

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Dasar keperawatan

1. Konsep Proses Keperawatan Pada Pasien Hipertermi

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya. Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian yaitu didapatkannya data yang komprehensif. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Pengkajian yang dilakukan pada klien anak dengan Hipertermi ialah:

- 1) Identitas pasien mencakup tentang: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- 2) Keluhan utama yaitu menonjol pada anak adalah suhu tinggi pada anak.
- 3) Riwayat penyakit sekarang yaitu di dapatkan adanya keluhan panas yang disertai menggigil dan saat demam pada kesadaran composmentis turun nya panas terjadi antara hari ke 3 & 7.
- 4) Riwayat penyakit yang pernah di derita yaitu penyakit apa saja yang pernah di derita, pada anak bisa mengalami Hipertermi dengan tipe virus lain.

- 5) Riwayat imunisasi yaitu apabila anak memiliki riwayat imunisasi lengkap akan mempunyai kekebalan imun pada tubuh, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat dihindarkan.
 - 6) Kondisi lingkungan yang Sering terjadi di daerah yang padat penduduk dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar)
- b. Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki. Berdasarkan tingkatan sebagai berikut:
- 1) Grade I: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital
 - 2) Grade II: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemah, tanda-tanda vital lemah
 - 3) Grade III: kesadaran komposmentis, keadaan umum lemas.
 - 4) Grade IV: kesadaran komposmentis, tanda-tanda vital: nadi teraba, pernapasan tidak teratur, ekstremitas dingin, dan mukosa bibir tampak kering.

Sistem integument, yakni terdiri dari:

- 1) Turgor kulit normal, kuku bersih, badan teraba hangat, muka tampak kemerahan karena demam, mata anemis, hidung kadang mengalami perdarahan (epistaksis) pada grade II, III, IV. Pada mulut didapatkan bahwa mukosa mulut kering, dada bentuk simetris, abdomen. Tidak ada nyeri tekan, ekstremitas. Akral dingin.

c. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang langsung aktual maupun potensial, diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon pasien secara individu, keluarga dan komunitas terhadap yang berkaitan dengan kesehatan. Diagnosa yang muncul pada pasien dengan menggunakan buku standar diagnosa keperawatan indonesia (PPNI, 2016) sebagai berikut:

- 1) Hipertermia berhubungan dengan Riwayat hipertermi (D.0130).

Penyebab dari hipertermia diantaranya: stimulasi pusat termoregulasi hipotalamus, proses penyakit infeksi, dehidrasi, peningkatan kebutuhan oksigen, perubahan laju metabolisme

Gejala dan tanda mayor

Objektif: suhu tubuh di atas normal.

Gejala dan tanda minor

Objektif: Kulit merah, kejang, takikardi, akral teraba hangat

Kondisi klinis terkait: Proses infeksi, hipertiroid, stroke, dehidrasi, trauma

2) Defisit nutrisi berhubungan dengan Anoreksia (D.0019).

Penyebab: Ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi (misalnya: finansial tidak mencukupi), faktor psikologis (misalnya: stres, keengganan untuk makan)

Gejala tanda minor

Objektif: penurunan berat badan 10% dibawah rentan ideal

Kondisi klinis terkait: berat badan lebih, diare, disfungsi motilitas gastrointestinal.

3) Gangguan pola tidur berhubungan dengan suara lingkungan (D.0055)

Penyebab: Hambatan lingkungan (misalnya: kelembaban lingkungan sekitar, suhu lingkungan, pencahayaan, kebisingan, bau tidak sedap, jadwal pemantauan/pemeriksaan/tidak, kurang control tidur, restraint fisik, Tidak familiar dengan peralatan tidur.

Gejala tanda minor

Objektif: Mengeluh sulit tidur, mengeluh sering terjaga, mengeluh tidak puas tidur, mengeluh pola tidur berubah, mengeluh istirahat tidak cukup.

