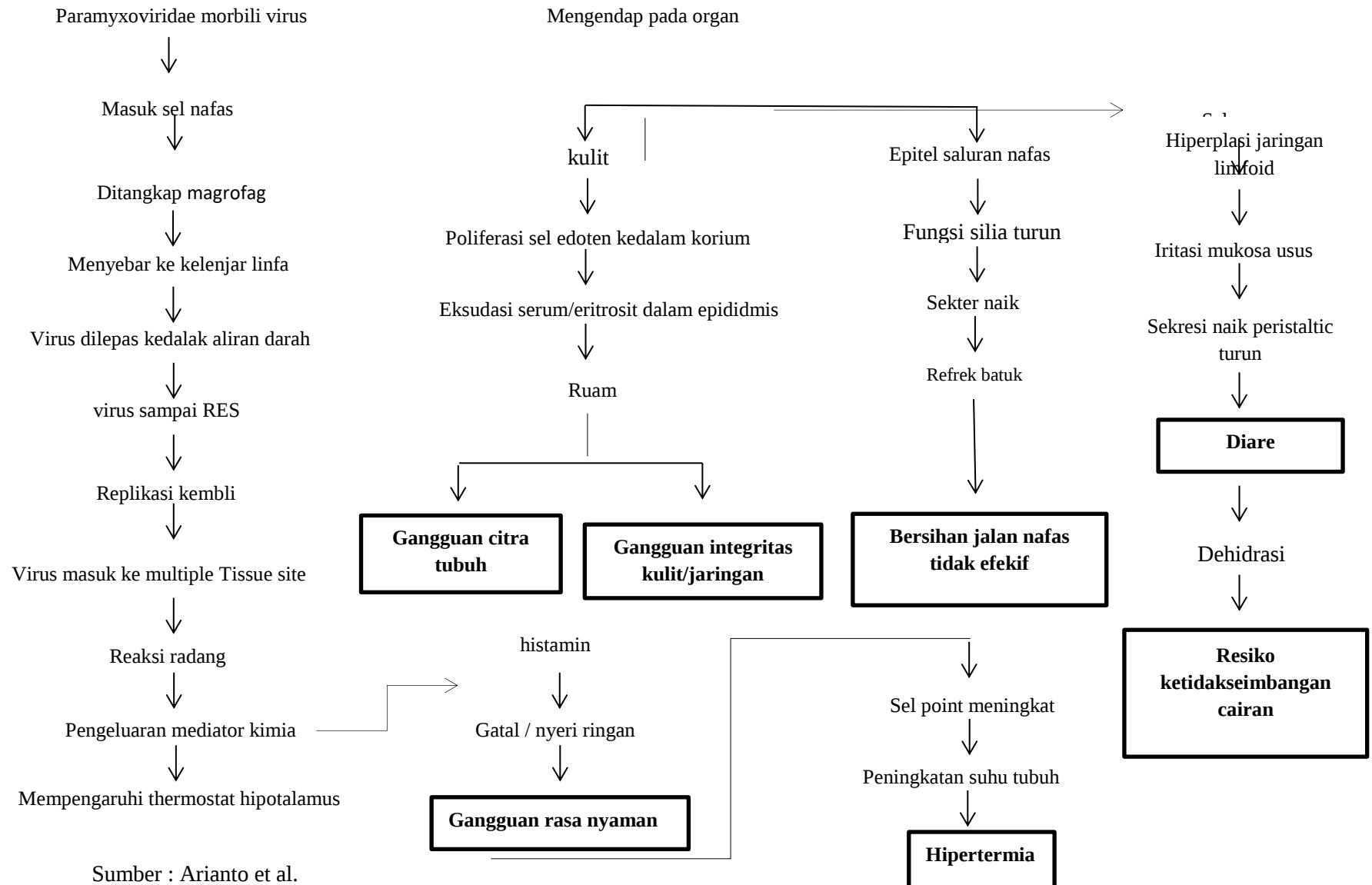
Virus menyebar lewat udara dan masuk ke dalam tubuh melalui saluran nafas. Virus bereplikasi pada saluran nafas kemudian menyebar ke jaringan limfe di sekitarnya. Semakin bertambahnya virus di dalam kelenjar limfe mengakibatkan terjadinya viremia primer, kemudian menyebar ke berbagai jaringan dan organ limfoid termasuk kulit, ginjal, saluran cerna, dan hati. Virus campak pada stadium prodromal terdapat hiperplasi jaringan limfoid pada

tonsil, adenoid, kelenjar limfe, lien dan apendiks. Sebagai reaksi terhadap virus, terjadi eksudat serous dan proliferasi sel mononukleus serta beberapa sel polimorfonukleus di sekitar kapiler. Kelainan ini terjadi pada kulit, selaput lendir nasofaring, bronkus dan konjungtiva (Oktaviasari, 2022).

Penyebaran virus terjadi secara percikan ludah (droplet) pada saat stadium prodromal. Lesi didapatkan di kulit terutama di sekitar kelenjar sebacea, folikel rambut, mukosa nasofaring, bronkus, saluran cerna dan konjungtiva. Penyakit campak hanya menyerang manusia, secara bertahap dapat direduksi, eliminasi, dan akhirnya dapat dieradiksi. Daya tular sangat tinggi, sering menimbulkan Kejadian Luar Biasa (KLB). Kekebalan terhadap campak diperoleh setelah vaksinasi, infeksi aktif dan kekebalan pasif pada seorang bayi yang lahir dari ibu yang telah kebal berlangsung selama 1 tahun. Orang-orang yang rentan terhadap campak antara lain, bayi berumur lebih dari 1 tahun, bayi yang tidak mendapatkan imunisasi, remaja dan dewasa muda yang belum mendapatkan imunisasi kedua.

Viremia primer menyebarkan virus, terjadi viremia sekunder 5-7 hari sesudah infeksi awal karena monosit terinfeksi virus dan leukosit lain menyebarkan virus ke saluran pernapasan, kulit dan organ lain. Tempat-tempat terinfeksi ini dimanifestasikan sebagai ruam dan gejala klasik batuk, konjungtivitis dan pilek. Virus ditemukan pada sekresi pernapasan, darah, dan urine individu yang terinfeksi (Arianto et al., 2023).

2.1.6 Pathway Campak



2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Campak

Diagnosis campak (*Morbili*) ditegakkan berdasarkan gambaran klinis yang khas, pemeriksaan laboratorium, pada pemeriksaan darah tepi hanya ditemukan leukopeni, dalam spuntum, sekresi nasal, sedimen urine dapat ditemukan adanya multinucleated giant cells yang khas. Pada pemeriksaan serologi dengan cara hemagglutination inhibition test dan complement fixation test akan ditemukan adanya antibody yang spesifik dalam 1 – 3 hari setelah timbulnya rash dan mencapai puncaknya pada 2 - 4 minggu kemudian (Afdila & Sari, 2022).

2.1.8 Pencegahan Campak

Pencegahan dilakukan dengan vaksinasi campak ataupun vaksinasi MMR (*Measles, Mumps, Rubella*). Sesuai jadwal imunisasi rekomendasi IDAI tahun 2014, vaksin campak diberikan pada usia 9 bulan. Selanjutnya, vaksin penguat dapat diberikan pada usia 2 tahun. Apabila vaksin MMR diberikan pada usia 15 bulan, tidak perlu vaksinasi campak pada usia 2 tahun. Selanjutnya, MMR ulangan diberikan pada usia 5-6 tahun. Dosis vaksin campak ataupun vaksin MMR 0,5 mL subkutan. Imunisasi ini tidak dianjurkan pada ibu hamil, anak dengan imunodefisiensi primer, pasien tuberkulosis yang tidak diobati, pasien kanker atau transplantasi organ, pengobatan imunosupresif jangka panjang atau anak immunocompromised yang terinfeksi HIV. Anak terinfeksi HIV tanpa imunosupresi berat dan tanpa bukti kekebalan terhadap campak, bisa mendapat imunisasi campak (Farahdina & Wulan, 2017). Reaksi

KIPI (Kejadian Ikutan Pasca-Imunisasi) yang dapat terjadi pasca-vaksinasi campak berupa demam pada 5-15% kasus, yang dimulai pada hari ke 5-6 sesudah imunisasi, dan berlangsung selama 5 hari. Ruam dapat dijumpai pada 5% resipien, yang timbul pada hari ke 7 s/d 10 sesudah imunisasi dan berlangsung selama 2-4 hari. Reaksi KIPi dianggap berat jika ditemukan gangguan sistem saraf pusat, seperti ensefalitis dan ensefalopati pasca-imunisasi. Risiko kedua efek samping tersebut dalam 30 hari sesudah imunisasi diperkirakan 1 di antara 1.000.000 dosis vaksin (Djanah & Retnaningsih, 2021).

2.1.9 Penatalaksanaan Campak

Sesungguhnya tidak ada pengobatan yang spesifik untuk mengatasi penyakit campak. Pada kasus yang ringan, tujuan terapi hanya untuk mengurangi demam dan batuk, sehingga penderita merasa lebih nyaman dan dapat beristirahat dengan lebih baik. Dengan istirahat yang cukup dan gizi yang baik, penyakit campak (pada kasus yang ringan) dapat sembuh dengan cepat tanpa menimbulkan komplikasi yang berbahaya. Bila ringan, penderita campak tidak perlu dirawat. Penderita dapat dipulangkan dengan nasehat agar selalu mengupayakan peningkatan daya tahan tubuh, dan segera kontrol bila penyakit bertambah berat.

Pada umumnya pada pasien dengan diagnosa campak (morbili) dilakukan tindakan-tindakan diantaranya isolasi pasien untuk mencegah penularan, melakukan tirah baring dalam ruangan yang teduh (agar tidak menyilaukan), jaga agar penderita tetap merasa hangat dan nyaman, Diet

bergizi tinggi dan mudah dicerna. Bila tidak mampu makan banyak, berikan porsi kecil tapi sering (*small but frequent*). Tingkatkan asupan cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi, melakukan kompres hangat bila panas badan tinggi. Humidikasi ruangan bagi penderita laringitis atau batuk mengganggu dan lebih baik mempertahankan suhu ruangan yang hangat (Afdila & Sari, 2022).

2.1.10 Penatalaksanaan Medis Campak

Pada campak tanpa komplikasi tatalaksana bersifat suportif, berupa tirah baring, antipiretik (parasetamol 10-15 mg/kgBB/dosis dapat diberikan sampai setiap 4 jam), cairan yang cukup, suplemen nutrisi, dan vitamin A. Vitamin A dapat berfungsi sebagai imunomodulator yang meningkatkan respons antibodi terhadap virus campak. Pemberian vitamin A dapat menurunkan angka kejadian komplikasi seperti diare dan pneumonia. Vitamin A diberikan satu kali per hari selama 2 hari dengan dosis sebagai berikut (Amourisva & Anggraini, 2018) : 1) 200.000 IU pada anak umur 12 bulan atau lebih , 2) 100.000 IU pada anak umur 6 - 11 bulan, 3) 50.000 IU pada anak kurang dari 6 bulan. Pemberian vitamin A tambahan satu kali dosis tunggal dengan dosis sesuai umur penderita diberikan antara minggu ke-2 sampai ke-4 pada anak dengan gejala defisiensi vitamin A. Pada campak dengan komplikasi otitis media dan/atau pneumonia bakterial dapat diberi antibiotik. Komplikasi diare diatasi dehidrasinya sesuai dengan derajat dehidrasinya.

2.2 Asuhan Keperawatan Anak dengan Campak Secara umum

2.2.1 Pengkajian campak

Pengkajian keperawatan adalah pengkajian yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data secara subjektif (data yang didapatkan dari pasien atau keluarga) melalui metode anamnesa atau wawancara dan juga data objektif (data hasil pengukuran atau observasi langsung oleh perawat (Mailiana, 2021).

Pengkajian pada pasien campak yang harus dilakukan:

- a. Identitas: yang terdiri dari nama, usia, jenis kelamin
- b. Riwayat sakit dan kesehatan yang terdiri dari :
 - 1) Keluhan utama: keluhan utama pada pasien campak yaitu demam secara terus menerus selama 2-4 hari.
 - 2) Riwayat penyakit sekarang: kaji adanya adanya demam terus menerus berlangsung 2-4 hari disertai dengan batuk, pilek, nyeri telan, mata merah, silau bila terkena cahaya (fotofobia), diare, ruam kulit, adanya nafsu makan menurun, lemah serta lesu.
 - 3) Riwayat penyakit dahulu: lakukan pengkajian pada klien apakah klien pernah dirawat di Rumah Sakit atau pernah mengalami operasi. Anamnesa riwayat penyakit yang pernah diderita pada masa lalu, riwayat imunisasi campak. Anamnesa riwayat kontak dengan orang yang terinfeksi campak.

