

BAB 2

ANALISIS KASUS

Pada bab ini, akan dijabarkan mengenai kasus pasien kelolaan dar mulai pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas Pasien

Nama	: An. S	Nama Orangtua	: Tn.W
Umur	: 3 thn	Pendidikan	: SMA
Jenis kelamin	: L	Pekerjaan	: Swasta
Agama	: Islam	Alamat	: Sidoarjo
Pendidikan	: Belum Sekolah		
MRS Tanggal	: 27 Oktober 2022	pkl : 20.05	WIB
Yang merujuk	: Keluarga sendiri		
DX. Masuk	: DHF		
Tanggal pengkajian	: 28 Oktober 2022	pkl : 08.00	WIB

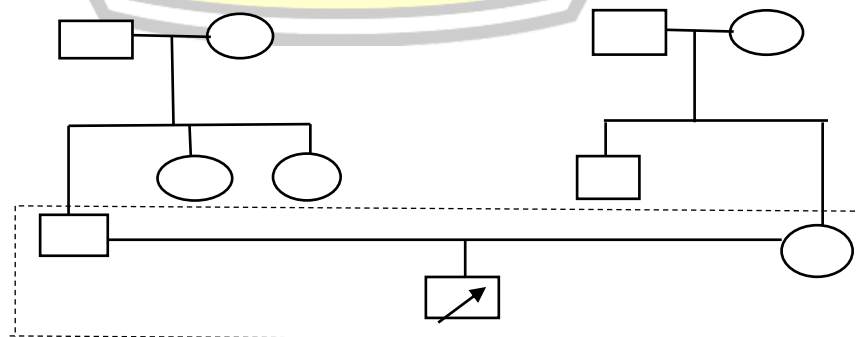
2.1.2 Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan utama
Demam
- b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang dengan ibunya ke IGD RSUD Anwar Medika pada tanggal 27-10-2023 jam 20.05 dengan keluhan demam naik turun sudah 3 hari. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 28-10-2023, An.S (3 tahun) saat dikaji Ibu pasien mengatakan anaknya demam naik turun sudah 4 hari, badannya lemas, kulit pasien mengalami kemerahan, akral teraba hangat, dan pasien tampak menggigil. Hasil pengukuran tanda vital didapatkan S: 37,9°C, N: 100x/mnt, RR: 24x/mnt.

- c. Riwayat perkembangan yg lalu

- a. Prenatal : Ibu pasien mengatakan An.S merupakan anak pertama, waktu hamil ibu rutin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada kelainan pada kehamilannya.
 - b. Natal : Ibu pasien mengatakan ia melahirkan An.S secara normal Ia melahirkan di Rumah Sakit kota Sidoarjo, pasien lahir pada usia kehamilan 37-38 minggu, presentasi bawah kepala, ketuban berwarna jernih, pasien menangis kuat, dengan berat 3200 gram dan PB 50 cm, tidak ada kelainan.
 - c. Postnatal : Ibu pasien mengatakan pada saat An.S lahir langsung menangis dan bergerak aktif, Anak tidak mengalami kelainan apapun setelah lahir, kondisi setelah lahir normal dan baik.
 - d. Imunisasi : Anak sudah mendapatkan 5 imunisasi dasar lengkap yaitu HepB, Polio, BCG, DPT, dan Campak
 - e. Pernahkah anak menderita penyakit seperti saat ini ?
 Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak pernah sakit seperti ini dan tidak pernah dirawat di RS.
 Upaya yang dilakukan : jika anak sakit membawanya ke bidan terdekat.
- d. Riwayat penyakit keluarga
 Keluarga mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang menurun seperti HT,DM,Asma,PJK.
- e. Genogram Keluarga



Keterangan :

- | | | | |
|---|-------------|-------|-------------------|
| □ | : Laki-laki | ----- | : Tinggal serumah |
| ○ | : Perempuan | ↗ | : Klien |
| — | : Menikah | | |

2.1.3 Kemampuan Fungsional

1. Pola persepsi kesehatan : Ibu pasien mengatakan An.S merasa lemas dan rewel

2. Pola Nutrisi- Metabolisme

ASI : 2 thn

Sejak kapan : sejak lahir

Diit Khusus : tidak ada diit khusus, dari rumah sakit diberikan diet TKTP (Tinggi Kalori Tinggi Protein)

Nafsu makan : Ibu pasien mengatakan anaknya tidak nafsu makan, klien makan 2-3 sendok saja setiap kali makan

