

## **BAB 2**

### **TINJAUAN KASUS**

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

#### **2.1 Pengkajian Kasus**

##### **2.1.1 Identitas Pasien**

Pasien bernama An.B berusia 1 tahun berjenis kelamin laki-laki. An.B tinggal di Dusun Sugihwaras RT.05/RW.02 Ngoro, Mojokerto. An.B masuk ke RSUD Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto pada tanggal 30/10/2022 diantar oleh orang tua nya. Saat ini An.B dirawat diruang Kencono Wungu. Diagnosa medis An.B adalah Kejang Demam.

##### **2.1.2 Identitas Orang Tua**

Ibu pasien bernama Ny.K berusia 28 tahun berjenis kelamin perempuan. Ny.K tinggal di Dusun Sugihwaras RT.05/RW.02 Ngoro, Mojokerto. Riwayat pendidikan terakhir Ny.K adalah SMA. Ny. K merupakan seorang ibu rumah tangga.

Ayah pasien bernama Tn.E berusia 30 tahun berjenis kelamin laki-laki. Tn.E tinggal di Dusun Sugihwaras RT.05/RW.02 Ngoro, Mojokerto. Riwayat pendidikan terakhir Tn.E adalah SMA. Tn.E bekerja sebagai karyawan swasta.

##### **2.1.3 Riwayat Kesehatan**

###### **a) Keluhan Utama**

Ibu pasien mengatakan An.B mengalami demam.

###### **b) Riwayat Kesehatan Sekarang**

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30/10/2022, An.B (1 tahun) saat dikaji ibu pasien mengatakan An.B demam sejak 3 hari yang lalu, mengalami kejang dirumah 1 kali selama < 1 menit dan batuk pilek,

ketika An.B demam ibu pasien dirumah hanya memberikan obat paracetamol. Setelah itu orangtua An.B membawanya ke RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. Dari hasil pemeriksaan didapatkan badan pasien teraba hangat, pasien tampak lemah, tampak pucat dan mengigil, kesadaran compos mentis, HR : 101x/mnt, RR : 27x/mnt, Suhu : 38,5°C.

**c) Riwayat Kesehatan Masa Lalu**

Ibu pasien mengatakan An.B pernah mengalami kejang 4 bulan yang lalu.

**1) Prenatal**

Ibu pasien mengatakan An.B merupakan anak pertama, waktu hamil ibu rutin memeriksakan kehamilannya dan tidak ada kelainan pada kehamilannya.

**2) Natal**

Ibu pasien mengatakan ia melahirkan An.B secara spontan/normal. Ia melahirkan di Rumah Sakit kota Mojokerto, pasien lahir pada usia kehamilan 37-38 minggu, presentasi bawah kepala, ketuban berwarna jernih, pasien menangis kuat, berat badan An.B saat lahir 3200gr, tinggi 51cm, dan tidak ada kelainan.

**3) Postnatal**

Ibu pasien mengatakan pada saat An.B lahir langsung menangis.

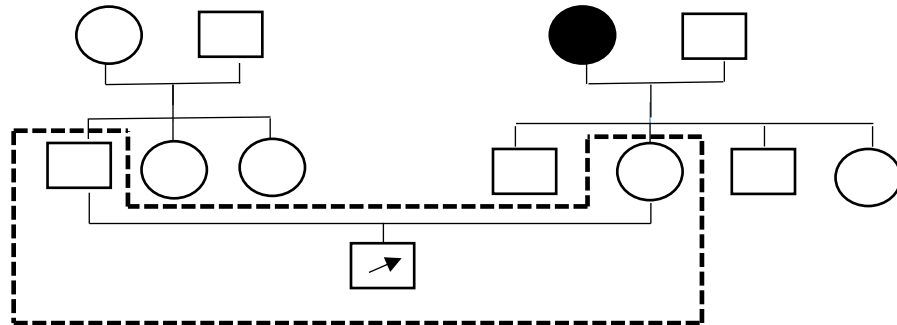
**4) Imunisasi**

Ibu pasien mengatakan An.B sudah mendapatkan imunisasi lengkap.