Kondisi klinis terkait: Disorganisasi perilaku anak, kesiapan peningkatan tidur, resiko intoleransi aktifitas, gangguan mobilitas fisik.

d. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang muncul berdasarkan buku standar luaran keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018) dan berdasarkan buku standar intervensi keperawatan indonesia ppni (PPNI, 2018).

Tabel 1
Intervensi keperawatan

Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
Hipertermia b.d Proses infeksi (D.0130)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan suhu tubuh membaik dengan kriteria hasil: Termoregulasi (L.14134) 1. Pengaturan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang 2. menggigil menurun 3. suhu tubuh normal 4. tidak kejang	Manajamen hipertermia (L.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh Terapeutik 1. Sediakan Lingkungan Yang Dingin 2. Berikan Cairan Oral 3. Berikan Kompres Hangat 4. Longgarkan Atau Lepaskan pakaian Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
Resiko Defisit nutrisi b.d (Faktor psikologis: kecengangan untuk makan (D.0032)	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil: (L.03030) 1. Porsi makan dihabiskan 2. berat badan membaik 3. indeks masa tubuh membaik (IMT) membaik	Intervensi: Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi 1. Monitor asupan makanan) 2. Identifikasi status nutrisi 3. Monitor berat badan Terapeutik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 2. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Sasilitasi menentukan pedoman diet (misalnya; piramida makanan) 4. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Edukasi 1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 2. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

<p>Gangguan pola tidur b.d Hambatan lingkungan: (pencahayaannya, kebisingan lingkungan sekitar) (D.0055).</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan keluhan sulit tidur membaik dengan kriteria hasil: (L.05045)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan sering terjaga menurun 3. Keluhan tidak puas tidur menurun 4. Keluhan pola tidur berubah menurun 	<p>Intervensi: Dukungan tidur (L05174) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pola aktivitas tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (mis: fisik atau psikologis) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan atau kebisingan) 2. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 3. Tetapkan jadwal tidur rutin 4. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (misalnya: pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 2. Anjurkan jimenepati kebiasaan waktu tidur 3. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur </p>

SIKI (PPNI, 2018).

e. Implementasi

Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat (Putri et al., 2022).

f. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan.

2. Konsep Proses Keperawatan Anak Dengan Hipertermi

Pengkajian merupakan tahapan pertama dalam proses keperawatan tahap ini sangat penting dan menentukan dalam tahap-tahap selanjutnya.

Data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat dan benar, serta selanjutnya akan berpengaruh dalam perencanaan keperawatan. Tujuan dari pengkajian yaitu didapatkannya data yang komprehensif. Tahap pengkajian dari proses keperawatan merupakan proses dinamis yang terorganisasi, dan meliputi empat aktivitas dasar atau elemen dari pengkajian yaitu pengumpulan data secara sistematis, memvalidasi data, memilah, mengatur data dan mendokumentasikan data dalam format. (Tarwoto & Wartonah, 2015).

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian yang dilakukan pada klien anak dengan hipertermi ialah:

- 1) Identitas pasien mencakup tentang: nama, umur, jenis kelamin, alamat, pendidikan, nama orang tua, pendidikan orang tua, dan pekerjaan orang tua.
- 2) keluhan utama yaitu yang menonjol pada anak dengan hipertermi adalah suhu tinggi
- 3) Riwayat penyakit sekarang yaitu di dapatkan adanya hipertermi serta di tandai adanya gejala pusing
- 4) Riwayat penyakit yang pernah di derita yaitu klien pernah mengalami hipertermi pada umur 10 bulan
- 5) Riwayat imunisasi anak yang memiliki riwayat imunisasi tidak lengkap jika anak mempunyai riwayat imunisasi lengkap maka kekebalan imun pada tubuh, maka kemungkinan akan timbulnya komplikasi dapat di- hindarkan.
- 6) Kondisi lingkungan yang Sering terjadi di daerah yang padat penduduk dan lingkungan yang kurang bersih (seperti air yang menggenang dan gantungan baju di kamar).
- 7) Pola kebiasaan
 - a) Nutrisi dan metabolisme: frekuensi, jenis, pantangan, nafsu makan berkurang, dan nafsu makan makin menurun.
 - b) Eliminasi alvi (buang air besar). Kadang-kadang anak mengalami diare atau konstipasi.