- 4) Riwayat penyakit keluarga: Dapatkan data tentang hubungan kekeluargaan dan hubungan darah, apakah klien beresiko terhadap penyakit yang bersifat genetik atau familial.
- 5) Riwayat alergi: pasien akan dikaji apakah pasien memiliki riwayat alergi terhadap beberapa obat, makanan, udara, debu atau alergi lainnya.

c. Pemeriksaan fisik

- 1) Keadaan umum: yang terdiri dari pasien apakah pasien tampak lemas
- 2) Kesadaran: yakni tergantung tingkat keparahan penyakit, bisa somnolen atau lebih.
- 3) Tanda-tanda vital: yakni TD: biasanya normal, Nadi: takikardi, RR: takipneu, dipsneu, napas dangkal dan Suhu: hipertermi. 4)
- 4) Kepala: yakni tidak ada kelainan
- 5) Mata: konjungtivitis & fotofobia. Tampak adanya suatu garis melintang dari peradangan konjungtiva yang dibatasi pada sepanjang tepi kelopak mata (Transverse Marginal Line Injectio) pada palpebrae inferior, rasa panas di dalam mata akan tampak merah, berair, mengandung eksudat pada kantong konjungtiva.
- 6) Hidung: Bersin yang diikuti hidung tersumbat & sekret mukopurulendan menjadi profus pada saat erupsi mencapai puncak serta menghilang bersamaan dengan menghilangnya panas.
- 7) Paru : Bila terjadi perubahan pola nafas & ketidakefektifan bersihan jalan nafas akan didapatkan peningkatan frekuensi pernafasan, retraksi

otot bantu pernafasan dan suara nafas tambahan. Batuk yang disebabkan oleh reaksi inflamasi mukosa saluran nafas bersifat batuk kering. Intensitas batuk meningkat mencapai puncak pada saat erupsi. Bertahan lama & menghilang secara bertahap dalam 5 – 10 hari.

8) Jantung: Terdengar suara jantung I & II

9) Integumen: Ditemukan rash dengan sifat sesuai waktu timbulnya. Pemeriksaan penunjang Dari hasil pemeriksaan laboratorium ditemukan leukopenia ringan

10) Abdomen: Bising usus terdengar, pada keadaan hidrasi turgor kulit dapat menurun

d. Analisa Data

Tabel 2. 1 Analisa data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentan normal Gejala dan tanda mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Suhu tubuh diatas nilai normal	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap magrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalak aliran darah ↓ virus sampai RES ↓ Replikasi kembli ↓ Virus masuk ke multiple Tissue site ↓ Reaksi radang ↓	Hipertermia

		Pengeluaran mediator kimia ↓ Mempengaruhi thermostat hipotalamus ↓ Sel point meningkat ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	
2.	Definisi Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten Gejala dan tanda mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing atau ronkhi 5. Meconium di jalan nafas (pada neonates)	Paramyxoviridae morbilli virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ Mengendap di organ tubuh ↓ Epitel saluran nafas ↓ Fungsi silia turun ↓ Sekter naik ↓ Reflek batuk ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas tidak efektif
3.	Definisi Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligamen) Gejala dan tanda mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit	Paramyxoviridae morbilli virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ Mengendap di organ tubuh kulit ↓ Poliferasi sel epitel kedalam korneum ↓	Gangguan integritas kulit/jaringan

		Eksudasi serum/eritrosit dalam epididmis ↓ Ruam ↓ Gangguan integritas kulit/jaringan	
4.	Definisi Pengeluaran feses yang sering lunak dan tidak berbentuk Gejala dan tanda mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ Mengendap di organ tubuh Saluran cerna ↓ Hiperplasi jaringan limfoid ↓ Iritasi mukosa usus ↓ Sekresi naik peristaltic turun ↓ Diare	Diare
5.	Definisi Perasaan kurang senang lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif : 1. Gelisah	morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ virus sampai RES ↓ Replikasi kembali ↓ Virus masuk ke multiple Tissue site ↓ Reaksi radang ↓	

		Pengeluaran mediator kimia ↓ Mempengaruhi thermostat hipotalamus ↓ Histamin ↓ Gatal / nyeri ringan ↓ Gangguan rasa nyaman	
6.	Defisini Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengungkapkan kecacatan/kehilangan sebagian tubuh Objektif : 1. Kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ Mengendap di organ tubuh kulit ↓ Poliferasi sel epitel kedalam korneum ↓ Eksudasi serum/eritrosit dalam epidermis ↓ Ruam ↓ Gangguan citra tubuh	Gangguan citra tubuh
7.	Definisi Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dan intravaskular interstisial dan intraselular Gejala dan tanda mayor Subjektif : Tidak tersedia Objektif : Tidak tersedia	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa ↓ Virus dilepas kedalam aliran darah ↓ Mengendap di organ tubuh Saluran cerna ↓ Hiperplasi jaringan limfoid	Resiko ketidakseimbangan cairan

		↓ Iritasi mukosa usus ↓ Sekresi naik peristaltic turun ↓ Diare ↓ Resiko ketidakseimbangan cairan	
--	--	--	--

2.2.2 Diagnosis Keperawatan Campak

Adapun perencanaan pengambilan diagnosis keperawatan, luaran, dan intervensi berdasarkan buku Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2022), buku Standart Luaran Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2016), dan buku Standart Intervensi Keperawatan Indonesia (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Berikut diagnosa berserta rencana intervensi yang dapat diambil pada diagnosa medis anak dengan campak (*Morbili*)

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) **(D.0130)**
dibuktikan dengan :

Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentan normal

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Tidak tersedia

Objektif :

- 2) Suhu tubuh diatas nilai normal

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (**D.0001**) dibuktikan dengan :

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Tidak tersedia

Objektif :

- 1) Batuk tidak efektif
 - 2) Tidak mampu batuk
 - 3) Sputum berlebih
 - 4) Mengi, wheezing atau ronkhi
 - 5) Meconium di jalan nafas (pada neonates)
3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan (**D.0129**) dibuktikan dengan :

Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Tidak tersedia

Objektif :

- 1) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
- 4. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal **(D.0120)** dibuktikan dengan :

Definisi : Pengeluaran feses yang sering lunak dan tidak berbentuk

Gejala dan tanda mayor**Subjektif :**

- 1) Tidak tersedia

Objektif :

- 1) Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam
- 2) Feses lembek atau cair
- 5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)** dibuktikan dengan :

Definisi : Perasaan kurang senang lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan social

Gejala dan tanda mayor**Subjektif :**

- 1) Mengeluh tidak nyaman

Objektif :

- 1) Gelisah

6. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh

(D.0083) dibuktikan dengan

Defisini : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Mengungkapkan kecacatan/kehilangan sebagian tubuh

Objektif :

- 1) Kehilangan bagian tubuh
- 2) Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang

7. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan diare **(D.0036)** dibuktikan

dengan :

Definisi : Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dan intravaskular interstisial dan intraselular

Gejala dan tanda mayor

Subjektif :

- 1) Tidak tersedia

Objektif :

- 1) Tidak tersedia

2.2.3 Intervensi Keperawatan Campak

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Komponen dari intervensi keperawatan yaitu label, definisi, dan tindakan (observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Luaran keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2022).

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

No	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) (D.0130) dibuktikan dengan : Definisi : Suhu tubuh meningkat diatas rentan normal Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Suhu tubuh diatas nilai normal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, termoregulasi membaik Kriteria hasil: 1. Menggigil menurun 2. Suhu tubuh, membaik 3. Suhu kulit membaik 4. Tekanan darah membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor kadar elektrolit 3. Monitor haluaran urine 4. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebihan) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila). Lakukan pemberian Terapi Tepid Sponge 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas (D.0001) dibuktikan dengan :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, bersihan jalan napas meningkat. Kriteria hasil: -	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi,

	Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, wheezing atau ronkhi 5. Meconium di jalan nafas (pada neonates)	Batuk efektif meningkat 1. Produksi sputum menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Pola napas membaik	wheezing, ronkhi kering) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 2. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan (D.0129) dibuktikan dengan : Definisi : Kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi, dan/atau ligament	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu 3. Bersihkan perineal dengan air hangat, terutama selama periode diare

	Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapis kulit		4. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 6. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem 6. Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar rumah 7. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya
4.	Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal (D.0120) dibuktikan dengan : Definisi : Pengeluaran feses yang sering lunak dan tidak berbentuk Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Defekasi lebih dari tiga kali dalam 24 jam 2. Feses lembek atau cair	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, eliminasi fekal membaik Kriteria hasil: 1. Kontrol pengeluaran feses meningkat 2. Nyeri abdomen menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Peristaltik usus membaik	Manajemen Diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare (mis, inflamasi gastrointestinal, intasi gastrointerlinar proses infeksi, malabsorpsi, ansietas, stres, efek obat-obatan, pemberian botol susu) 2. Identifikasi riwayat pemberian makanan 3. Identifikasi gejala invaginasi (mis. tangisan keras, keputihan pada bayi) Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 4. Monitor tanda dan gejala hypovolemia (mis takikardia, nadi teraba lemah, tekanan darah turun, turgor kulit turun, mukosa mulut kering, CRT melambat, BB menurun) 5. Monitor iritasi dan ulserasi kulit di daerah perianal 6. Monitor jumlah pengeluaran diare 7. Monitor keamanan penyiapan makanan Terapeutik

			1. Berikan asupan cairan oral (mis. larutan garam gula, oralit, pedialyte, renalyte) 2. Pasang jalur intravena Berikan cairan intravena (mis. ringer asetat, ringer laktat), jika perlu Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit 3. Ambil sampel feses untuk kultur, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan makanan porsi kecil dan sering secara bertahap 2. Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas dan mengandung laktosa 3. Anjurkan melanjutkan pemberian ASI Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian obat antispasmodic/spasmolitik (mis. papaverin, ekstrak belladonna, mebeverine) 2. Kolaborasi pemberian obat pengeras feses (mis. atapulgit, smektit, kaolin-pektin)
5.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (D.0074) dibuktikan dengan : Definisi : Perasaan kurang senang lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengeluh tidak nyaman Objektif : 1. Gelisah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, status kenyamanan meningkat Kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Gatal menurun	Pengaturan Posisi (I.01019) Observasi 1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 2. Monitor alat traksi agar selalu tepat Terapeutik 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Sediakan matras yang kokoh/padat 6. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi-Fowler) 7. Atur posisi yang meningkatkan drainage Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat

		8. Imobilisasi dan topang bagian tubuh yang cedera dengan tepat. 9. Tinggikan bagian tubuh yang sakit dengan tepat Tinggikan anggota gerak 20° atau lebih di atas level jantung 10. Tinggikan tempat tidur bagian kepala 11. Berikan bantal yang tepat pada leher 12. Berikan topangan pada area edema (mis. bantal dibawah lengan dan skrotum) Posisikan untuk mempermudah ventilasi/perfusi (mis. tengkurap/good lung down) 13. Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif 14. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 15. Hindari menempatkan pada posisi yang dapat meningkatkan nyeri 16. Hindari menempatkan stump amputasi pada posisi fleksi 17. Hindari posisi yang menimbulkan ketegangan pada luka 18. Minimalkan gesekan dan tarikan saat mengubah posisi 19. Ubah posisi setiap 2 jam 20. Ubah posisi dengan teknik log roll 21. Pertahankan posisi dan integritas traksi 22. Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi Edukasi 1. Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi 2. Ajarkan cara menggunakan postur yang baik dan mekanika tubuh yang baik selama melakukan perubahan posisi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian premedikasi sebelum mengubah
--	--	---

			posisi, jika perlu
6.	Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh (D.0083) dibuktikan dengan Defisini : Perubahan persepsi tentang penampilan, struktur dan fungsi fisik individu Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Mengungkapkan kecacatan/kehilangan sebagian tubuh Objektif : 1. Kehilangan bagian tubuh 2. Fungsi/struktur tubuh berubah/hilang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, citra tubuh meningkat Kriteria hasil: 1. Melihat bagian tubuh membaik 2. Menyentuh bagian tubuh membaik 3. Hubungan social membaik	Promosi Citra Tubuh (I.09305) Observasi 1. Identifikasi harapan citra tubuh berdasarkan tahap perkembangan Identifikasi budaya, agama, jenis kelamin, dan umur terkait otra tubuh 2. Identifikasi perubahan citra tubuh yang mengakibatkan isolasi sosial 3. Monitor frekuensi pernyataan kritik terhadap diri sendiri 4. Monitor apakah pasien bisa melihat bagian tubuh yang berubah Terapeutik 1. Diskusikan perubahan tubuh dan fungsinya 2. Diskusikan perbedaan penampilan fisik terhadap harga diri 3. Diskusikan perubahan akibat pubertas, kehamilan dan periuuan 4. Diskusikan kondisi stres yang mempengaruhi citra tubuh (mis, luka, penyakit, pembedahan) 5. Diskusikan cara mengembangkan harapan citra tubuh secara realistis 6. Diskusikan persepsi pasien dan keluarga tentang perubahan citra tubuh Edukasi 1. Jelaskan kepada keluarga tentang perawatan perubahan citra tubuh 2. Anjurkan mengungkapkan gambaran diri terhadap citra tubuh 3. Anjurkan menggunakan alat bantu (mis pakaian, wig, kosmetik) 4. Anjurkan mengikuti kelompok pendukung (mis kelompok sebaya)

