

## 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.A berusia 4 tahun berjenis kelamin laki-laki. An.A tinggal di Desa Kradenan GG.1/26, Mojokerto. An.A masuk ke RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto pada tanggal 01/11/2022 diantar oleh orangtuanya. Saat ini An.A dirawat diruang Kencono Wungu. Diagnosa medis An.A adalah Demam *Typhoid*.

##### 2.1.2 Riwayat Kesehatan

###### A. Keluhan Utama

Ibu An.A (4 tahun) mengatakan anaknya mengalami demam sejak 6 hari yang lalu.

###### B. Riwayat Kesehatan Sekarang

Ibu klien mengatakan klien demam saat malam hari sejak 6 hari yang lalu, mengeluh mual tapi tidak muntah dan sudah dibawa ke puskesmas terdekat, mendapat obat tetapi tidak kunjung sembuh. Akhirnya pada tanggal 01 November 2022, klien dibawa ke IGD dan pada pukul 12.00 WIB klien dipindah ke ruang Kencono Wungu 5. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 01/11/2022 pukul 16.00, An.A mengatakan masih demam. Dari hasil pemeriksaan didapatkan kulit klien mengalami kemerahan dan akral teraba hangat. Hasil pengukuran tanda-tanda vital didapatkan peningkatan nadi 122x/menit, *Respiratory Rate* 23x/menit, SpO2 98%, suhu 38,2°C.

### C. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami demam *typhoid* sebelumnya.

#### 1) Prenatal

Ibu pasien mengatakan An.A merupakan anak kedua, waktu hamil ibu rutin memeriksakan kehamilannya

#### 2) Natal

Ibu pasien mengatakan ia melahirkan An.A 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.A saat lahir 2500gr, tinggi 50cm, dan tidak ada kelainan.

#### 3) Postnatal

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

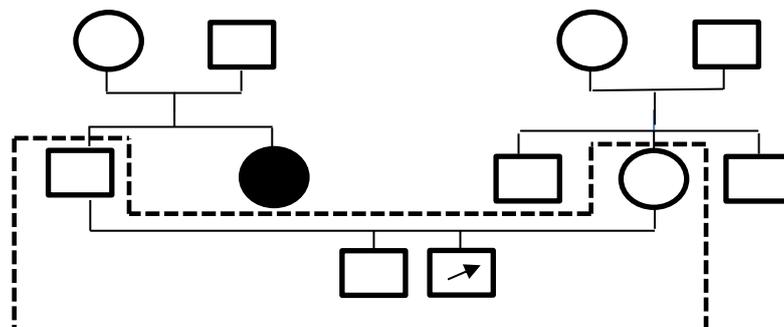
#### 4) Imunisasi

Ibu pasien mengatakan An.A 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 :**

 : Laki-Laki

 : Pasien

 : Tinggal serumah

 : Perempuan

 : Meninggal

 : Keturunan

**2.1.3 Kemampuan Fungsional**

No.	Pola Fungsional	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1.	Pola Persepsi Kesehatan	Ibu klien mengatakan bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan jika sakit dibawa ke rumah sakit atau puskesmas	Ibu klien mengatakan bisa memanfaatkan fasilitas kesehatan jika sakit dibawa ke rumah sakit atau puskesmas
2.	Pola Nutrisi-Metabolisme	Ibu klien mengatakan An. A makan nasi 3x sehari dan 1 porsi selalu habis.	Ibu klien mengatakan An. A makan nasi TKTP 3x sehari dengan 1 porsi habis tetapi makan secara perlahan (sedikit tapi sering) dikarenakan anak merasa mual.
3.	Pola Eliminasi	URI : Ibu klien mengatakan bahwa anaknya BAK 3-4x dalam sehari dengan karakteristik jernih dan bau khas urine. Alvi : Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x dalam sehari dengan karakteristik lembek dan bau khas feses.	URI : Ibu klien mengatakan bahwa anaknya BAK 4-5x dalam sehari dengan karakteristik jernih dan bau khas urine. Alvi : Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x dalam sehari dengan karakteristik lembek dan bau khas feses (normal tidak ada perubahan).
4.	Pola Aktivitas/Latihan	1. Kemampuan motorik halus : An. A mampu menggenggam benda yang ada ditangannya 2. Kemampuan motorik kasar : An. A mampu duduk dan bergerak mandiri	1. Kemampuan motorik halus : An. A mampu menggenggam benda yang ada ditangannya 2. Kemampuan motorik kasar : An. A mampu duduk dan bergerak mandiri 3. Pernafasan : tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak ada

