

BAB 2

GAMBARAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan yang dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan sejak 17 - 22 oktober 2022.

2.1 Pengkajian

An. A berusia 3 tahun berjenis kelamin Laki - laki agama islam An. A masuk melalui IGD RSUD Basoeni pada hari rabu tanggal 17 Oktober 2022 pukul 07.00 WIB, ibu pasien mengatakan An. A demam sejak 5 hari yang lalu, disertai pusing sejak 2 hari yang lalu, saat masuk IGD suhu tubuh 38,5°C. Pada tanggal 17 Oktober 2022 pukul 13.00 WIB pasien dipindah diruang perawatan 1.

An.A merupakan anak kedua dari dua bersaudara, pendidikan orang tua SLTA, pekerjaan wiraswasta alamat ngares lor gedeg mjokerto, riwayat perkembangan yang lalu (yang berhubungan dengan penyakit sekarang) Prenatal Ibu pasien rutin melakukan pemeriksaan kehamilan setiap bulannya di RS Gatoel, Ibu pasien tidak mengkonsumsi obat - obatan lain selama kehamilan, Ibu pasien saat hamil sama seperti ibu hamil pada umumnya seperti mengalami morning sickness pada saat hamil. Ibu pasien melahirkan pasien secara SC di RS Gatoel dengan BB : 12 kg dan TB: 80 cm, usia kehamilan saat lahir 9 bulan 7 hari, dengan BB: 3,2 kg PB: 52 cm. Postnatal keadaan ibu saat pasca melahirkan tidak mengalami pendarahan dan tidak ada kecacatan pada saat anak dilahirkan. Imunisasi lengkap ibu pasien mengatakan pasien tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga yang menular dan riwayat penyakit keturunan seperti DM, dan Hipertensi .

Kemampuan fungsional, pola nutrisi metabolisme pasien minum asi sejak lahir hingga 2 tahun, nafsu makan berkurang sejak sakit hanya habis 4 sendok, jumlah makanan yang dimakan seperempat porsi, cairan intra vena infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam. Pola eliminasi kebiasaan urin frekuensi 1–2 kali sehari 100 cc/ 5 jam, tidak ada masalah pada saluran berkemih. Pola alvi kebiasaan selama

sakit belum BAB sama sekali. Pola aktivitas latihan kemampuan motori pada saat sehat orang tua pasien mengatakan pasien hanya bermain HP dan pada saat sakit pasien hanya tertidur dan menangis, pernafasan tidak ada gangguan, sirkulasi juga tidak ada gangguan, pola tidur/ istirahat pada malam hari tidur 8 jam dan pada siang hari tidur 5 jam, pola kognitif perseptual pendengaran baik, persepsi diri/ konsep diri pasien merasa kurang mampu melakukan aktivitas karena keadaan tubuhnya lemah, pasien ingin segera pulang kerumah, pola peran hubungan komunikasi sesuai dengan usia, bahasa sehari hari bahasa jawa dan bahasa indonesia, hubungan dengan orang lain baik, masalah seksual /reproduksi tidak ada masalah. Koping / toleransi stres metode koping yang biasa digunakan melihat youtube di Hp, sistem pendukung orang tua. Nilai kepercayaan menggambarkan sistem spiritual, nilai dan kepercayaan agama pasien seorang muslim, kegiatan keagamaan mengaji.

Pemeriksaan fisik, keadaan umum cukup, kesadaran composmentis, tanda tanda vital S: 38,5°C, N : 120 x/m, SPO2 : 99%, RR : 26 x/m. Integument/kulit kulit bersih, turgo kulit baik, warna kulit sawo matang, tidak ada edema, kulit terasa hangat, turgo kulit < 3 detik. Kepala rambut bersih, tidak ada lesi, tidak ada benjolan. Wajah tidak pucat, tidak ada benjolan. Mata konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, pupil isihokor. Hidung simetris, tidak ada serumen, tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada nyeri tekan. Mulut kondisi gigi dan mulut mulut bersih, lida bersih, gigi tidak ada yang berlubang, mukosa bibir pucat tumbuh gigi usia 0–10 bln. Telinga simetri ka/ki, pendengaran baik, tidak ada lesi dan tidak ada nyeri tekan. Leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada nyeri tekan. Dada/thorak Paru paru bentuk dada simetri, tidak retraksi dada, RR : 26x/m, tidak teraba pembengkakan, perkusi sonor, auskultasi suara nafas vesikuler. Jantung ictus cordis tidak tampak, palpasi ictus cordis teraba, perkusi pekak, auskultasi S1 dan S2 tunggal. Payudara tidak dikaji. Abdomen simetris, tidak ada kemerahan dan benjolan, auskultasi bising usus terdengar 10 × mnt, perkusi timpani, palpasi tidak ada nyeri tekan. Ekstrimitas atas terpasang infus D5 ½ Ns ditangan kanan dan tidak ada edema, ekstimitas bawah tidak ada nyeri tekan, kekuatan otot normal. Genetalia tidak ada gangguan. Anus tidak ada gangguan.

Pemeriksaan penunjang WBC : $17.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, PLT : $120 \times 10^3/\mu\text{L}$. Dengan terapi Infus D5 $\frac{1}{2}$ Ns 1000 cc/24 jam, Injeksi antrain 3×20 mg, sanmol pulv 300 mg, cefexime 2×50 mg. Dengan data subjektif ibu pasien mengatakan demam 5 hari, dengan data objektif kulit merah, akral hangat, kulit teraba panas.