- c) Eliminasi urine (buang air kecil) perlu dikaji apakah sering kencing, sedikit/banyak, sakit/tidak.
- d) Tidur dan istirahat. Anak sering mengalami kurang tidur karena mengalami sakit/nyeri otot dan persendian sehingga kuantitas dan kualitas tidur maupun istirahatnya kurang.
- e) Kebersihan. Upaya keluarga untuk menjaga kebersihan diri dan Lingkungan.
- f) Prilaku dan tanggapan bila ada keluarga yang sakit serta upaya untuk menjaga kesehatan.
- g) Pemeriksaan fisik, meliputi inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dari ujung rambut sampai ujung kaki.

b. Implementasi

Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat (Putri et al., 2022).

c. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian hasil dan proses. Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosa keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnose keperawatan meliputi data subyektif (S) data obyektif (O), analisa permasalahan (A) klien berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan.

B. Konsep kebutuhan dasar manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah segala hal yang diperlukan memenuhi, oleh menjaga manusia untuk mempertahankan kelangsungan hidupnya. Setiap manusia memiliki karakteristik kebutuhan yang unik tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. (Budiono Sumirah dan Budi Pertami, 2016).

Kebutuhan dasar manusia menurut virginia Henderson dalam 14 kategori:

1. Kebutuhan bernafas dengan normal
2. Kebutuhan mendapatkan makanan dan minuman secukupnya

3. Kebutuhan untuk menghilangkan limbah yang ada di dalam tubuh
4. Kebutuhan untuk bergerak dan mempertahankan postur tubuh
5. Kebutuhan untuk tidur dan istirahat
6. Kebutuhan sandang yang sesuai
7. Kebutuhan untuk mempertahankan suhu tubuh normal dengan menyesuaikan Pakaian dan ruangan atau lingkungan
8. Kebutuhan menjaga dan merawat tubuh serta lingkungan untuk tetap bersih
9. Kebutuhan untuk melindungi diri sendiri dari bahaya dan tidak juga membahayakan orang lain
10. Kebutuhan berkomunikasi dengan orang lain untuk mengekspresikan emosi,kebutuhan,ketakutan,maupun pendapat
11. Kebutuhan untuk menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinan
12. Kebutuhan untuk bermain atau berlibur dalam berbagai kegiatan rekreasi
13. Kebutuhan untuk mempelajari menemukan,maupun mendapatkan informasi yang berhubungan dengan perkembangan dan kesehatan yang baik.

C. Konsep Dasar Teori Penyakit Hipertermi

Menurut Kementerian Kesehatan (2022)

1. Definisi

Hipertermi adalah suatu bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranial, tanpa adanya gangguan elektrolit atau riwayat kejang dan tanpa demam sebelumnya