			5. Latih fungsi tubuh yang dimiliki 6. Latih peningkatan penapilan diri (mis berdandan) 7. Latih pengungkapan kemampuan diri kepada orang lain maupun kelompok
7.	Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan diare (D.0036) dibuktikan dengan : Definisi : Beresiko mengalami penurunan, peningkatan atau percepatan perpindahan cairan dan intravaskular interstisial dan intraselular Gejala dan tanda mayor Subjektif : 1. Tidak tersedia Objektif : 1. Tidak tersedia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, keseimbangan cairan meningkat Kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat 2. Kelembaban membrane mukosa meningkat 3. Tekanan darah membaik 4. Turgor kulit membaik	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor berat badan harian 3. Monitor berat badan sebelum dan sesudah dialysis 4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium (mis. hematokrit, Na, K, Cl, berat jenis urine, BUN) 5. Monitor status hemodinamik (mis. MAP, CVP, PAP, PCWP jika tersedia) Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung balans cairan 24 jam - Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan 2. Berikan cairan intravena, jika perlu Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian diuretik, jika perlu

2.2.4 Implementasi Keperawatan Campak

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau intervensi yang sudah dilaksanakan sebelumnya. Berdasarkan terminologi SIKI, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan askep ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (SDKI PPNI, 2018).

2.2.5 Evaluasi Keperawatan Campak

Evaluasi keperawatan adalah tahapan terakhir dari proses keperawatan untuk mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien ke arah pencapaian tujuan. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (SLKI PPNI, 2019). Adapun komponen SOAP yaitu S (subjektif) adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. O (objektif) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan. A (assessment) adalah membandingkan antara

informasi subjektif dan objektif sedangkan P (planning) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.3 Konsep Hipertermi

2.3.1 Pengertian Hipertermi

Hipertermi adalah kondisi suhu tubuh yang tinggi abnormal yang disebabkan oleh kegagalan mekanisme pengatur panas tubuh untuk mengatasi panas yang berasal dari lingkungan. Sementara itu, hipertermia yang parah (malignant hyperthermia) adalah peningkatan suhu tubuh yang akan mengancam jiwa dan biasanya dihasilkan oleh respon hipermetabolik terhadap penggunaan relaksan otot depolarisasi secara bersamaan dan anestesi umum hirup yang kuat serta mudah untuk menguap (Tanen, 2017). Hipertermi merupakan keadaan di mana individu mengalami atau berisiko mengalami kenaikan suhu tubuh $>37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal yang sifatnya menetap karena faktor eksternal (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.2 Etiologi Hipertermi

Hipertermi secara umum disebabkan karena adanya paparan panas berlebih yang tidak bisa diatasi oleh suhu tubuh. Hipertermia sendiri terdiri dari 2 onset, seperti “heat stroke” dan “demam”. Heat stroke tidak disebabkan oleh penyakit, melainkan disebabkan oleh gangguan eksterinsik, seperti pada lingkungan bersuhu tinggi dan oleh masalah dalam termolisis tubuh.

Sebaliknya, demam biasanya berkaitan dengan adanya infeksi atau inflamasi yang terjadi pada tubuh seseorang. Demam terjadi ketika suhu tubuh inti diatur lebih tinggi, melalui aksi daerah pra-optik dari hipotalamus anterior. Infeksi atau inflamasi bisa menyebabkan sel-sel darah putih tertentu yang ada didalam darah akan melepaskan pirogen yang memiliki efek langsung pada hipotalamus anterior yang menyebabkan suhu tubuh mengalami peningkatan, pada kasus yang parah, hipertermia terjadi akibat relaksan otot yang digunakan dalam pengobatan. Relaksan otot tersebut diantaranya (succinylcholine, anestesi inhalasi, isoflurane, sevoflurane, desfluran) (Wong, 2018).

2.3.3 Faktor Resiko Hipertermi

1. Faktor gaya hidup Faktor gaya hidup yang dapat mempengaruhi seseorang terkena hipertermia adalah tidak cukupnya minum cairan, kurangnya mobilitas dan akses transportasi, memakai pakaian yang tebal saat cuaca panas, mengunjungi tempat yang penuh dan sesak, tidak memahami bagaimana menghadapi cuaca saat panas.
2. Faktor kesehatan umum Yang dapat meningkatkan resiko terkena hipertermi antara lain : a) Seseorang yang sedang mengalami dehidrasi, b) Perubahan yang berhubungan dengan kulit, seperti pada gangguan sirkulasi darah dan pada kelenjar keringat yang tidak efisien, c) Penyakit jantung, paru paru dan ginjal, serta peyakit yang akan menyebabkan kelemahan atau demam tinggi, d) Tekanan darah tinggi atau kondisi lain yang memerlukan perubahan dalam hal diet. Sebagai contoh orang-orang yang mengkonsumsi

makanan yang mengandung garam dapat beresiko tinggi terkena hipertermia, e) Seseorang yang jarang berkeringat, yang disebabkan oleh obat-obatan seperti diuretic, obat penenang, serta obat untuk tekanan darah dan obat untuk jantung, f) Mempunyai berat badan yang berlebih atau berat badan yang kurang, g) Minum banyak yang mengandung alcohol.

2.3.4 Tanda dan Gejala Hipertermi

Hipertermia terdiri dari gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor. Adapun gejala dan tanda mayor, dan gejala dan tanda minor, yaitu (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) :

1. Gejala dan Tanda Mayor : Suhu tubuh di atas nilai normal Suhu tubuh di atas nilai normal yaitu $> 37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rektal.
2. Gejala dan Tanda Minor diantaranya : 1) Kulit merah dan terdapat bintik-bintik merah (ptikie), 2) Kejang merupakan suatu kondisi di mana otot-otot tubuh berkontraksi secara tidak terkendali akibat dari adanya peningkatan temperatur yang tinggi, 3) Takikardia adalah suatu kondisi yang menggambarkan di mana denyut jantung yang lebih cepat dari pada denyut jantung normal, 4) Takipnea adalah suatu kondisi yang menggambarkan di mana pernapasan yang cepat dan dangkal, 5) Kulit dapat terasa hangat terjadi karena adanya vasodilatasi pembuluh darah sehingga kulit menjadi hangat.

2.3.5 Komplikasi Hipertermi

Salah satu dampak terjadinya hipertermi adalah dehidrasi. Di mana terjadinya dehidrasi disebabkan oleh adanya peningkatan penguapan cairan tubuh saat demam atau hipertermi, sehingga dapat mengalami kekurangan cairan dan merasa lemah. Selain itu, pada seseorang yang terkena hipertermi yang parah, komplikasi yang biasanya terjadi seperti hiperkalemia, asidosis pada pernafasan dan metabolic dan hipokalsemia, rhabdomyolysis dengan adanya peningkatan kreatinin kinase dan mioglobinemia dapat terjadi. Seperti halnya pada kelainan koagulasi intravascular diseminata (DIC) (Nurarif & Kusuma, 2015).

2.4 Penatalaksanaan Non Farmakologi *Water Tepid Sponge*

2.4.1 Definisi Tepid Water Sponge

Tepid water sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah superficial dengan teknik seka. *Tepid water sponge* sering direkomendasikan untuk mempercepat penurunan suhu tubuh (Setiwati, 2016). Pemberian *tepid water sponge* pada daerah tubuh akan mengakibatkan anak berkeringat. *Tepid water sponge* bertujuan untuk mendorong darah ke permukaan tubuh sehingga darah dapat mengalir dengan lancar. Ketika suhu tubuh meningkat dilakukan *tepid water sponge*, hipotalamus anterior memberi sinyal pada kelenjar keringat untuk

melepaskan keringat. Tindakan ini diharapkan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali (Filipinomedia, 2020).

2.4.2 Tujuan Tepid Water Sponge

Tujuan dilakukan tindakan tepid water sponge yaitu untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermia (Hidayati, et al, 2014). Tujuan dari penggunaan *tepid water sponge* ini untuk menurunkan suhu secara terkontrol. Prosedur ini tidak boleh dilakukan pada bayi dibawah usia 1 tahun dan tanpa pengawasan medis, karena tindakan ini dapat menyebabkan anak menjadi syok (Hastings, 2017).

2.4.3 Mekanisme Pemberian Tepid Water Sponge

Pemberian *tepid water sponge* pada daerah tubuh kan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sumsum tulang belakang. Sistem efektor mengeluarkan sinyal untuk berkeringat vasodilatasi perifer. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan pembuangan energi atau panas melalui keringat karena seluruh tubuh dan kulit dikompres atau di bilas dengan air. Kulit merupakan radiator panas yang efektif untuk keseimbangan suhu tubuh sehingga dengan membas seluruh tubuh atau kulit dengan berkeringat suhu tubuh yang awalnya meningkat menjadi turun bahkan sampai mencapai batas normal (Zahro dan Ni'matul, 2017).

2.4.5 Prosedur Pelaksanaan *Tepid Water Sponge*

Tabel 2. 3 Standar Operasional Prosedur Water Tepid Sponge

SOP <i>Water Tepid Sponge</i>	
Alat dan bahan	1. Air hangat dalam wadahnya (Kom) 2. Handuk atau kai atau wash lap 3. Handuk pengering 4. Handscoon 5. Thermometer
Orientasi	1. Berikan salam 2. Lakukan pengenalan diri 3. Identifikasi pasien 4. Jelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada klien dan keluarga 5. Minta persetujuan klien 6. Siapkan klien dan lingkungan pasien
Kerja	1. Dekatkan alat 2. Cuci tangan 3. Gunakan handscoon 4. Ukur suhu sebelum terapi 5. Basahi kain dengan air, peras kain sehingga tidak terlalu basah 6. Letakan kain pada daerah yang akan dikomprs (dahi, leher, aksila dan lipatan paha) 7. Apabila kain telah kering atau kain menjadi dingin masukan kembali kain ke air hangat dan letakan kembali di daetah kompres , lskuksn berulang – ulang hingga

	efek yang di inginkan tercapai 8. Tindakan dilakukan selama 15 menit 9. Setelah teknik selesai dilakukan, keringkan daerah tubuh yang basah, kemudian evaluasi dengan mengukur suhu tubuh klien
Terminasi	1. Evakuasi hasil tindakan dan respon klien 2. Beri reinforcement positif 3. Dokumentasi tindakan

Sumber : Ambarwati, E., dkk (2025). Penerapan Teknik *Tepid Water*

Sponge sebagai Intervensi Masalah Keperawatan Hipertermia pada Anak

2.4.6 Analisis Evidence Based Practice (EBP)

pemberian Water Tepid Sponge

Teknik *Tepid Water Sponge* adalah intervensi keperawatan non-farmakologis yang dilakukan dengan cara mengompres tubuh anak menggunakan air hangat bersuhu sekitar 2°C di bawah suhu tubuh pasien. Tujuan utamanya adalah menurunkan suhu tubuh melalui proses konduksi dan evaporasi, yaitu membantu perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan luar secara efisien (Imran & Wahyuningsih, 2019).

Penelitian yang dilakukan oleh Melati Inayati Albayani dkk, tahun 2022. Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus pada dua pasien anak yang mengalami hipertermia di wilayah kerja Puskesmas

Penimbung, Kabupaten Lombok Barat, pada Juni 2022. Intervensi *water tepid sponge* dilakukan selama tiga kali kunjungan rumah pada masing-masing pasien sesuai dengan standar operasional prosedur. Selain itu, peneliti juga memberikan edukasi kepada orang tua mengenai demam dan cara melakukan tindakan tersebut secara mandiri di rumah.