Masalah dengan makanan : Ibu pasien mengatakan An.S tidak memiliki masalah dengan makanan, tidak memiliki alergi makanan tertentu,

Jumlah makanan yg dimakan : saat sakit hanya memakan ½ porsi saja

Cairan intravena : Infus D5 ½ Ns 1000 cc/24 jam

Masukan dan keluaran :

a. Masukan Infus : 1000 cc Minum air putih : 50 cc Makan ½ porsi

b. Keluaran: BAK : 1x (volume tidak terkaji karena anak tidak menggunakan kateter)

3. Pola Eliminasi

URI

- Kebiasaan (frekuensi, waktu dan jumlah) : Frekuensi 3 kali dalam sehari, dan jumlah normal (volume tidak dikaji), warna kuning pekat
- Masalah dgn berkemih (disuri, hematuri, nocturi, incontinenasia dll) : Anak tidak mengalami masalah berkemih

ALVI

- Kebiasaan (konstipasi, diare, dgn bantuan dan lain-lain) : An.S BAB 1x sehari, konsistensi lunak,berampas, berwarna kekuningan.

4. Pola Aktivitas / Latihan

Kemampuan Motorik (motorik kasar, motorik halus) : Kemampuan motorik kasar dan halus sesuai dengan usia

- PERNAPASAN

- Keluhan saat melakukan aktivitas : Tidak Ada Keluhan
- Riwayat penyakit pernafasan : Tidak Ada
- Riwayat penyakit paru dlm keluarga : Tidak Ada

- SIRKULASI

- Keluhan saat melakukan aktifitas : Tidak Ada Keluhan
- Riwayat penyakit jantung : Tidak Ada
- Riw. Peny. Jantung dlm klg : Tidak Ada
- Obat-obatan yang dipakai : Tidak ada

5. Pola tidur / istirahat : anak tidur 8-9 jam sehari, siang tidur 1-2 jam, sedangkan malam hari tidur sekitar 7-8 jam

6. Pola kognitif – perseptual

Pendengaran : normal, tidak ada gangguan, tidak tuli, tidak menggunakan alat bantu dengar

7. Persepsi diri / konsep diri : Ibu Pasien mengatakan An.S sering menangis dan rewel

8. Pola peran- hubungan

- a. Komunikasi: Sesuai dengan usia
- b. Bahasa sehari-hari : menggunakan bahasa Jawa
- c. Hubungan dengan orang lain: Pasien lebih nyaman ditemani ayah dan ibunya
- d. Dampak sakit terhadap diri: anak lemas dan tidak mau beraktivitas, hanya tidur saja di atas tempat tidur

9. Seksualitas / reproduksi: Pasien berjenis kelamin laki-laki. Tidak ada masalah pada sistem reproduksinya.

10. Koping / toleransi Stres

- a. Stressor pada tahun lalu : tidak ada
- b. Metode koping yang biasa digunakan : orang tua selalu mendampingi anak saat sakit
- c. Sistem pendukung : kedua orang tua sangat mendukung dan menyayangi klien
- d. Penggunaan alkohol dan obat resep dokter serta obat ilegal untuk mengatasi stres : Tidak ada
- e. Efek penyakit terhadap tingkat stres : anak tidak mengalami stress, anak hanya ingin cepat pulang

11. Nilai / Kepercayaan

Anak beragama Islam sesuai dengan agama yang dianut oleh orangtuanya.

2.1.4 Pemeriksaan Fisik

1) Pemeriksaan Umum

TTV: Nadi : 100 x/menit

Suhu : 37,9°C

RR : 24 x/menit

BB : 15 Kg

TB : 80 cm

Status Gizi : Normal

2) Head To Toe

1. Kepala dan leher

- Rambut : Rambut bersih
- Mata : Konjungtiva tidak anemis, Sklera putih, Pupil isokor
- Gigi dan mulut : Gigi seri atas dan bawah sudah gigi tetap, gigi lain masih gigi susu, tidak ada caries gigi
- Tumbuh gigi usia : 9 bulan
- Pembesaran kelenjar tiroid: tidak ditemukan

2. Dada

a) Pernafasan:

- Frekuensi nafas : 24 x/menit
- Kedalaman irama : normal =regular
- Bunyi pernafasan : vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan
- Penggunaan otot bantu nafas : tidak ada penarikan otot intercostae, tidak ada pernafasan cuping hidung
- Diameter anteroposterior dada : mengembang sempurna
- Batuk : tidakada
- Palpasi dada: Vocal fremitus datar
- Perkusi dada : sonor

b) Sirkulasi :