2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada An. A yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan suhu tubuh diatas nilai normal

2.3 Rencana Tindak Lanjut

Perencanaan keperawatan dengan diagnosa keperawatan hipertermi. Tujuan tindakan keperawatan setelah dilakukan selama 3×24 jam diharapkan hipertermi menurun dengan kriteria hasil menggigil menurun, kulit merah menurun, suhu tubuh membaik, turgo kulit membaik.

Rencana tindakan keperawatan pasien hipertermi meliputi tindakan observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi seperti tindakan mengidentifikasi penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi terhadap hipertermi, sediakan lingkungan nyaman, longgarkan atau lepas pakaian, berikan cairan oral, lakukan kompres hangat pada permukaan tubuh, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan pemberian terapi obat.

Peneliti juga menambahkan intervensi pendukung yaitu manajemen cairan observasi 1) monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik. Terapeutik 2) membatasi jumlah pengunjung. Edukasi 3) mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar. 4) menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi. 5) menganjurkan meningkatkan asupan cairan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

2.4 Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan dilakukan selama 3 hari. Implementasi yang telah dilakukan pada pasien harus sesuai dengan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat. Implementasi dilakukan mulai tanggal 17 Oktober 2022 – 19 Oktober 2022. Dengan tindakan keperawatan yang pertama yaitu memonitor suhu tubuh pasien $38,5^\circ\text{C}$, yang kedua yaitu memonitor komplikasi akibat hipertermi An. A tidak terjadi kejang selama dirawat diruang perawatan 1, yang ketiga yaitu mengajukan pasien untuk banyak minum kurang lebih 1500cc/hari pasien mau minum yang banyak, yang ke empat yaitu menyediakan lingkungan yang nyaman pasien kooperatif, yang

ke lima yaitu anjurkan tirah baring pasien tirah baring dengan nyaman, yang ke enam yaitu melakukan kompres pada permukaan tubuh yaitu menggunakan kompres hangat dengan campuran bawang merah pasien kooperatif saat diberi kompres, setelah dilakukan pemberian kompres hangat dengan campuran bawang merah ibu pasien mengatakan demamnya sedikit turun ibu pasien mengatakan bersedia jika dilakukan kompres lagi, mengkolaborasikan pemberian cairan elektrolit intravena Infus D5 ½ Ns 1000 cc/24 jam, kolaborasi pemberian terapi yaitu sanmol pulv 300 mg, cefexim 2 × 50 mg, Injeksi Antrain 300 mg. Evaluasi hasil data subektif ibu pasien mengatakan An. A masih demam dan data objektif kulit merah, akral masih hangat, kulit teraba masih panas, suhu tubuh 38,5 °C, masalah hipertermi belum teratasi, implementasi dilanjutkan.

Implementasi hari kedua tanggal 18 Oktober 2022 dengan memonitor suhu tubuh pasien 38,0°C, yang kedua yaitu memonitor komplikasi akibat hipertermi An. A tidak terjadi kejang selama dirawat di ruang perawatan 1, yang ketiga yaitu mengajukan pasien untuk banyak minum kurang lebih 1500cc/hari pasien mau minum yang banyak, yang ke empat yaitu anjurkan tirah baring pasien tirah baring dengan nyaman, yang ke lima yaitu melakukan kompres pada permukaan tubuh yaitu menggunakan kompres hangat dengan campuran bawang merah pasien kooperatif saat diberi kompres, setelah dilakukan pemberian kompres hangat dengan campuran bawang merah ibu pasien mengatakan demamnya sedikit turun awalnya 38,5°C menjadi 38,0 °C dan ibu pasien mengatakan bersedia jika dilakukan kompres lagi, yang ke enam yaitu mengkolaborasikan pemberian cairan elektrolit intravena Infus D5 ½ Ns 1000 cc/24 jam, kolaborasi pemberian terapi yaitu sanmol pulv 300 mg, cefexim 2 × 50 mg, Injeksi Antrain 300 mg. Evaluasi hasil data subjektif ibu pasien mengatakan An. A masih demam dan data objektif kulit merah, akral masih hangat, kulit teraba masih panas, suhu tubuh 38,0°C, masalah hipertermi belum teratasi, Intervensi dilanjutkan.

Implementasi hari ketiga tanggal 19 Oktober 2022 dengan memonitor suhu tubuh pasien 37,5°C, yang kedua yaitu mengajukan pasien untuk banyak minum kurang lebih 1500cc/hari pasien mau minum yang banyak, yang ke tiga yaitu anjurka tirah baring pasien tirah baring dengan nyaman, yang ke empat yaitu

melakukan kompres pada permukaan tubuh yaitu menggunakan kompres hangat dengan campuran bawang merah pasien kooperatif saat diberi kompres, setelah dilakukan pemberian kompres hangat dengan campuran bawang merah ibu pasien mengatakan demamnya sedikit turun awalnya 38,0°C menjadi 37,5 °C dan ibu pasien mengatakan bersedia jika dilakukan kompres lagi, yang ke enam yaitu mengkolaborasikan pemberian cairan elektrolit intravena Infus D5 ½ Ns 1000 cc/24 jam, kolaborasi pemberian terapi yaitu sanmol pulv 300 mg, cefexim 2 × 50 mg, Injeksi Antrain 300 mg. Evaluasi hasil data subjektif ibu pasien mengatakan An. A sudah mulai turun demamnya dan data objektif kulit merah sudah membaik, akral sudah mulai turun, kulit teraba panas sudah mulai turun, suhu tubuh 37,5°C, masalah hipertermi teratasi, Intervensi dihentikan.