Hasil penelitian menunjukkan adanya penurunan suhu tubuh pada kedua pasien setelah dilakukan intervensi. Pada klien pertama, suhu tubuh awal 38,5°C turun menjadi 38,0°C pada hari pertama, kemudian dari 37,8°C menjadi 37,0°C pada hari kedua, dan dari 37,7°C menjadi 37,0°C pada hari ketiga. Sementara itu, pada klien kedua, suhu tubuh awal 38,8°C turun menjadi 38,5°C pada hari pertama, kemudian dari 38,0°C menjadi 37,8°C pada hari kedua, dan dari 37,9°C menjadi 37,0°C pada hari ketiga. Penurunan suhu tubuh pada kedua klien menunjukkan hasil yang sesuai dengan target yang diharapkan. Berdasarkan hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa penerapan *water tepid sponge* efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada anak dengan hipertermia. Intervensi ini dapat dijadikan sebagai alternatif terapi nonfarmakologis yang aman, mudah dilakukan, dan dapat diterapkan oleh orang tua secara mandiri sebagai upaya awal penanganan demam pada anak.

Selain itu, Maryamatut tahun 2024 Penelitian menggunakan metode studi kasus terhadap dua anak usia toddler (1–3 tahun) yang mengalami hipertermia di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Sukoharjo. Intervensi dilakukan dengan pemberian *water tepid sponge* menggunakan air bersuhu 37°C selama 15–30

menit, satu kali sehari selama 2–3 hari. Hasil penelitian menunjukkan bahwa suhu tubuh kedua responden mengalami penurunan yang signifikan setelah dilakukan intervensi. Suhu awal kedua responden adalah 38°C, kemudian menurun menjadi 36,8–36,9°C. Responden pertama mengalami penurunan suhu sebesar 1–1,1°C, sedangkan responden kedua mengalami penurunan sebesar 1–1,2°C. Terapi *water tepid sponge* bekerja melalui mekanisme konduksi dan evaporasi yang membantu pelebaran pembuluh darah perifer sehingga panas tubuh lebih cepat dikeluarkan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, *water tepid sponge* dapat direkomendasikan sebagai intervensi keperawatan nonfarmakologis berbasis bukti yang efektif, aman, dan mudah diterapkan untuk membantu menurunkan suhu tubuh pada anak dengan hipertermia.

Selanjutnya penelitian yang dilakukan oleh Eti Ambarwati dkk. Tahun 2025 meneliti Penerapan Teknik *Tepid Water Sponge* sebagai Intervensi Masalah Keperawatan Hipertermia pada Anak Demam di Wilayah Kerja Puskesmas Pantai Cermin. Metode penelitian yang digunakan adalah studi kasus terhadap dua anak yang mengalami demam di wilayah kerja Puskesmas Pantai Cermin. Intervensi dilakukan dengan menyeka tubuh menggunakan air hangat selama ± 15 menit setiap kali suhu tubuh meningkat dan dilaksanakan selama tiga hari berturut-turut. Data dikumpulkan melalui observasi suhu tubuh sebelum dan sesudah tindakan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa teknik *Tepid Water Sponge* efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada kedua pasien. Pada pasien pertama (An.

A), suhu tubuh mengalami penurunan dari 38,9°C menjadi 37,8°C pada hari pertama, dari 38,0°C menjadi 37,3°C, kemudian pada hari kedua dari 38,0°C menjadi 37,5°C dan 38,1°C menjadi 37,6°C. Pada hari ketiga, suhu tubuh turun dari 37,9°C menjadi 36,5°C. Pada pasien kedua (An. K), suhu tubuh menurun dari 39,1°C menjadi 38,5°C pada hari pertama, kemudian dari 38,1°C menjadi 37,3°C. Pada hari kedua, suhu tubuh turun dari 37,9°C menjadi 37,3°C, dan pada hari ketiga dari 37,9°C menjadi 37,0°C. Secara keseluruhan, hasil evaluasi menunjukkan adanya penurunan suhu tubuh sebesar 1,2°C hingga 3,2°C setelah intervensi dilakukan selama tiga hari. Selain menurunkan suhu tubuh, tindakan ini juga membantu mengurangi gejala penyerta seperti rewel, gelisah, kulit kemerahan, dan lemas, sehingga meningkatkan kenyamanan anak selama masa perawatan. Berdasarkan temuan tersebut, teknik *Tepid Water Sponge* dapat direkomendasikan sebagai intervensi mandiri perawat dalam manajemen hipertermia pada anak karena terbukti efektif, aman, mudah dilakukan, serta dapat diterapkan baik di fasilitas kesehatan maupun di rumah oleh orang tua dengan bimbingan tenaga kesehatan.

Berdasarkan beberapa penelitian di atas, terapi *Tepid Water Sponge* menunjukkan efektivitas dalam penurunan suhu tubuh pada anak, pemberian TWS selama ± 15 menit mampu menurunkan suhu tubuh melalui mekanisme konduksi dan evaporasi, dengan rata-rata penurunan suhu sebesar 1,2°C hingga 3,2°C. Selain menurunkan suhu tubuh, intervensi ini juga meningkatkan kenyamanan anak dengan mengurangi gejala seperti rewel, gelisah, dan lemas.

Oleh karena itu, teknik *Tepid Water Sponge* direkomendasikan sebagai tindakan mandiri keperawatan yang aman, mudah, dan dapat diterapkan baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di rumah.

2.5 Tumbuh kembang pada anak

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022. tumbuh kembang anak adalah proses bertambahnya ukuran tubuh (pertumbuhan) dan meningkatnya kemampuan anak dalam bergerak, berbicara, berpikir, serta bersosialisasi (perkembangan). Setiap anak memiliki tahapan tumbuh kembang yang berbeda, namun umumnya mengikuti pola sesuai usianya.

1. Pada usia 0–12 bulan, pertumbuhan berlangsung sangat cepat. Bayi mulai mampu mengangkat kepala, berguling, duduk, merangkak, hingga berdiri dan berjalan berpegangan. Pada tahap ini, bayi juga mulai mengenali suara orang tua, tersenyum, mengoceh, dan mengucapkan kata sederhana.
2. Pada usia 1–3 tahun, anak mulai berjalan dan berlari dengan lebih baik. Kemampuan berbicara berkembang pesat, anak mulai mengenal benda di sekitarnya, meniru perilaku orang lain, serta belajar makan dan berpakaian sendiri.
3. Pada usia 4–6 tahun, anak semakin mandiri. Kemampuan motorik halus dan kasar berkembang, seperti menggambar, melompat, dan mengancingkan baju. Anak juga mulai mengenal huruf, angka, warna, serta belajar berinteraksi dan bermain bersama teman.

4. Pada usia 6–12 tahun, pertumbuhan fisik berlangsung lebih stabil. Anak mulai berpikir logis, mampu memahami aturan, meningkatkan kemampuan membaca, menulis, dan berhitung, serta membangun hubungan sosial yang lebih luas.
5. Pada usia 12–18 tahun, anak memasuki masa remaja yang ditandai dengan pubertas dan pertumbuhan fisik yang cepat. Remaja mulai berpikir lebih kritis, mencari jati diri, dan belajar menjadi pribadi yang mandiri.

Untuk mendukung tumbuh kembang yang optimal, anak memerlukan gizi seimbang, imunisasi lengkap, istirahat yang cukup, lingkungan yang aman, serta stimulasi dan kasih sayang dari keluarga. Orang tua juga perlu memantau pertumbuhan anak secara rutin melalui penimbangan berat badan, pengukuran tinggi badan, dan pemeriksaan perkembangan di posyandu atau fasilitas kesehatann

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Pengkajiaan

3.1.1 Biodata

1. Biodata klien

Nama Klien : An. R

TTL / Usia : Garut, 23 September 2024 (1,5 thn)

Jenis Kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Alamat : Banyuresmi

Diagnosis Medis : *Morbili*

Tanggal Pengkajian : 5 Februari 2026

2. Biodata penanggung jawab

Nama : Ny. S

Usia : 36 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : IRT

Agama : Islam

Alamat : Banyuresmi

Hubungan dengan Klien : Ibu

3. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya demam

2. Keluhan Sekarang

Pada tanggal 4 Maret 2026 klien datang ke IGD RSUD dt Slamet dengan keluhan demam, batuk, pilek, dan terdapat ruam merah di bagian tubuh anaknya sudah 4 hari, pada saat dikaji tanggal 5 Maret 2026 Ibu klien masih mengatakan anaknya masih demam disertai batuk, pilek, lemas dan ruam bintiknya sudah menyebar keseluruh tubuh anak. Suhu anak. R 41,4°C, Respirasi 24 x/menit, tubuh anak. R teraba panas, demam pada anak . R terus menerus dirasakan diseluruh tubuh.

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan anaknya sering sakit dari usia 6 bulan dan pernah dirawat dengan keluhan yang sama seperti demam, batuk dan pilek

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai penyakit memular dan menurun

5. Riwayat Imunisasi

Ibu klien mengatakan anaknya hanya di imunisasi sampai DPT 1 dan tidak dilakukan imuisasi lagi.

1) Hepatitis B 0 0–7 hari Saat lahir

2) BCG 1 bulan Oktober 2024

3) Polio oral 1,1 bulan Nov 2014

4) DPT-HB-Hib 1,2 bulan Jan 2025

6. Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik Lahir

Berat Badan : 8 kg

Tinggi Badan : 98 cm

Lingkar Repala : 48 cm

Lingkar lengan Atas : 19 cm

b. Perkembangan Tiap Tahap

Berguling : 5 bulan

Duduk : 8 bulan

merangkak : 9 bulan

Berdiri : 10 bulan

Berjalan : 1 tahun

Senyum kepada oranglain : 2 bulan

Bicara pertama kali : 1 tahun

Berpakaian tanpa bantuan : masih dibantu

7. Riwayat Nutrisi

a) Pemberian ASI

2) Pertamakali disusui : 1 jam setelah lahir

3) Cara pemberian : menyusui langsung payudara

4) Lama pemberian : masih diberikan ASI

- b) Pola Perubahan Nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini
 - 1) 0–6 bulan ASI eksklusif Tidak ada Menyusui langsung
 - 2) 6–12 bulan ASI + MPASI + susu formula Bubur halus, pure buah, bubur saring Diberi tekstur lembut, mulai adaptasi rasa
 - 3) 1–2 tahun ASI + makanan keluarga Nasi tim, lauk lembut, sayur rebus, buah potong Makan 3x/hari + camilan 2x

8. Psikologis dan Spiritual

- a. Kondisi Emosi Klien Saat Ini : Sering menangis dan menjerit jika keinginannya tidak dipenuhi.
- b. Persepsi Klien tentang Dirinya : Tidak mengetahuinya karena klien belum memahami.
- c. Status Spiritual Klien : Tidak mampu melaksanakan ibadah karena belum memahami.

9. Aktivitas Sehari-hari

- a. nutrisi

An. R meliputi: makan 3 kali sehari dengan nasi dan 1-2 jenis lauk, minum air putih 6-8 gelas per hari
- b. eliminasi

buang air besar 1-2 kali sehari, buang air kecil sekitar 6 kali sehari, mandi 2 kali sehari, mencuci rambut 2-3 kali seminggu, menggosok gigi 1 kali sehari, menggunting kuku 1 kali seminggu,

c. Istirahat Tidur

Saat sehat : tidur malam 8-9 jam, dan tidur siang 1-3 jam.