- Irama apical : regular 100 x/menit
- Warna kulit : kemerahan, hangat
- Kelainan bunyi jantung : tidak ditemukan, bunyi jantung terdengar reguler

c) Abdomen :

- Inspeksi : Tidak tampak pembesaran, warna kemerahan
- Palpasi : nyeri tekan epigastrium kanan, tidak ada acites, teraba hangat
- Perkusi : Suara timpani
- Auskultasi : Bising usus 20 x/menit

d) Genitalia:

- Scrotum/penis: tidak dikaji
- Anus : tidak dikaji

e) Ektremitas :

- Turgor kulit: baik
- Warna : kemerahan
- Akral : panas
- Varises : tidak ada

- Oedem : tidak ada
- Reflek lutut : baik (+/+)

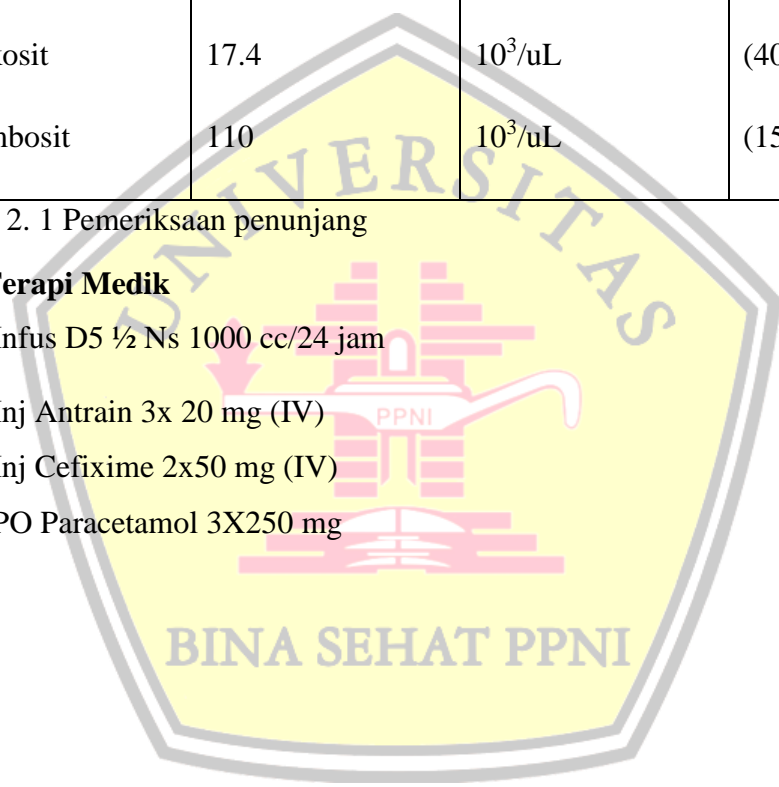
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Jenis pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai rujukan
Hemoglobin	13,5	g/dl	(12.0 – 18.0)
Hematokrit	42,1	%	(33.5 – 52.0)
Leukosit	17.4	$10^3/uL$	(40 – 100)
Trombosit	110	$10^3/uL$	(150 – 450)

Tabel 2. 1 Pemeriksaan penunjang

2.1.6 Terapi Medik

1. Infus D5 ½ Ns 1000 cc/24 jam
2. Inj Antrain 3x 20 mg (IV)
3. Inj Cefixime 2x50 mg (IV)
4. PO Paracetamol 3X250 mg



2.2 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam naik turun sejak 3 hari yang lalu DO : - TTV : S : 37,9°C N : 100x/mnt RR : 24x/mnt - Pasien tampak lemah - Pasien tampak menggigil - Warna kulit kemerahan - Mukosa bibir kering - Kulit teraba hangat - Leukosit $17.4 \cdot 10^3/uL$ - Trombosit $110 \cdot 10^3/uL$	Arbovirus (melalui nyamuk aedes aygepty) ↓ Beredar dalam aliran darah ↓ Infeksi virus dengue (viremia) ↓ Mengaktifkan sistem komplemen ↓ Membentuk dan melepaskan zat C3a, C5a ↓ PGE2 hipotalamus ↓ Peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	Hipertermia