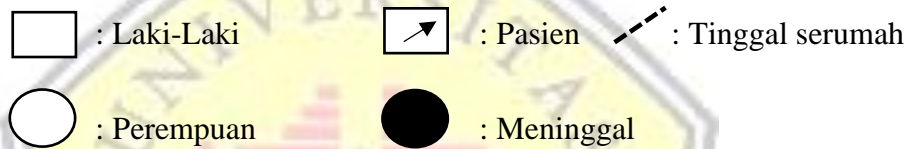
**d) Riwayat Kesehatan Keluarga**

Ibu pasien mengatakan di keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit seperti kejang, DM, hipertensi, hepatitis, dll.

## e) Genogram Keluarga



## Keterangan :



## 2.1.4 Kemampuan Fungsional

**Tabel 2. 1 Kemampuan Fungsional Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

No.	Kemampuan Fungsional	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Pola Persepsi Kesehatan	Ibu pasien mengatakan An. B selalu bersemangat	Ibu pasien mengatakan An.B merasa lemas dan rewel
2.	Pola Nutrisi-Metabolisme	Ibu pasien mengatakan pasien makan 3x sehari dengan porsi sedang, dan menu nasi, daging, sayur. Pasien juga masih menyusui dengan ibunya 3-4x dalam sehari.	Ibu pasien mengatakan semenjak sakit pasien hanya mau makan 2-3 sendok saja dan pasien jarang menyusui hanya 2x sehari, pasien makan lunak yaitu nasi lembek dan sayur.
3.	Pola Eliminasi	Ibu pasien mengatakan sebelum sakit An.B BAB 1x sehari, konsistensi lunak, berwarna kekuningan dan pasien BAK 3-4x sehari	Ibu pasien mengatakan saat sakit An.B BAB 1x sehari, konsistensi lunak, berampas, berwarna kekuningan dan pasien BAK 3x sehari

4.	Pola Aktivitas/Latihan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan motorik halus : An. B mampu menggenggam benda yang ada ditangannya</li> <li>2. Kemampuan motorik kasar : An. B mampu duduk dan bergerak sendiri</li> <li>3. Pernafasan : tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak ada riwayat penyakit pernapasan</li> <li>4. Sirkulasi : keluhan saat beraktivitas terbatas karena terpasang infus, tidak ada riwayat penyakit jantung</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan motorik halus : An. B mampu menggenggam benda yang ada ditangannya</li> <li>2. Kemampuan motorik kasar : An. B mampu duduk dan bergerak sendiri</li> <li>3. Pernafasan : tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak ada riwayat penyakit pernapasan</li> <li>4. Sirkulasi : keluhan saat beraktivitas terbatas karena terpasang infus, tidak ada riwayat penyakit jantung</li> </ol>
5.	Pola Tidur/Istirahat	Ibu pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidur siang sekitar pukul 12.00- 14.00 dan tidur malam pukul 20.00 – 06.00	Ibu pasien mengatakan saat sakit pasien tidur siang sekitar pukul 14.00- 15.00 dan tidur malam pukul 21.00 – 05.00 dan sering terbangun
6.	Pola Kognitif-Perseptual	Ibu pasien mengatakan pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, pasien bisa mengecap makanan dengan baik	Ibu pasien mengatakan pasien dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, pasien bisa mengecap makanan dengan baik
7.	Persepsi diri/Konsep diri	ibu pasien mengatakan An.B sangat bersemangat	ibu pasien mengatakan An.B sering menangis dan rewel
8.	Pola Peran-Hubungan	Ibu pasien mengatakan pasien mampu berkomunikasi dengan kata-kata sederhana. Hubungan pasien dengan orangtua dan keluarga sangat baik	Pasien lebih nyaman ditemani oleh ayah dan ibunya
9.	Seksualitas/Reproduksi	Pasien berjenis kelamin laki-laki. Tidak ada masalah pada sistem reproduksi	Pasien berjenis kelamin laki-laki. Tidak ada masalah pada sistem reproduksi
10.	Koping/Toleransi Stres	Sistem pendukung : dari kedua orang tua	Sistem pendukung : dari kedua orang tua

11.	Nilai/Kepercayaan	Agama : islam Kegiatan keagamaan dan budaya : tidak ada	Agama : islam Kegiatan keagamaan dan budaya : tidak ada
-----	-------------------	--	--