Saat sakit ; tidur malam 3-4 jam dan tidur siang kurang lebih 1 jam

10. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum : Lemas

b. Tanda-tanda Vital : N: 101x/menit, RR: 24x/menit, S: 41,4°C, SPO2: 98%

c. Keadaan Gizi : Cukup

d. Sistem Persarafan : Terdapat suara nafas tambahan wheezing, respirasi 24x/menit

e. Sistem Muskuloskeletal : Tidak ada kelainan

f. Sistem Integumen : terdapat ruam merah di seluruh tubuh anak. R

g. Sistem Perkemihan : Masih menggunakan pampers

h. Sistem Pencernaan : BAB 2x/hari, konsistensi lunak

i. Sistem Penginderaan : Penglihatan & pendengaran baik

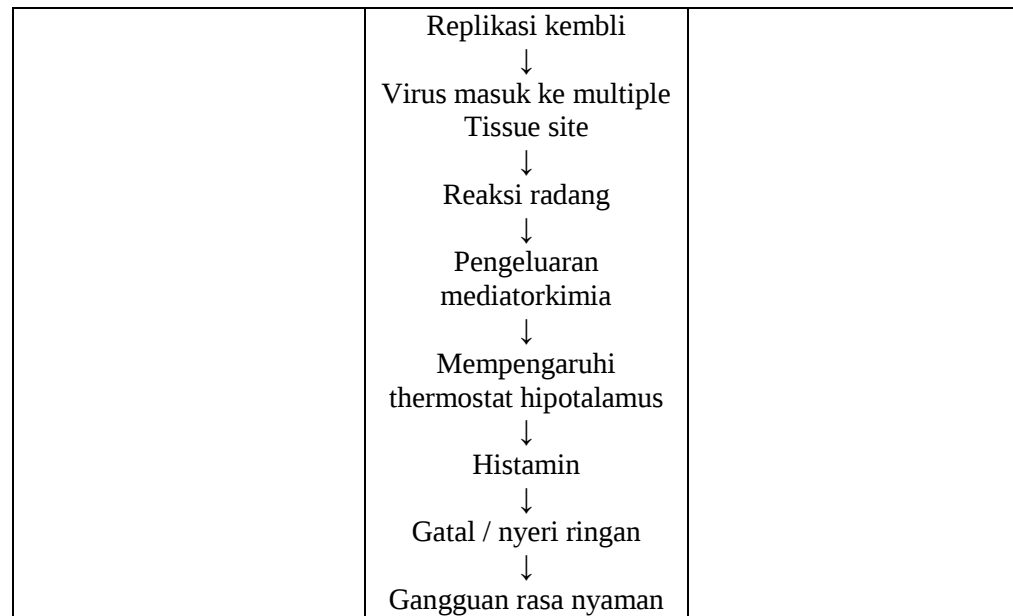
11. Analisa Data

Tabel 3. 1 Analisa data

Data	Etiologi	Masalah
Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus Do : - Suhu 41,4°C - Tubuh klien terasa panas	Paramyxoviridae morbilli virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap makrofag ↓ Menyebar ke kelenjar limfa	Hipertermi

	↓ Virus dilepas kedalak aliran darah ↓ virus sampai RES ↓ Replikasi kembli ↓ Virus masuk ke multiple Tissue site ↓ Reaksi radang ↓ Pengeluaran mediator kimia ↓ Mempengaruhi thermostat hipotalamus ↓ Sel point meningkat ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	
Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 4 hari sebelum masuk ke RS - Ibu klien mengatan anaknya sedikit sesak Do : - Klien tmpak lemah - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% - Terdapat suara nafas wheezing	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap magrofag ↓ Menyebar ke kelenjar linfa ↓ Virus dilepas kedalak aliran darah ↓ Mengendap diorgan tubuh ↓ Epitel saluran nafas ↓ Fungsi silia turun ↓ Sekter naik ↓	Bersihkan jalan nafas tidak efektif

	Refrek batuk ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	
Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya terdapat ruam bindik diseluruh tubuhnya - Ibu klien mengatakan anaknya merasa gatal diseluruh tubuhnya Do : - tubuh klien terlihat ruam merah - klien terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap magrofag ↓ Menyebar ke kelenjar linfa ↓ Virus dilepas kedalak aliran darah ↓ Mengendap diorgan tubuh kulit ↓ Poliferasi sel edoten kedalam korium ↓ Eksudasi serum/eritrosit dalam epididmis ↓ Ruam ↓ Gangguan integritas kulit/jaringan	Gangguan integritas kulit
Ds : - ibu klien mengatakan anaknya tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya rewel dan menangis terus Do : - klien terlihat tidak nyaman - klien terlihat rewel dan menangis terus	Paramyxoviridae morbili virus ↓ Masuk sel nafas ↓ Ditangkap magrofag ↓ Menyebar ke kelenjar linfa ↓ Virus dilepas kedalak aliran darah ↓ virus sampai RES ↓	Gangguan rasa nyaman



3.1.2 Diagnosis Keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) ditandai dengan suhu tubuh anak meningkat dengan suhu 41,4°C
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan batuk tidak efektif, sputum yang berlebih, terdapat suara wheezing
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan ditandai dengan adanya ruam bintik merah di seluruh tubuh
4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan anak suka rewel dan menangis terus

3.1.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 2 Intervensi keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus Do : - Suhu 41,4°C - Tubuh klien terasa panas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, termoregulasi membaik Kriteria hasil: 1. Suhu tubuh, membaik 2. Suhu kulit membaik	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Lakukan pemberian Terapi Tepid Sponge Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 4 hari sebelum masuk ke RS - Ibu klien mengatakan anaknya sedikit sesak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, bersihan jalan napas meningkat. Kriteria hasil: 1. Batuk efektif meningkat 2. Produksi sputum menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Pola napas membaik	Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik 1. Posisikan semi-Fowler atau Fowler

	Do : - Klien tampak lemah - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% - Terdapat suara nafas wheezing		2. Berikan minum hangat 3. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya terdapat ruam bindik diseluruh tubuhnya - Ibu klien mengatakan anaknya merasa gatal diseluruh tubuhnya Do : - tubuh klien terlihat ruam merah - klien terlihat menggaruk tubuhnya yang merasa gatal	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria hasil: 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Kemerahan menurun	Perawatan Integritas Kulit (I.11353) Observasi 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Terapeutik 1. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 2. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif 3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering Edukasi 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup 3. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 4. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur 5. Anjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya

4.	Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai : Ds : - ibu klien mengatakan anaknya tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya rewel dan menangis terus - Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur dan hanya bisa dtidur pangkuan saja Do : - klien terlihat tidak nyaman - klien terlihat rewel dan menangis terus	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam, status kenyamanan meningkat Kriteria hasil: 1. Keluhan tidak nyaman menurun 2. Keluhan sulit tidur menurun 3. Gatal menurun	Pengaturan Posisi (I.01019) Terapeutik 1. Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 2. Tempatkan pada posisi terapeutik 3. Tempatkan objek yang sering digunakan dalam jangkauan 4. Tempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan 5. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 6. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi-Fowler)

3.1.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 3 Implementasi keperawatan

No	Hari / Tanggal	Diagnosis Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf dan nama
1.	Jumat, 6 Februari 2026	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) ditandai dengan Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus Do : - Suhu 41,4°C - Tubuh klien terasa panas	08.00 08.05 08.10 08.20 08.30 08.45 10.00	1. Memonitor suhu tubuh Hasil/Respon : suhu : 40°C 2. Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil/Respon : terdapat AC diruangan 3. Melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil/Respon : klien menggunakan pakaian yang berbahan merar tidak ketat 4. Membasahi dan kipasi permukaan tubuh Hasil/Respon : klien melakukan kompres hangat untuk mengurangi kenaikan suhu tubuhnya 5. Memberikan cairan oral Hasil/Respon : klien minum 1 hari kurang lebih 8 gelas 6. Mengganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) Hasil/Respon : setiap hari tempat tidur klien selalu diganti linennya 7. Melakukan pendinginan eksternal (mis selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Hasil/Respon : klien mampu dilakukan kompres hangat dengan menggunakan	 Ajeng Prima Septiani

				teknik water tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuhnya selama kurang lebih 15 menit 8. Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu Hasil/Respon : klien sudah terpasang infus D5 ¼ NS 10 tpm	
2.		Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 4 hari sebelum masuk ke RS - Ibu klien mengatakan anaknya sedikit sesak Do : - Klien tampak lemas - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% - Terdapat suara nafas wheezing	10.30 10.35 10.40 10.45 10.47 10.50 10.50 10.52	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil/Respon : respirasi 24x/menit 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil/Respon : terdapat suara Wheezing 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Hasil/Respon : sputum yang keluar sedikit, warna putih 4. Memposisikan semi-Fowler atau Fowler Hasil/Respon : klien berbaring dengan 2 bantal 5. Memberikan minum hangat Hasil/Respon : klien mampu meneguk air hangat 6. Melakukan fisioterapi dada, jika perlu Hasil/Respon : klien mampu dilakukan fisioterapi dada tetap sedikit rewel 7. Memberikan oksigen, jika perlu Hasil/Respon : klien tidak terpasang oksigen, SPO2 98% 8. Menjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika	 Ajeng Prima Septiani

			11.00	tidak kontraindikasi Hasil/Respon : klien mampu menin 1 hari kurang lebih 8 gelas 9. Berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu Hasil/Respon : klien mampu dilakukan penguapan dengan alat NEBU	
3.		Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya terdapat ruam bindik diseluruh tubuhnya - Ibu klien mengatakan anaknya merasa gatal diseluruh tubuhnya Do : - tubuh klien terlihat ruam merah - klien terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal	11.17 11.20 11.25 11.30 11.35	1. Menidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Hasil/Respon : ibu klien mmpu mengetahui penyebab terjadinya ruam bintik diseruruh tubuh anaknya karena proses penyakit dari morbili 2. Menggunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive Hasil/Respon : Ibu klien mampu mengetahuinya 3. Menghindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering hasil/Respon : ibu klien dapat memahaminya 4. Menganjurkan minum air yang cukup Hasil/Respon : ibu klien mampu memberikn minum yang cukup untuk ananknya 5. Mengnjurkan meningkatkan asupan nutrisi	 Ajeng Prima Septiani

			11.40	Hasil?/Respon : Ibu klien dapat mengetahui apa saja asupan nutrisi yang baik untuk anaknya	
			11.46	6. Menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur Hasil/Respon : ibu klien dapat memahaminya 7. Menganjurkan mandi dan menggunakan sabun secukupnya Hasil/Respon : ibu klien dapat memahaminya	
4.		Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan : Ds : - ibu klien mengatakan anaknya tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya rewel dan menangis terus - Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur dan hanya bisa dtidur pangkuan saja Do : - klien terlihat tidak nyaman - klien terlihat rewel dan menangis terus	11.57 12.00 12.04 12.10	1. Menempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat Hasil/Respon : klien tidak mau tidur ditempat tidurya dan hanya mau digendong 2. Menempatkan bel atau lampu panggilan dalam jangkauan Hasil/Respon : terdapat bel ditempat tidur klien 3. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Hasil/Respon : klien hanya tidur digendong ibunya 4. Atur posisi untuk mengurangi sesak (mis. semi-Fowler) Hasil/Respon : klien mampu duduk	 Ajeng Prima Septiani

5	Sabtu , 7 Februari 2026	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus Do : - Suhu 41,4°C - Tubuh klien terasa panas	15.00 15.30	1. Memonitor suhu tubuh Hasil/Respon : suhu : 38°C 2. Melakukan pendinginan eksternal (mis selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) Hasil/Respon : klien mampu dilakukan kompres hangat dengan menggunakan teknik water tepid sponge untuk menurunkan suhu tubuhnya selama kurang lebih 15 mnenit	 Ajeng Prima Septiani
6.		Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 4 hari sebelum masuk ke RS - Ibu klien mengatani anaknya sedikit sesak Do : - Klien tampak lemas - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% - Terdapat suara nafas wheezing	17.00 17.02 17.15	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil/Respon : respirasi 22x/menit 2. Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) Hasil/Respon : masih terdapat suara Wheezeng 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Hasil/Respon : sputum yang keluar masih sedikit, warna putih	 Ajeng Prima Septiani

7.		Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan : Ds : - ibu klien mengatakan anaknya tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya rewel dan menangis terus - Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur dan hanya bisa dtidur pangkuan saja Do : - klien terlihat tidak nyaman - klien terlihat rewel dan menangis terus	17.30 17.40	1. Menempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat Hasil/Respon : klien masih tidak mau tidur ditempat tidurnya dan hanya mau digendong 2. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Hasil/Respon : klien hanya tidur digendong ibunya	 Ajeng Prima Septiani
8.	Senin, 9 Februari 2026	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus Do : - Suhu 41,4°C - Tubuh klien teraba	08.00	1. Memonitor suhu tubuh Hasil/Respon : suhu : 37,6°C	 Ajeng Prima Septiani

		panas			
9.		Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya batuk berdahak sudah 4 hari sebelum masuk ke RS - Ibu klien mengatakan anaknya sedikit sesak Do : - Klien tampak lemas - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% - Terdapat suara nafas wheezing	08,30	1. Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) Hasil/Respon : respirasi 20x/menit	 Ajeng Prima Septiani
10		Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit ditandai dengan : Ds : - ibu klien mengatakan anaknya tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya rewel dan menangis terus	09.00 09,30	1. Menempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat Hasil/Respon : klien mampu tidur ditempat tidurnya dan hanya mau digendong 2. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi Hasil/Respon : klien menyukai posisi tidur tengkurap	 Ajeng Prima Septiani

		- Ibu klien mengatakan anaknya sulit tidur dan hanya bisa dtidur pangkuan saja Do : - klien terlihat tidak nyaman - klien terlihat rewel dan menangis terus			
--	--	---	--	--	--