2. Etiologi

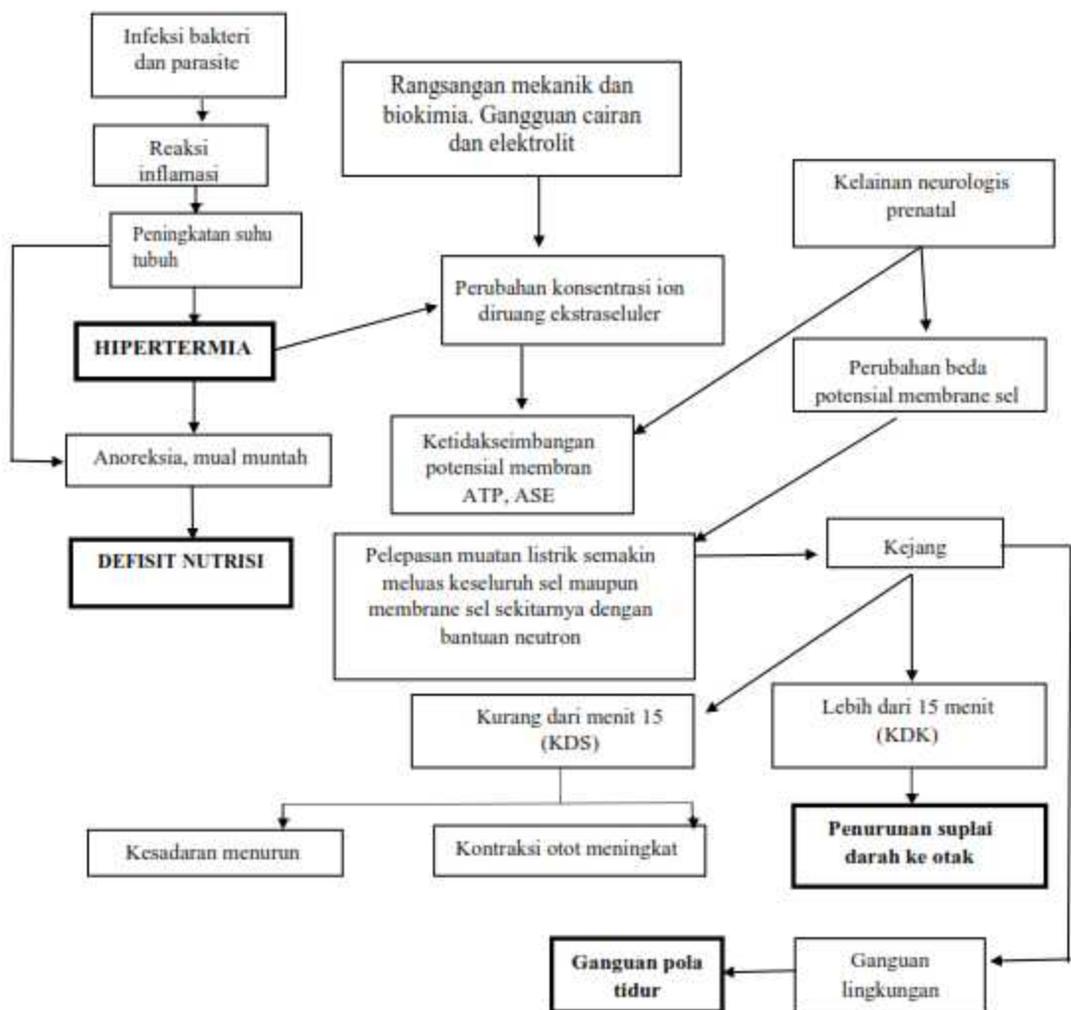
Hipertermi dapat terjadi bila suhu tubuh di atas 38°C dan suhu yang tinggi dapat menyebabkan serangan kejang. Namun, tidak semua anak memiliki respon yang sama. Setiap anak dengan hipertermi memiliki ambang kejang yang berbeda, ada yang 38°C sudah kejang, ada yang 40°C baru kejang.

3. Patofisiologi

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel tau organ otak diperlukan energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukose, sifat proses itu adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak. Berdasarkan hal diatas bahwa energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi, dan dipecah menjadi karbon dioksidasi dan air. Sel dikelilingi oleh membran sel yang terdiri dari permukaan dalam yaitu limford dan permukaan luar yaitu tonik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui oleh ion Na^+ dan elektrolit lainnya, kecuali ion clorida.