## 2.1.5 Pemeriksaan Fisik

### 1. Pemeriksaan Umum

**Keadaan Umum** : Compos mentis

#### Tanda-Tanda Vital

Nadi : 101 x/mnt

Suhu : 38.5 °C

RR : 27 x/mnt

Tensi : -

Berat Badan : 9 kg

Tinggi Badan : 72 cm

Status Gizi : Gizi baik

### 2. Head To Toe

#### 1. Kepala dan wajah

Bentuk simetris, kulit kepala bersih, tidak adanya kelainan

#### 2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bendungan vena jugularis, pergerakan leher baik

#### 3. Mata

Bentuk bola mata normal, pergerakan simetris, reflek pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

#### 4. Gigi dan mulut

Gigi bersih, tidak ada lubang pada gigi, daerah disekitar mulut bersih, mukosa bibir kering dan pucat, keadaan lidah bersih

#### 5. Telinga

Telinga bersih, pendengaran baik, bentuk telinga simetris

6. Hidung

Hidung nampak bersih, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak ada polip

7. Dada/pernafasan

Frekuensi nafas 24x/menit, bunyi pernafasan vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu nafas.

8. Kardiovaskuler

Irama apical sinus ritm 50x/menit, bunyi pernafasan vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu nafas

9. Abdomen

Inspeksi : tidak ada benjolan di abdomen, bentuk simetris

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi

Perkusi : tympani

Auskultasi : bising usus 12x/menit

10. Genetalia

Area sekitar genetalia bersih, tidak ada kelainan

11. Ekstermitas

Turgor kulit pucat, kulit teraba hangat, CRT < 2 detik, tidak ada gangguan gerak pada ekstermitas, warna kulit kemerahan karena demam, tidak ada oedem.

### 2.1.6 Terapi Farmakologi

- 1) Infus D5  $\frac{1}{2}$  NS 800cc/24 jam
- 2) Inj. Ceftriaxon 2 x 300 mg
- 3) Sanmol int 4 x 100 mg

### 2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

**Tabel 2. 2 Pemeriksaan Penunjang Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Hematologi lengkap</b>			
Leukosit	15.03	10 <sup>3</sup> /uL	5.00 - 15.50
Hemoglobin	11.4	g/dL	10.8 - 12.83
Eritrosit	3.90	10 <sup>6</sup> /uL	3.60 - 5.20
Hemakrit	29.9	%	35.0 - 43.0
Trombosit	302	10 <sup>3</sup> /uL	217 - 497
MPV	6.5	fL	9.0 - 13.0
MCH	29.2	pg	23.0 - 31.0
MCHC	38.1	g/L	26.0 - 34.0
RDW-CV	17.6	%	11.5 - 14.5
RDW-SD	45.7	fL	37.0 - 54.0
<b>Hitung jenis</b>			
Eosinofil	0.2	%	1.0 - 5.0
Basofil	0.2	%	0 - 1
Neutrofil	54.6	%	17.0 - 60.0
Limfosit	39.3	%	20.0 - 70.0
Monosit	5.7	%	1.0 - 11.0
Jumlah eosinofil	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.40
Jumlah basofil	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 - 0.10
Jumlah neutrofil	8.20	10 <sup>3</sup> /uL	1.50 - 7.00
Jumlah limfosit	5.90	10 <sup>3</sup> /uL	1.00 - 3.70
Jumlah monosit	0.86	10 <sup>3</sup> /uL	0 - 0.7
Ratio N/L	1.39		<3.13

### 2.1.8 Analisa Data

**Tabel 2. 3 Analisa Data Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<b>Data Subyektif</b> 1) Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 3 hari yang lalu	Proses infeksi ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Pengaturan suhu tubuh terganggu	Hipertermi



	<p><b>Data Obyektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TTV Suhu : 38.5°C Nadi : 101 x/mnt RR : 27 x/mnt</li> <li>2) Pasien tampak lemah</li> <li>3) Pasien tampak menggigil</li> <li>4) Akral hangat</li> <li>5) Warna kulit kemerahan</li> <li>6) Bibir pucat</li> <li>7) Kejang 1x selama &lt; 1 menit</li> </ol>	<p>↓ Kenaikan suhu tubuh ↓ Hipertermi</p>	
--	--	---	--