3.1.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Evaluasi keperawatan

No	Tanggal/Jam	Evaluasi	Nama & Paraf
1.	6 Februari 2026 13.00	S : - Ibu klien mengatakan anaknya demam terus menerus O : - Suhu 40°C - Tubuh klien teraba panas A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
2.	6 Februari 2026 13.30	S : - Ibu klien masih mengatakan anaknya batuk berdahak - Ibu klien masih mengatakan anaknya sedikit sesak O : - Klien masih tampak lemah - Respirasi 24x/menit - SPO2 : 98% Masih terdapat suara nafas wheezing A : - Masalah belum teratasi P : - Lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
3.	6 Februari 2026 14.00	S : - Ibu klien masih mengatakan anaknya terdapat ruam bintik diseluruh tubuhnya - Ibu klien mengatakan anaknya merasa gatal diseluruh tubuhnya O : - tubuh klien terlihat ruam merah - klien terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal A :	 Ajeng Prima Septiani

		- masaah teratasi sebagian P : - lanjutkan intervensi	
4	6 Februri 2026	S : - ibu klien mengatakan anaknya masih tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya masih suka rewel dan menangis terus O : - klien terlihat tidak nyaman - klien masih terlihat rewel dan menangis terus A : - masalah belum bertasi P : - lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani

No	Tanggal/Jam	Evaluasi	Nama & Paraf
1.	7 Februari 2026 19.00	S : - Ibu klien masih mengatakan anaknya demam terus menerus O : - Suhu 38°C - Tubuh klien masih teraba panas A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
2.	7 Februari 2026 19.30	S : - Ibu klien masih mengatakan anaknya batuk berdahak - Ibu klien masih mengatakan anaknya tidak sesak O : - Klien masih tampak lemah - Respirasi 22x/menit - SPO2 : 99% - Masih terdapat suara nafas wheezing A : - Masalah teratasi sebagian P : - Lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
3.	7 Februari 2026 20.00	S : - Ibu klien mengatakan ruam bintik diseluruh tubuhnya tampak sedikit kering - Ibu klien mengatakan anaknya masih merasa gatal diseluruh tubuhnya O : - tubuh klien sedikit masih terlihat ruam merah - klien masih terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal A :	 Ajeng Prima Septiani

		- masaah teratasi sebagian P : - lanjutkan intervensi	
4	7 Februri 2026 20.30	S : - ibu klien mengatakan anaknya masih tidak nyaman - ibu klien mengatakan anaknya masih suka rewel dan menangis berkurang O : - klien terlihat tidak nyaman - klien masih terlihat rewel dan menangis terus A : - masalah bertasi sebagian P : - lanjutkan intervensi	 Ajeng Prima Septiani

No	Tanggal/Jam	Evaluasi	Nama & Paraf
1.	9 Februari 2026 13.00	S : - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam O : - Suhu 37,6°C - Tubuh klien tidak teraba panas A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
2.	9 Februari 2026 13.20	S : - Ibu klien masih mengatakan anaknya sudah tidak batuk berdahak - Ibu klien masih mengatakan anaknya tidak sesak O : - Klien masih tampak lemah - Respirasi 20x/menit - SPO2 : 99% - Sudah tidak terdapat suara nafas wheezing A : - Masalah teratasi P : - Hentikan intervensi	 Ajeng Prima Septiani
3.	9 Februari 2026 13.35	S : - Ibu klien mengatakan ruam bintik diseluruh tubuhnya sudah tampak kering - Ibu klien mengatakan anaknya masih sedikit merasa gatal diseluruh tubuhnya O : - tubuh klien sedikit masih terlihat ruam merah - klien masih terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal	 Ajeng Prima Septiani

		A : - masalah teratasi P : - hentikan intervensi	
4	9 Februari 2026 14.00	S : - ibu klien mengatakan anaknya sudah merasa nyaman - ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak rewel dan menangis berkurang O : - klien terlihat sudah merasa nyaman - klien tidak terlihat rewel dan menangis terus A : - masalah bertasi P : - hentikan intervensi	 Ajeng Prima Septiani

3.2 Hasil Pengamatan

Hasil pengamatan penurunan suhu tubuh pada anak R dengan *morbili* usia 1,5 tahun setelah di berikan terapi *Tepid Water Sponge* selama tiga hari berturut – turut, pengukuran dilakukann setiap hari sebelum (pre) dan sesudah (post) pemberian terapi. Adapun hasil yang didapatkan sebagai berikut : hari pertama tanggal 6 Februari 2026 yang awalnya pasien mengalami suhu tubuh 41,4 °C setelah dilakukan terapi Tepid Water Sponge selama 15 menit menjadi 39°C, hari kedua pada tanggal 7 Februari 2026 suhunya 39,6°C menjadi 38°C dan hari ketiga suhunya 38,3°C menjadi 37,6°C.

3.3 Pembahasan Masalah Keperawatan Utama

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada An R dengan *Morbili* di RSUD Dr Slamet Garut yang dilaksanakan selama 3 hari kunjungan dari tanggal 5 – 9 Februari 2026. Penulis juga memberikan intervensi pada pasien yang berdasarkan evidence based practice (EBP) yang berhubungan dengan kasus hipertermia yang mendapatkan hasil positif dari klien yang dimana masalah keperawatan dapat teratasi dengan baik.

Selama dilapangan penulis tidak ada kesulitan dalam melakukan asuhan keperawatan pada An R dengan *Morbili* karena orangtua koferatif kepada perawat. Maka dengan ini penulis akan membahas fakta di lapangan terkait kasus yang dikelola diantaranya dengan melaksanakan tahap- tahap proses keperawatan sebagai berikut.

3.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data yang dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi masalah, kebutuhan dan kondisi kesehatan klien secara menyeluruh. Tahapan ini menjadi dasar penting dalam proses keperawatan karena dari data yang dikumpulkan akan ditentukan diagnosis keperawatan serta rencana intervensi yang tepat (Kemenkes,2022).

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis 5 Februari 2026 di RSUD dr Slamet Garut, anak laki – laki usia 1,5 tahun yang telah di diagnosis *Morbili* oleh pihak medis, berdasarkan observasi langsung dan informasi dari keluarga, diketahui bahwa An R mengalami peningkatan suhu tubuh yang tidak normal.

Ny. S, ibu dari An. R menyatakan bahwa sudah seminggu anaknya demam, batuk, dengan disertai ruam merah diseluruh tubuhnya. Saat dilakukan pengkajian An. R masih demam, batuk, dan terdapat ruam merah diseluruh tubuhnya serta rewel dan menangis.

Berdasarkan data antropometri tinggi badan An. R, tinggi badan An. R 98 cm dan berat badab 8 kg, dengan lingk kepala 48 cm, dan lingk lengan atas 19 cm. Dari hasil pengkajian perkembangan An. R sudah mampu berbicara hal ini menunjukan bahwa kemampuan kognitif sudah sesuai dengan usia perkembangan usia balita.

Dalam aspek interaksi sosial, An. R tampak responsif terhadap orang lain, selain itu dari aspek psikososial Ny. S menyampaikan bawah anaknya sering menangis dan berteriak jika tidak terpenuhi, dan dalam aspek spiritual An. R belum dapat menjalankan ibadah karena belum memahami konsep ibadah.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut dapat disimpulkan bahwa An. R mengalami gangguan peningkatan suhu atau hipertermia, bersihan jalan nafas tidak efektif, gangguan integritas kulit, dan gangguan rasa nyaman.

3.3.2 Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan pengkajian terhadap An. R, anak laki-laki usia 1,5 tahun yang didiagnosis mengalami *Morbili*, penulis merumuskan beberapa masalah keperawatan. Berdasarkan teori dari Oktaviasari (2022), terdapat beberapa diagnosis keperawatan yang relevan untuk kasus anak dengan *Morbili*, di antaranya:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) **(D.0130)**
2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **(D.0001)**
3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan **(D.0129)**
4. Diare berhubungan dengan iritasi gastrointestinal **(D.0120)**
5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)**
6. Gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan struktur/ bentuk tubuh **(D.0083)**
7. Resiko ketidakseimbangan cairan ditandai dengan diare **(D.0036)**

Namun dari tujuh diagnosis tersebut, berdasarkan data objektif dan subjektif yang diperoleh dilapangan, penulis menetapkan empat diagnosis keperawatan utama sebagai berikut :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) **(D.0130)**

Diagnosis ditegakkan berdasarkan data pengkajian yaitu An.R mengalami peningkatan suhu tubuh dibatas rentang normal tubuh dan pada saat diraba permukaan kulitnya terasa hangat. Sejalan dengan teori SDKI (2017), Hipertermia adalah suatu kondisi dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (*set point*), di atas 38°C, biasanya disebabkan oleh tubuh atau kondisi luar yang menghasilkan panas lebih banyak dari pada yang dikeluarkan tubuh. (Irlianti & Nurhayati, 2021). Menurut penelitian Afrah et al, 2022)

Penyakit yang ditandai dengan adanya demam dapat menyerang sistem tubuh, selain itu demam mungkin berperan dalam meningkatkan perkembangan imunitas spesifik dan nonspesifik dalam membantu pemulihan atau pertahanan terhadap infeksi. Proses infeksi penyakit yang terjadi pada tubuh mengakibatkan perubahan suhu tubuh yang meningkat sebagai bentuk manifestasi, jika tidak mendapatkan penanganan demam yang tepat, infeksi bakteri yang serius dapat membahayakan anak hingga menyebabkan kematian.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **(D.0001)**

Diagnosis ini ditetapkan karena An. R menunjukkan ketidakmampuan batuk secara efektif, merasa sesak selain itu An. R terdengar suara nafas tambahan wheezing, hal ini sesuai dengan definisi dari SDKI (2017) yaitu ketidakmampuan membersihkan secret atau obsruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten. Menurut penelitian Moss dan Griffin (2022), infeksi virus *Morbili* (campak) menyebabkan inflamasi pada saluran pernapasan yang meningkatkan produksi sekret sehingga pasien mengalami batuk yang tidak efektif dan dapat muncul suara nafas tambahan wheezing akibat penyempitan jalan napas. Kondisi ini dapat mengganggu ventilasi dan meningkatkan risiko komplikasi apabila tidak segera ditangani.

3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan **(D.0129)**

Diagnosis ditegakkan berdasarkan data pengkajian yaitu An. R tampak sering menangis, rewel, gelisah, dan sulit ditenangkan. Kondisi tersebut menunjukkan adanya gangguan rasa nyaman akibat proses penyakit yang dialami pasien. Sejalan dengan teori SDKI (PPNI, 2017), gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang nyaman, lega, atau sejahtera baik secara fisik, psikologis, maupun lingkungan. Menurut penelitian Perry dan Hockenberry (2021), anak yang mengalami *Morbili* (campak) sering menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan seperti rewel, mudah menangis, gelisah, dan sulit beristirahat akibat demam, ruam kulit, serta infeksi yang dialami. Kondisi tersebut dapat mengganggu kebutuhan istirahat dan memperlambat proses pemulihan apabila tidak ditangani secara optimal.

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)**

Diagnosis ditegakkan berdasarkan data pengkajian yaitu An. R mengalami ruam (*rash*) di seluruh tubuh. Kondisi tersebut menunjukkan adanya kerusakan integritas kulit akibat proses infeksi virus morbili. Sejalan dengan teori SDKI (PPNI, 2017), kerusakan integritas kulit adalah kerusakan pada epidermis dan/atau dermis yang ditandai dengan perubahan kondisi kulit. Menurut penelitian Cherry, Harrison, Kaplan, Steinbach, dan

Hotez (2022), infeksi virus morbili menyebabkan munculnya ruam makulopapular yang menyebar dari wajah ke seluruh tubuh sebagai akibat respons inflamasi terhadap virus. Ruam tersebut dapat menimbulkan iritasi, ketidaknyamanan, serta meningkatkan risiko kerusakan kulit apabila tidak dilakukan perawatan yang tepat.

3.3.3 Perencanaan Keperawatan

Pada tahap perencanaan, penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori diagnosis keperawatan dan kondisi nyata yang ditemukan pada An. R dengan *Morbili*. Oleh karena itu, perencanaan keperawatan yang dirumuskan disesuaikan dengan empat diagnosis yang muncul di lapangan berdasarkan hasil pengkajian. Perencanaan ini telah disusun sesuai dengan teori keperawatan yang meliputi: penentuan diagnosis keperawatan, tujuan/luaran, rencana intervensi, dan evaluasi tindakan keperawatan. Berikut adalah perencanaan keperawatan yang dibuat oleh penulis:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) (**D.0130**)

Diagnosis hipertermia ditegakkan karena pasien mengalami peningkatan suhu tubuh sebagai akibat infeksi virus morbili. Intervensi utama yang dipilih berdasarkan SIKI adalah Manajemen Hipertermia (I.15506), dengan luaran yang diharapkan berdasarkan SLKI yaitu Termoregulasi Membaik (L.14134). Kriteria hasil yang diharapkan meliputi suhu tubuh kembali dalam batas normal (36,5–37,5°C), kulit terasa

hangat normal, pasien tampak lebih nyaman, frekuensi nadi dan pernapasan membaik, serta tidak terdapat tanda-tanda dehidrasi.