		3. Pernafasan : tidak ada keluhan saat beraktivitas, tidak ada riwayat penyakit pernapasan 4. Sirkulasi : Tidak ada riwayat penyakit jantung	riwayat penyakit pernapasan 4. Sirkulasi : keluhan saat beraktivitas terbatas karena terpasang infus, tidak ada riwayat penyakit jantung
5.	Pola Tidur/Istirahat	Ibu klien mengatakan anaknya tidur siang sekitar pukul 12.00-14.30 dan tidur malam pukul 21.00 – 05.00	Ibu klien mengatakan anaknya tidur siang sekitar pukul 13.00- 15.00 dan tidur malam pukul 22.00 – 05.00 dan sering terbangun
6.	Pola Kognitif-Perseptual	Ibu klien mengatakan anaknya dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.	Ibu klien mengatakan anaknya dapat melihat dengan normal dan bisa mendengarkan dengan jelas, tidak menggunakan alat bantu penglihatan dan pendengaran.
7.	Persepsi diri/Konsep diri	-	-
8.	Pola Peran-Hubungan	Ibu klien mengatakan anaknya mampu berkomunikasi dengan kata-kata sederhana, menggunakan bahasa daerah. Hubungan klien dengan orangtua, keluarga, dan teman sebaya sangat baik.	Ibu klien mengatakan senang jika ditemani oleh orang tuanya serta dijenguk oleh teman sebayanya.
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 dan kakaknya.	Sistem pendukung : dari kedua orang tua dan kakaknya.
11.	Nilai/Kepercayaan	Ibu klien mengatakan anaknya selalu sholat di musholla dan mengaji dengannya.	Ibu klien mengatakan anaknya belum melakukan ibadah sholat saat di rumah sakit.

**Tabel 2.2 Pola Fungsional Kesehatan Menurut Gordon**

#### 2.1.4 Pemeriksaan Fisik

##### A. Pemeriksaan Umum

**Keadaan Umum :** Compos mentis

##### **Tanda-Tanda Vital**

Nadi : 122 x/mnt

Suhu : 38.2 C

RR : 23 x/mnt  
SPO : 98%  
Tensi : -  
Berat Badan : 18 kg  
Tinggi Badan : 98 cm  
Lingkar Lengan : -  
Status Gizi : Gizi baik  
Akral teraba hangat

## B. Head To Toe

### 1. Kepala dan wajah

Bentuk simetris, kulit kepala bersih, tidak adanya kelainan, rambut hitam dan bersih.

### 2. Leher

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

### 3. Mata

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

### 4. Gigi dan mulut

Gigi berlubang, daerah disekitar mulut bersih, mukosa bibir kering dan pucat, keadaan lidah bersih.

### 5. Telinga

Telinga bersih, pendengaran baik, bentuk telinga simetris, tidak ada alat bantu pendengaran.

### 6. Hidung

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

### 7. Dada/pernafasan

Frekuensi nafas 23x/menit, bunyi pernafasan vesikuler, tidak ada penggunaan otot bantu nafas, bunyi dada sonor.

## 8. Kardiovaskuler

Bentuk dada simetris, tidak ada nyeri tekan, suara reguler, S1 S2 tunggal.