### 2.1.9 Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

### 2.1.10 Rencana Asuhan Keperawatan

**Tabel 2. 4 Rencana Asuhan Keperawatan Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi
<p>Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit (SDKI, 2018)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termogulasi membaik (SLKI, 2018)</p> <p>Kriteri Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Suhu tubuh membaik/dalam batas normal</li> <li>6) Kejang menurun</li> <li>7) Takikardi menurun</li> </ol>	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, infeksi)</li> <li>2) Monitor suhu tubuh</li> <li>3) Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>5) Longgarkan atau anjurkan memakai pakaian tipis</li> <li>6) Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat)</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol>



### 2.1.11 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2. 5 Implementasi Keperawatan Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

Diagnosa	Tanggal	Jam	Implementasi	Paraf
Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	30 Oktober 2022	09.00	1) Mengidentifikasi penyebab hipertermia R/ Proses penyakit (Virus)	
		09.10	2) Memonitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh 38,5°C	
		09.20	3) Memonitor komplikasi akibat hipertermia R/ Pasien mengalami kejang demam 1x selama ->1 menit	
		09.30	4) Menyediakan lingkungan yang dingin R/ ruangan bersuhu 25°C	
		09.35	5) Melonggarkan/menganjurkan memakai pakaian tipis R/ Pasien memakai pakaian tipis	
		10.00	6) Melakukan pendinginan eksternal (memberikan kompres hangat) R/ Pasien kooperatif	
		11.00	7) Menganjurkan tirah baring R/ Pasien tidur dengan tenang di bed	
		11.05	8) Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu R/ Infus D5 ½ NS 800cc/24 jam, Inj. Ceftriaxon 2 x 300 mg, Sanmol int 4 x 100 mg	
	01 November 2022	15.00	2) Memonitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh 38,3°C	
		15.10	3) Memonitor komplikasi akibat hipertermia R/ Pasien tidak mengalami kejang	
		15.30	4) Menyediakan lingkungan yang dingin R/ ruangan bersuhu 25°C	
		15.45	5) Melonggarkan atau menganjurkan memakai pakaian tipis R/ Pasien memakai pakaian tipis	
		16.00	6) Melakukan pendinginan eksternal (memberikan kompres hangat) R/ Pasien kooperatif	

02 November 2022	16.03	7) Menganjurkan tirah baring R/ Pasien tidur dengan tenang di bed
	17.00	8) Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu R/ Infus D5 ½ NS 800cc/24 jam, Inj. Ceftriaxon 2 x 300 mg, Sanmol int 4 x 100 mg
	15.00	2) Memonitor suhu tubuh R/ Suhu tubuh 37,5°C
	15.03	3) Memonitor komplikasi akibat hipertermia R/ Pasien tidak mengalami kejang
	15.15	4) Menyediakan lingkungan yang dingin R/ ruangan bersuhu 25°C
	15.50	5) Melonggarkan atau menganjurkan memakai pakaian tipis R/ Pasien memakai pakaian tipis
	15.55	6) Melakukan pendinginan eksternal (memberikan kompres hangat) R/ Pasien kooperatif
	16.50	7) Menganjurkan tirah baring R/ Pasien tidur dengan tenang di bed
17.00	8) Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu R/ Infus D5 ½ NS 800cc/24 jam, Inj. Ceftriaxon 2 x 300 mg, Sanmol int 4 x 100 mg	

### 2.1.12 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 2. 6 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Kejang Demam Dengan Hipertermia Di RSUD dr. Wahidin Mojokerto**

No	Tanggal	Evaluasi	Paraf
1.	30 Oktober 2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya demam            O : Suhu : 38,5°C, Pasien tampak lemah, Pasien tampak menggigil, Akral hangat, Warna kulit kemerahan, Bibir pucat            A : Masalah belum teratasi            P : Intervensi 2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan</p>	
2.	01 November 2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam            O : Suhu : 38,3°C, Pasien tampak lemah, Pasien tampak menggigil, Akral hangat, Warna kulit kemerahan menurun            A : Masalah belum teratasi            P : Intervensi 2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan</p>	
3.	02 November 2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan demam turun            O : Suhu : 36,8°C, Pasien tampak sedikit bersemangat, Akral dingin, tidak menggigil, warna kulit tidak kemerahan            A : Masalah teratasi            P : Intervensi dihentikan</p>	