Tabel 2. 2 Analisa data pasien utama

2.3 Diagnosa Keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal, S: 37,9°C (D.0130)

2.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan suhu tubuh tetap berada pada rentang normal dengan kriteria hasil : (L.14134)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Kulit merah menurun 	<p>Intervensi Utama : Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas) 2. Monitor suhu tubuh - Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan lingkungan yang dingin 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian 5. Berikan cairan oral 6. Lakukan pendinginan eksternal (<i>Tepid Water Sponge</i>) - Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan tirah baring - Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu <p>Intervensi Pendukung : Manajemen cairan (I.03098)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status hidrasi (mis, frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, kelembapan mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium - Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 3. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 4. Berikan asupan cairan, sesuai kebutuhan

Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan pasien utama

2.5 Implementasi Keperawatan

Diagnosa Kep	Implementasi		Implementasi		Implementasi		Paraf
	28 oktober 2022		29 oktober 2022		30 oktober 2022		
Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi virus (D.0130)	08.00	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil : Adanya invasi virus dengue.	14.00	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil : Adanya invasi virus dengue.	09.00	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil : Adanya invasi virus dengue.	
	08.05	2. Mengobservasi suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh 37,9°C, akral teraba hangat	14.05	2. Mengobservasi suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh 37,6°C, akral teraba hangat	09.10	2. Mengobservasi suhu tubuh Hasil : Suhu tubuh 37,5°C, akral teraba hangat	
	08.15	3. Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : suhu ruang 20°C	14.10	3. Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : suhu ruang 20°C	09.20	3. Menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : suhu ruang 20°C	
	08.25	4. Melonggarkan pakaian Hasil : pakaian pasien sudah dilonggarkan	14.30	4. Melonggarkan pakaian Hasil : pakaian pasien sudah dilonggarkan	09.30	4. Melonggarkan pakaian Hasil : pakaian pasien sudah dilonggarkan	
	08.45	5. Memberikan cairan oral Hasil : pasien mau minum air putih yang banyak	14.35	5. Memberikan cairan oral Hasil : pasien mau minum air putih yang banyak	09.45	5. Memberikan cairan oral Hasil : pasien mau minum air putih yang banyak	
	09.00	6. Melakukan pendinginan eksternal Hasil: melakukan tepid water sponge di ketiak dan leher, keluarga bersedia melakukan kembali bila suhu badan kembali naik, Suhu: 37,8°C	14.45	6. Melakukan pendinginan eksternal Hasil:melakukan tepid water sponge di ketiak dan leher, keluarga bersedia melakukan kembali bila suhu badan kembali naik, Suhu: 37,5°C	09.50	6. Melakukan pendinginan eksternal Hasil:melakukan tepid water sponge di ketiak dan leher, keluarga bersedia melakukan kembali bila suhu badan kembali naik, Suhu: 37,3°C	
	09.30	7. Menganjurkan tirah barih Hasil: Menganjurkan pasien istirahat yang cukup	14.50	7. Menganjurkan tirah barih Hasil: Menganjurkan pasien istirahat yang	09.55	7. Menganjurkan tirah barih Hasil: Menganjurkan pasien istirahat yang cukup	
	10.00	8. Melakukan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena		8. Melakukan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	10.00	8. Melakukan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	

		Hasil : Klien minum obat oral paracetamol 3x250 mg	15.00	cukup 8. Melakukan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena Hasil : Klien minum obat oral paracetamol 3x250 mg		Hasil : Klien minum obat oral paracetamol 3x250 mg	
--	--	--	-------	--	--	--	--

Tabel 2. 4Implementasi Keperawatan pasien utama



2.6 Evaluasi Keperawatan

NO	TGL / JAM	DIAGNOSA KEP	EVALUASI	TTD
1.	28 oktober 2022	Hipertermi b.d proses infeksi (D.0130)	<p>S : ibu pasien mengatakan demam</p> <p>O : TTV : S : 37,8°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit teraba hangat - Kulit tampak memerah - Bibir kering - Pasien tampak lemas - Leukosit 17.4 10³/uL - Trombosit 110 10³/uL <p>A : Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
2.	29 oktober 2022		<p>S : Ibu Pasien mengatakan anaknya demam mulai turun</p> <p>O : S : 37,6°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit teraba hangat - Kulit kemerahan membaik, - Mukosa bibir kering <p>A: Masalah hipertermia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	
3.	30 oktober 2022		<p>S : Ibu Pasien mengatakan badannya sudah tidak demam</p> <p>O : S : 37,3°C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit teraba dingin - Kemerahan pada kulit tidak terlihat - Mukosa bibir lembab dan Tidak pucat - Leukosit 65 10³/uL - Trombosit 170 10³/uL <p>A: Masalah hipertermia teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>	

Tabel 2. 5 Evaluasi Keperawatan pasien utama