Intervensi keperawatan yang direncanakan meliputi pemantauan suhu tubuh secara berkala, mengidentifikasi penyebab peningkatan suhu, memantau tanda-tanda vital, menganjurkan peningkatan asupan cairan sesuai kebutuhan, memberikan kompres hangat (*Tepid Water Sponge*) sesuai indikasi, menganjurkan penggunaan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat, menjaga suhu lingkungan tetap nyaman, mengobservasi tanda-tanda dehidrasi, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi antipiretik sesuai program pengobatan. Selain itu, keluarga diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga hidrasi, memantau suhu tubuh di rumah, serta mengenali tanda bahaya yang memerlukan penanganan segera. Dengan perencanaan tersebut diharapkan suhu tubuh pasien dapat kembali normal, kebutuhan cairan tetap terpenuhi, dan proses penyembuhan dapat berlangsung secara optimal. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **(D.0001)**

Diagnosis Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian, di mana An. R mengalami batuk, terdapat penumpukan sekret pada saluran pernapasan, pasien tampak kesulitan mengeluarkan dahak, terdengar bunyi napas tambahan, serta frekuensi napas meningkat.

Kondisi tersebut disebabkan oleh proses infeksi virus morbili yang menyebabkan peningkatan produksi sekret sehingga mengganggu kebersihan jalan napas.

Intervensi utama berdasarkan SIKI adalah Manajemen Jalan Napas (I.01011). Sebelum menentukan intervensi, perawat menetapkan luaran berdasarkan SLKI, yaitu Bersihan Jalan Napas Meningkat (L.01001). Kriteria hasil yang diharapkan meliputi : jalan napas paten, frekuensi napas dalam batas normal sesuai usia, bunyi napas tambahan berkurang atau hilang, sekret dapat keluar dengan mudah, batuk menjadi efektif, saturasi oksigen membaik, serta pasien tampak lebih nyaman saat bernapas.

Intervensi yang direncanakan meliputi : mengkaji status pernapasan, memantau frekuensi, kedalaman, dan pola napas, mengauskultasi bunyi napas, memantau saturasi oksigen, memposisikan pasien semi-Fowler atau Fowler untuk memaksimalkan ventilasi, menganjurkan dan membantu pasien batuk efektif sesuai kemampuan, memberikan cairan yang cukup bila tidak terdapat kontraindikasi untuk membantu mengencerkan sekret, mempertahankan kebersihan jalan napas dengan mengeluarkan sekret bila diperlukan, memberikan oksigen sesuai indikasi, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi nebulisasi, mukolitik, atau bronkodilator sesuai program pengobatan. Selain itu, keluarga diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan jalan napas, memenuhi kebutuhan cairan, dan mengenali tanda-tanda gangguan pernapasan yang

memerlukan penanganan segera. Diharapkan setelah dilakukan intervensi tersebut, jalan napas pasien menjadi bersih, sekret dapat dikeluarkan secara efektif, dan fungsi pernapasan kembali optimal. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan
(D.0129)

Diagnosis Kerusakan Integritas Kulit ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian, di mana An. R mengalami ruam makulopapular yang menyebar hampir di seluruh tubuh, kulit tampak kemerahan, anak sering menggaruk area yang terasa gatal, sehingga berisiko menyebabkan kerusakan kulit yang lebih luas dan infeksi sekunder. Kondisi ini merupakan manifestasi khas dari penyakit morbili akibat infeksi virus yang menimbulkan peradangan pada kulit. Intervensi utama berdasarkan SIKI adalah Perawatan Integritas Kulit (I.11353). Sebelum menentukan intervensi, perawat menetapkan luaran berdasarkan SLKI, yaitu Integritas Kulit dan Jaringan Meningkat (L.14125). Kriteria hasil yang diharapkan meliputi kondisi kulit membaik, ruam dan kemerahan berangsur berkurang, tidak terdapat luka akibat garukan, kulit tetap bersih dan lembap, rasa gatal berkurang, serta tidak terjadi tanda-tanda infeksi sekunder.

Intervensi yang direncanakan meliputi mengkaji kondisi kulit secara berkala, mengidentifikasi lokasi dan luas ruam, memantau adanya tanda

infeksi seperti kemerahan yang bertambah, bengkak, atau keluarnya cairan, menjaga kebersihan kulit dengan mandi menggunakan air hangat dan sabun yang lembut, menjaga kulit tetap kering dan bersih, menganjurkan penggunaan pakaian berbahan lembut dan longgar, memotong kuku anak agar tidak melukai kulit saat menggaruk, mengajarkan keluarga untuk mencegah anak menggaruk area yang gatal, serta berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat topikal atau antihistamin sesuai indikasi. Selain itu, keluarga diberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kebersihan kulit, memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi, serta segera melaporkan apabila muncul tanda-tanda infeksi. Dengan intervensi tersebut diharapkan integritas kulit An. R dapat terjaga, ruam berangsur membaik, rasa gatal berkurang, dan tidak terjadi komplikasi berupa infeksi sekunder. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)**

Diagnosis Gangguan Rasa Nyaman ditegakkan berdasarkan hasil pengkajian, di mana An. R tampak sering menangis, rewel, gelisah, sulit beristirahat, dan menunjukkan tanda-tanda tidak nyaman akibat demam serta ruam yang menyebar di seluruh tubuh. Kondisi tersebut menyebabkan anak sulit merasa nyaman sehingga istirahat dan aktivitasnya terganggu. Intervensi utama berdasarkan SIKI adalah Pengaturan Posisi (I.01019). Sebelum menentukan intervensi, perawat menetapkan luaran berdasarkan SLKI, yaitu Tingkat Kenyamanan Meningkat (L.08064). Kriteria hasil yang

diharapkan meliputi pasien tampak lebih tenang, frekuensi menangis dan rewel berkurang, dapat beristirahat dengan baik, ekspresi wajah lebih rileks, serta menunjukkan tanda-tanda kenyamanan yang meningkat.

Intervensi yang direncanakan meliputi mengidentifikasi tingkat kenyamanan pasien sebelum mengubah posisi, mengatur posisi pasien sesuai kebutuhan dan kondisi untuk meningkatkan rasa nyaman, mengubah posisi secara berkala guna mencegah penekanan pada area kulit yang mengalami ruam, menggunakan bantal atau penyangga untuk mempertahankan posisi yang nyaman, memastikan pakaian dan alas tidur tetap bersih, kering, serta tidak menimbulkan iritasi pada kulit, memantau respons pasien setelah dilakukan perubahan posisi, serta melibatkan orang tua dalam membantu mempertahankan posisi yang nyaman bagi anak. Selain itu, keluarga diberikan edukasi mengenai pentingnya mengubah posisi anak secara berkala dan menjaga kenyamanan selama masa perawatan. Dengan intervensi tersebut diharapkan rasa nyaman An. R meningkat, anak menjadi lebih tenang, dapat beristirahat dengan cukup, dan proses penyembuhan berlangsung secara optimal. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

3.3.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merupakan pelaksanaan langsung dari rencana tindakan yang telah dirancang untuk mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan. Pada tahap ini, penulis melaksanakan implementasi keperawatan

sesuai dengan intervensi utama dari masing-masing diagnosis. Implementasi dilakukan selama 3 hari kunjungan, dari tanggal 06 – 09 Februari 2026. Adapun implementasi yang diberikan meliputi:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) **(D.0130)**

Pada diagnosis hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) pada An. R, implementasi dilakukan sesuai intervensi utama yaitu manajemen hipertermia. Intervensi ini bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh, meningkatkan kenyamanan pasien, mencegah terjadinya dehidrasi, serta mempercepat proses penyembuhan. Langkah-langkah implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada orang tua pasien, melakukan kebersihan tangan enam langkah sebelum tindakan, mengidentifikasi penyebab peningkatan suhu tubuh, mengukur dan memantau suhu tubuh serta tanda-tanda vital secara berkala, mengobservasi tanda dan gejala dehidrasi, menganjurkan peningkatan asupan cairan sesuai kebutuhan dan toleransi pasien, memberikan kompres hangat (*Tepid Water Sponge*) pada dahi, leher, ketiak, dan lipat paha, menganjurkan penggunaan pakaian yang tipis dan mudah menyerap keringat, mengatur suhu ruangan agar tetap sejuk dan nyaman, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat antipiretik sesuai program terapi, memberikan edukasi kepada orang tua mengenai cara memantau suhu tubuh anak dan tanda bahaya demam, melakukan kebersihan tangan setelah tindakan, serta mendokumentasikan

seluruh tindakan keperawatan dan respons pasien. Setelah dilakukan implementasi, suhu tubuh An. R berangsur menurun, pasien tampak lebih nyaman, dan kondisi umum menunjukkan perbaikan.

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **(D.0001)**

Pada diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret pada An. R, implementasi dilakukan sesuai intervensi utama yaitu Manajemen Jalan Napas. Intervensi ini bertujuan untuk mempertahankan kepatenan jalan napas, membantu pengeluaran sekret, meningkatkan ventilasi, serta memenuhi kebutuhan oksigen pasien. Langkah-langkah implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada orang tua pasien, melakukan kebersihan tangan enam langkah sebelum tindakan, mengkaji frekuensi, kedalaman, dan pola napas, mengauskultasi bunyi napas untuk mengetahui adanya ronki atau suara napas tambahan, memantau saturasi oksigen, memposisikan pasien pada posisi semi-Fowler untuk memaksimalkan ventilasi, membantu pasien melakukan batuk efektif sesuai kemampuan, menganjurkan peningkatan asupan cairan sesuai toleransi untuk membantu mengencerkan sekret, melakukan pengisapan sekret (suction) bila diindikasikan, memberikan oksigen sesuai program terapi, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi nebulisasi atau mukolitik sesuai indikasi, memberikan

edukasi kepada orang tua mengenai cara menjaga kebersihan jalan napas anak, melakukan kebersihan tangan setelah tindakan, serta mendokumentasikan seluruh tindakan keperawatan dan respons pasien. Setelah dilakukan implementasi, jalan napas An. R tampak lebih bersih, sekret mulai berkurang, bunyi napas membaik, frekuensi napas dalam batas normal, dan pasien tampak lebih nyaman saat bernapas.

3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan **(D.0129)**

Pada diagnosis kerusakan integritas kulit berhubungan dengan proses infeksi virus pada An. R, implementasi dilakukan sesuai intervensi utama yaitu Perawatan Integritas Kulit. Intervensi ini bertujuan untuk mempertahankan keutuhan kulit, mengurangi iritasi dan rasa gatal, mencegah terjadinya infeksi sekunder, serta mempercepat proses penyembuhan kulit. Langkah-langkah implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada orang tua pasien, melakukan kebersihan tangan enam langkah sebelum tindakan, mengkaji kondisi kulit meliputi lokasi, luas, dan karakteristik ruam, mengobservasi adanya tanda-tanda infeksi seperti kemerahan, bengkak, atau keluarnya cairan, menjaga kebersihan kulit dengan membersihkan area yang mengalami ruam menggunakan air hangat dan mengeringkannya secara perlahan,

menganjurkan penggunaan pakaian yang longgar, lembut, dan mudah menyerap keringat, menjaga kuku anak tetap pendek untuk mencegah cedera akibat garukan, menganjurkan orang tua untuk menghindari anak menggaruk area ruam, memberikan pelembap atau obat topikal sesuai program terapi, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antihistamin atau terapi lain sesuai indikasi, melakukan kebersihan tangan setelah tindakan, serta mendokumentasikan seluruh tindakan keperawatan dan respons pasien. Setelah dilakukan implementasi, kondisi kulit An. R tampak lebih bersih, ruam berangsur berkurang, rasa gatal menurun, tidak ditemukan tanda-tanda infeksi sekunder, dan integritas kulit menunjukkan perbaikan.