Akibatnya konsentrasi K^+ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na^+ rendah. Sedangkan didalam sel neuron terdapat keadaan sebaliknya,karena itu perbedaan jenis dan konsentrasi ion didalam dan diluar sel. Maka terdapat perbedaan membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na^+ , K^+ , ATP yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah dengan perubahan konsentrasi ion diruang extra selular, rangsangan yang datangny mendadak misalnya mekanis, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya. Perubahan dari patofisiologisnya membran sendiri karena penyakit/keturunan. Pada seorang anak sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibanding dengan orang dewasa 15 %. Dan karena itu pada anak tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dalam singkat terjadi dipusi di ion K^+ maupun ion Na^+ melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepasnya muatan listrik.

4. Pathways



Gambar 1 Penyakit Hipertermia

Sumber: (Muzayyanah et al., 2013)

5. Manifestasi Klinis

- a. Hipertermi mempunyai kejadian yang tinggi pada anak yaitu 34%
- b. Kejang biasanya singkat, berhenti sendiri, banyak dialami oleh anak laki-laki
- c. Kejang timbul dalam 24 jam setelah suhu badan naik diakibatkan infeksi disusunan saraf pusat seperti otitis media dan bronchitis
- d. Bangkitan kejang berbentuk tonik-klonik
- e. Takikardi: pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 kali permenit.

6. Klasifikasi Hipertermi

Klasifikasi hipertermi dibagi menjadi 2 yaitu:

- a. Hipertermi sederhana
Hipertermi yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk tonik dan klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam.
- b. Hipertermi kompleks
Kejang lama lebih dari 15 menit, kejang fokal atau persial, kejang berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam.

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Hipertermi:

- a. Penatalaksanaan keperawatan
 - 1) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation).
 - 2) Setelah ABC aman. Baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh ke arah danger.
 - 3) Kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa
 - 4) Singkarkan benda-benda yang ada di sekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya.
 - 5) Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
 - 6) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat
 - 7) Setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat
 - 8) Jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulitakan

dilepaskan

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Bila pasien datang dalam keadaan kejang obat utama adalah diazepam untuk membrantas kejang secepat mungkin yang diberi secara IV (*intravena*), IM (*Intra muskular*), dan rektal. Dosis sesuai BB: < 10 kg: 0,5,0,75 mg/kg BB dengan minimal dalam spuit 7,5 mg. > 20 kg: 0,5 mg/kg BB. Dosis rata-rata dipakai 0,3 mg/kg BB/kali dengan maksimal 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun,dan 10 mg pada anak yang lebih besar
- 2) Untuk mencegah edema otak, berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/ hari dan dibagi dalam 3 dosis atausebaiknya glukortikoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam
- 3) Setelah kejang teratasi dengan diazepam selama 45-60 menit disuntikan antipileptik dengan daya kerja lama misalnyafenobarbital, defenilhidation diberikan secara intramuskuler. Dosis awal neonatus 30 mg; umur satu bulan- satu tahun 50 mg, umur satu tahun keatas 75 mg.

D. Publikasi Terkalt Asuhan

No	Judul	Tahun	Penulis	Hasil
1	Penerapan kompres hangat untuk menurunkan demam	2022	Suci fitri rahayu	hasil pengkajian awal hari pertama Hipertermi terdapat suhu tubuh 38,2°C dengan katagori tingkat suhu tubuh demam, didapatkan dari tingkat suhu tubuh. Setelah melakukan pengkajian awal (observasi) terkait suhu tubuh pada pasien Hipertermi, dilakukan intervensi keperawatan dengan menggunakan kompres hangat di daerah aksila dan kedua lipatan paha. Teknik kompres hangat dilakukan untuk mengurangi demam diharapkan pasien tidak demam lagi.Tindakan ini dilakukan setiap hari selama 3 hari berturut-turun dengan waktu kurang lebih 15 menit. Setelah selesai melakukan intervensi keperawatan menggunakan teknik kompres hangat, dilakukan evaluasi setiap hari selama 3 hari untuk mengetahui penurunan demam pada pasien. Hasil evaluasi penurunan demam (kompres hangat) subyek sesudah dilakukan intervensi keperawatan dengan kompres hangat Hasil penelitian tentang kompres hangat untuk menurunkan demam pada