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)**

Pada diagnosis gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit (demam dan ruam pada kulit) pada An. R, implementasi dilakukan sesuai intervensi utama yaitu Pengaturan Posisi. Intervensi ini bertujuan untuk meningkatkan rasa nyaman, mengurangi ketidaknyamanan akibat demam dan ruam, membantu pasien beristirahat dengan optimal, serta mencegah penekanan pada area kulit yang mengalami ruam. Langkah-langkah implementasi yang dilakukan yaitu mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas, menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan kepada orang tua pasien, melakukan kebersihan tangan enam langkah sebelum tindakan, mengkaji tingkat kenyamanan dan posisi yang

disukai pasien, mengatur posisi pasien senyaman mungkin sesuai kondisi, mengubah posisi pasien secara berkala untuk mengurangi tekanan pada area kulit yang mengalami ruam, menggunakan bantal sebagai penyangga agar posisi tetap nyaman, memastikan pakaian dan alas tidur bersih, kering, lembut, dan tidak menimbulkan iritasi pada kulit, memantau respons pasien setelah perubahan posisi, melibatkan orang tua dalam membantu mempertahankan posisi yang nyaman, melakukan kebersihan tangan setelah tindakan, serta mendokumentasikan seluruh tindakan keperawatan dan respons pasien. Setelah dilakukan implementasi, An. R tampak lebih tenang, frekuensi menangis dan rewel berkurang, pasien dapat beristirahat lebih nyaman, dan tingkat kenyamanan menunjukkan peningkatan.

3.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana tindakan keperawatan telah mencapai tujuan yang direncanakan. Evaluasi disusun menggunakan format SOAP sebagai berikut:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus) (D.0130)

S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam

O : Suhu 37,6°C, tubuh klien tidak teraba panas

A : Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi

2. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi jalan napas **(D.0001)**

S : Ibu klien masih mengatakan anaknya sudah tidak batuk berdahak, Ibu klien masih mengatakan anaknya tidak sesak

O : Klien masih tampak lemah, Respirasi 20x/menit, SPO2 : 99%, Sudah tidak terdapat suara nafas wheezing

A : Masalah teratasi

P : Hentikan intervensi

3. Gangguan integritas kulit/ jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan **(D.0129)**

S : Ibu klien mengatakan ruam bintik diseluruh tubuhnya sudah tampak kering, Ibu klien mengatakan anaknya masih sedikit merasa gatal diseluruh tubuhnya

O : tubuh klien sedikit masih terlihat ruam merah, klien masih terlihat menggaruk tubuhnya yang measa gatal

A : masalah teratasi

P : hentikan intervensi

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit **(D.0074)**

S : ibu klien mengatakan anaknya sudah merasa nyaman, ibu klien mengatakan anaknya sudh tidak rewel dan menangis berkurang

O : klien terlihat sudah merasa nyaman, klien tidak terlihat rewel dan menangis terus

A : masalah bertasi

P : hentikan intervensi

3.4 Pembahasan Evidence Based Practice (EBP)

Penulis melakukan penerapan Evidence Based Practice (EBP) pada An. R, anak yang didiagnosis *Morbili* (campak) dengan empat masalah keperawatan, yaitu hipertermia, bersihan jalan napas tidak efektif, gangguan rasa nyaman, dan kerusakan integritas kulit. Berdasarkan hasil pengkajian, masalah utama yang menjadi prioritas adalah hipertermia, sehingga penulis menerapkan intervensi *Water Tepid Sponge* sebagai terapi nonfarmakologis yang didukung oleh hasil penelitian terkini. Teknik *Water Tepid Sponge* merupakan tindakan pemberian kompres hangat menggunakan air bersuhu sekitar 37°C yang bekerja melalui mekanisme konduksi dan evaporasi sehingga membantu mempercepat pelepasan panas tubuh dan menurunkan suhu tubuh secara bertahap.

Penerapan *Water Tepid Sponge* dilakukan selama tiga hari, dengan durasi 15–30 menit setiap tindakan sesuai kondisi pasien. Sebelum tindakan dilakukan, suhu tubuh An. R masih berada di atas batas normal, anak tampak lemas, rewel, sering menangis, nafsu makan menurun, serta muncul ruam kemerahan di seluruh tubuh. Setelah dilakukan intervensi secara bertahap disertai terapi medis

dan asuhan keperawatan yang komprehensif, suhu tubuh pasien menunjukkan penurunan, anak tampak lebih tenang, lebih nyaman, dan kondisi umum berangsur membaik.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Melati Inayati Albayani dkk. (2022) yang menyatakan bahwa pemberian *Water Tepid Sponge* efektif menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami hipertermia. Penelitian Maryamatut (2024) juga menunjukkan bahwa pemberian *Water Tepid Sponge* selama 15–30 menit mampu menurunkan suhu tubuh anak secara signifikan melalui mekanisme konduksi dan evaporasi. Selain itu, penelitian Eri Ambarwati dkk. (2025) menyimpulkan bahwa *Water Tepid Sponge* merupakan intervensi keperawatan nonfarmakologis yang efektif, aman, mudah dilakukan, dan dapat diterapkan oleh tenaga kesehatan maupun keluarga dalam membantu mengatasi hipertermia pada anak.

Selain berpengaruh terhadap diagnosis hipertermia, penerapan *Water Tepid Sponge* juga memberikan dampak positif terhadap diagnosis gangguan rasa nyaman. Setelah suhu tubuh menurun, An. R tampak tidak terlalu rewel, frekuensi menangis berkurang, wajah tampak lebih rileks, dan anak dapat beristirahat dengan lebih baik. Penurunan suhu tubuh juga membantu mengurangi rasa tidak nyaman akibat demam yang menyertai penyakit *Morbili*.

Pada diagnosis bersihan jalan napas tidak efektif, kondisi pasien menunjukkan perbaikan setelah demam menurun dan dilakukan manajemen jalan napas. Anak tampak lebih nyaman saat bernapas, sekret lebih mudah

dikeluarkan, frekuensi napas membaik, dan bunyi napas tambahan berkurang. Hal ini menunjukkan bahwa pengendalian hipertermia turut mendukung perbaikan fungsi pernapasan selama proses penyembuhan.

Sementara itu, pada diagnosis kerusakan integritas kulit, penurunan suhu tubuh membantu mengurangi rasa panas dan gatal akibat ruam morbili sehingga anak tidak terlalu sering menggaruk kulit. Disertai tindakan perawatan integritas kulit, kondisi ruam berangsur membaik, kulit tetap bersih, serta tidak ditemukan tanda-tanda infeksi sekunder. Hal ini menunjukkan bahwa intervensi yang diberikan tidak hanya memperbaiki kondisi hipertermia, tetapi juga mendukung penyembuhan kerusakan kulit.

Berdasarkan hasil implementasi asuhan keperawatan dan didukung oleh beberapa penelitian, dapat disimpulkan bahwa Evidence Based Practice (EBP) berupa pemberian *Water Tepid Sponge* efektif diterapkan pada An. R dengan penyakit *Morbili*. Intervensi ini mampu membantu menurunkan suhu tubuh, meningkatkan rasa nyaman, mendukung perbaikan bersihan jalan napas, serta membantu mempertahankan integritas kulit. Oleh karena itu, *Water Tepid Sponge* dapat direkomendasikan sebagai salah satu intervensi keperawatan nonfarmakologis yang efektif dalam penatalaksanaan anak dengan hipertermia akibat *Morbili*, terutama bila dikombinasikan dengan asuhan keperawatan sesuai SDKI, SIKI, dan SLKI.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

4.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan terhadap An. R, anak dengan *Morbili* (Campak) di RSUD dr Slamet Garut, selama 3 hari kunjungan (tanggal 06 – 09 Februari 2026), maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian keperawatan secara komprehensif pada An. R melalui pengumpulan data subjektif dan objektif sesuai kondisi pasien.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan hasil pengkajian sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu hipertermia, bersihan jalan napas tidak efektif, kerusakan integritas kulit, dan gangguan rasa nyaman.
3. Penulis mampu menyusun perencanaan (intervensi) keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien.
4. Penulis mampu melaksanakan implementasi keperawatan sesuai rencana yang telah disusun sehingga tindakan keperawatan dapat diberikan secara

optimal.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan secara berkesinambungan untuk menilai perkembangan kondisi pasien dan pencapaian luaran yang telah ditetapkan.
6. Penulis mampu menganalisis penerapan Evidence Based Practice (EBP) berupa intervensi *Tepid Water Sponge* sebagai terapi nonfarmakologis yang terbukti efektif membantu menurunkan suhu tubuh pada anak dengan hipertermia akibat *Morbili*.
7. Penulis mampu mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara lengkap, sistematis, dan sesuai dengan standar dokumentasi keperawatan.

4.2 Saran

4.2.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Diharapkan tenaga kesehatan dapat menerapkan intervensi Tepid Water Sponge sebagai terapi nonfarmakologis pendamping dalam penatalaksanaan hipertermia pada anak dengan morbili serta meningkatkan edukasi kepada keluarga mengenai perawatan anak di rumah dan pentingnya pencegahan melalui imunisasi.

4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil karya ilmiah ini dapat dijadikan sebagai referensi pembelajaran dalam mata kuliah keperawatan anak, khususnya mengenai

penerapan evidence based practice pada pasien morbili, sehingga mampu meningkatkan kompetensi mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan yang sesuai standar.

4.2.3 Bagi Mahasiswa/Peneliti Selanjutnya

Diharapkan karya ilmiah ini dapat menjadi sumber referensi untuk penelitian selanjutnya dengan jumlah responden yang lebih banyak, metode penelitian yang lebih kuat, serta mengembangkan evidence based practice lainnya dalam penatalaksanaan anak dengan morbili sehingga diperoleh hasil yang lebih optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Afdila, R., & Sari, D. (2022). Asuhan Keperawatan Anak dengan Morbili. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
- Ambarwati, E., dkk. (2025). Penerapan Teknik Tepid Water Sponge sebagai Intervensi Masalah Keperawatan Hipertermia pada Anak.
- Amourisva, I., & Anggraini, D. (2018). Penatalaksanaan Campak pada Anak. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 10(2), 45–52.
- Arianto, A., dkk. (2023). Patofisiologi Penyakit Campak pada Anak. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 11(1), 56–64.
- Dipta Nugraha, D. (2022). Manifestasi Klinis Campak pada Anak. *Jurnal Medika Nusantara*, 9(1), 12–19.
- Djanah, S. N., & Retnaningsih, D. (2021). Imunisasi Campak dan Kejadian Ikutan Pasca Imunisasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 16(2), 98–105.
- Farahdina, Y., & Wulan, N. (2017). Pencegahan Campak Melalui Imunisasi MMR. *Jurnal Kesehatan Anak Indonesia*, 5(2), 87–93.
- Filipinomedia. (2020). Tepid Water Sponge sebagai Terapi Nonfarmakologi Penurun Demam. Filipinomedia.
- Hastings, J. (2017). *Pediatric Fever Management*. New York: McGraw-Hill.
- Hidayati, N., dkk. (2014). Efektivitas Tepid Sponge terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak. *Jurnal Keperawatan*, 5(2), 60–67.
- Imran, A., & Wahyuningsih, E. (2019). Pengaruh Water Tepid Sponge terhadap Penurunan Suhu Tubuh Anak Hipertermia. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), 34–41.

- Irlianti, E., & Nurhayati, S. (2021). Penatalaksanaan Demam pada Anak. *Jurnal Keperawatan Anak*, 8(1), 45–52.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Mailiana. (2021). Pengkajian Keperawatan pada Anak dengan Penyakit Infeksi. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 13(2), 112–120.
- Maryatmut. (2024). Penerapan Water Tepid Sponge pada Anak Toddler dengan Hipertermia: Studi Kasus. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 6(1), 20–28.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC*. Yogyakarta: Media Action.
- Oktaviasari, R. (2022). Patofisiologi Campak pada Anak. *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah*, 10(1), 33–41.
- Riastini, N., & Sutarga, I. M. (2021). Konsep Dasar Penyakit Campak. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 14(2), 90–98.
- Setiwati. (2016). *Efektivitas Tepid Sponge dalam Penurunan Suhu Tubuh*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik (Edisi 1, Cetakan III)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan (Edisi 1, Cetakan II)*. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (Edisi 1, Cetakan II)*. Jakarta: DPP PPNI.

- Widiarta, I. G. N., dkk. (2023). Epidemiologi Campak pada Anak di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 18(1), 40–49.
- WHO. (2020). Measles Fact Sheet. Geneva: World Health Organization.
- Wong, D. L. (2018). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (10th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Yanti, N., & Lindisi, R. (2020). Efektivitas Water Tepid Sponge terhadap Penurunan Hipertermia pada Anak. *Jurnal Keperawatan Nasional*, 8(2), 78–85.
- Yonanda, R. (2022). Asuhan Keperawatan Anak dengan Morbili. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia*, 7(2), 66–74.
- Yuniawati, W., Wulandari, S., & Parmilah. (2020). Pengaruh Water Tepid Sponge terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak Demam. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 9(2), 101–109.
- Zahro, N., & Ni'matul, H. (2017). Mekanisme Kerja Tepid Water Sponge dalam Menurunkan Suhu Tubuh. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 2(1), 56–63.

LAMPIRAN

Dokumentasi kegiatan