				<p>pasien Hipertermi, diperoleh hasil adanya penurunan suhu tubuh setelah dilakukan kompres hangat di daerah aksila dan kedua lipatan paha. Pada subjek, hari pertama pengkajian didapatkan hasil suhu tubuh 38,2°C (demam). setelah dilakukan tindakan kompres hangat sampai hari ke-3</p>
2	Pengaruh kompres hangat pada suhu tubuh anak	2021	Arlah may syara	<p>Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian kompres hangat dapat melancarkan sirkulasi darah dan membuka pori-pori kulit sehingga memberikan kesempatan panas keluar dari tubuh sehingga akan terjadi penurunan suhu tubuh pada anak dengan penyakit Hipertermi. Pemberian kompres hangat mempunyai hubungan yang positif dengan peningkatan suhu tubuh yaitu jika pemberian kompres hangat sering dilakukan maka dapat membantu dalam menurunkan suhu tubuh. Penelitian ini dengan teori yang di tulis oleh Lee (2019), yang mengemukakan bahwa pemberian kompres hangat pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui sum sum tulang belakang. Ketika reseptor yang peka terhadap panas di hipotalamus di rangsang, system efektor mengeluarkan sinyal yang memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer. Perubahan ukuran pembuluh darah di atur oleh pusat vasomotor pada medulla oblongata dari tungkai otak, di bawah pengaruh hipotalamik bagian anterior sehingga terjadi vasodilatasi. Terjadinya vasodilatasi ini menyebabkan penguapan/kehilangan energy/panas melalui kulit meningkat (berkeringat), dan akan terjadi penurunan suhu tubuh sehingga mencapai keadaan normal kembali.</p>
3	Intervensi kompres hangat	2022	Dandan forestha	<p>Pada hari selasa 02 januari 2024 ibu mengatakan An.N demam 2 hari, badan teraba hangat. Penulis memberikan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh, setelah di berikan teknik Kompres Hangat 3 kali selama 2 hari demam pada klien dapat menurun, dimana di hari pertama suhu 38,2°C hingga pada hari Kamis 04 januari 2024 menurun menjadi 36,5°C.</p>

4	Gambaran asuhan keperawatan pada klien yang mengalami hipotermi	2022	Andi saputra	<p>hasil pemeriksaan fisik pada kasus An.N ditemukan pada perubahan data periksaan fisik diantaranya adalah peningkatan suhu tubuh 38.8°C dengan kondisi kejang dan penurunan kesadaran disertai dengan turgor kulit yang kurang baik, membran mukosa pada bibir tampak kering pemeriksaan fisik yang ditemui pada kasus pada An.N yaitu Hipotermi hal ini sesuai dengan proses penyakit yang terjadi. Adanya peningkatan suhu pada An.N yang diakibatkan oleh hipotermia yang terjadi karena peningkatan suhu tubuh terjadi akibat ketidakseimbangan kebutuhan dasar manusia ditandai dengan kulit terasa hangat, turgor kulit kurang baik dan membran mukosa kering. Dari uraian hasil pemeriksaan penunjang dari hari ke hari yang dilakukan pada pasien An.N yang mengalami Hipotermi memberikan gambaran adanya peningkatan nilai trombosit. Hal ini menunjukkan adanya perbaikan atau kemajuan, yang artinya nilai trombosit yang berada dalam rentang normal akan menghindari terjadinya komposmetis, keadaan umum: baik, Tanda- tanda vital:, Respirasi: 32 kali per menit, Suhu: 38,2°C, Nadi: 144 kali per menit. Dari data tersebut ditemukan masalah defisit nutrisi berhubungan dengan anoreksia.</p>
---	---	------	--------------	--