## 9. Abdomen

Inspeksi : Tidak ada pembesaran hepar, bentuk simetris

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi

Perkusi : Suara tympani

Auskultasi : Bising usus 15x/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.

**2.1.5 Terapi Farmakologi**

- 1) Infus D5 ½ NS 1200 cc/24 jam
- 2) Inj. Ceftriaxon 2 x 500 mg
- 3) Inj. Paracetamol 3 x 125 mg

**2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>			
<b>Hematologi lengkap</b>			
Leukosit	5.62	10 <sup>3</sup> /uL	4.50 - 13.50
Hemoglobin	11.6	g/dL	10.7 - 14.7
Eritrosit	4.35	10 <sup>6</sup> /uL	3.70 - 5.70
Hemakorit	31.9	%	31.0 - 43.0
Trombosit	187	10 <sup>3</sup> /uL	217 - 497
MPV	9.0	fL	9.0 - 13.0
MCH	26.7	pg	23.0 - 31.0
MCHC	36.4	g/L	32.0 - 36.0
RDW-CV	18.5	%	11.5 - 14.5
RDW-SD	41.8	fL	37.0 - 54.0
<b>Hitung jenis</b>			
Eosinofil	0.2	%	1.0 - 5.0
Basofil	0.6	%	0 - 1
Neutrofil	54.3	%	17.0 - 60.0
Limfosit	37.8	%	20.0 - 70.0

Monosit	7.1	%	1.0 – 11.0
Jumlah eosinofil	0.01	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 – 0.40
Jumlah basofil	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	0.00 – 0.10
Jumlah neutrofil	3.05	10 <sup>3</sup> /uL	1.50 – 7.00
Jumlah limfosit	2.13	10 <sup>3</sup> /uL	1.00 – 3.70
Jumlah monosit	0.40	10 <sup>3</sup> /uL	0 – 0.7
Ratio N/L	1.43		<3.13
Serologi			
Salmonella Tubex IGM	(4) Positif		Negatif

**Tabel 2.3 Pemeriksaan Penunjang**

## 2.2 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah
1.	<p><b>Data Subyektif</b></p> <p>1) Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 6 hari yang lalu terutama pada sore dan malam hari.</p> <p><b>Data Obyektif</b></p> <p>1) TTV Suhu : 38.2°C Nadi : 105 x/mnt RR : 23 x/mnt SPO : 98%</p> <p>2) Pasien tampak lemas 3) Akral hangat 4) Warna kulit kemerahan 5) Mukosa bibir kering 6) Salmonella tubex IGM positif</p>	<p>Salmonella typhi</p> <p>↓</p> <p>Lolos dari asam lambung</p> <p>↓</p> <p>Diserap oleh usus halus</p> <p>↓</p> <p>Inflamasi</p> <p>↓</p> <p>Pembuluh limfe</p> <p>↓</p> <p>Peredaran darah</p> <p>↓</p> <p>Masuk organ RES (Hati dan Limfa)</p> <p>↓</p> <p>Peredaran darah</p> <p>↓</p> <p>Endotoksin</p> <p>↓</p> <p>Terjadi kerusakan sel</p> <p>↓</p> <p>Pelepasan zat pirogen oleh leukosit</p> <p>↓</p> <p>Mempengaruhi pusat termoregulasi</p> <p>↓</p> <p>Hipertermia</p>	Hipertermia

**Tabel 2.4 Analisa Data**

## 2.3 Diagnosa Keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

## 2.4 Rencana Asuhan Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan/Kriteria Hasil	Intervensi
Hipertermia (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan	Manajemen Hipertermia

berhubungan dengan proses penyakit.	keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan Kriteri Hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Kulit merah menurun 4. Takikardi menurun	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas)</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 pakaian</li> <li>6) Lakukan pendinginan eksternal (<i>Tepid sponge bath</i>)</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>
-------------------------------------	--	---

Tabel 2.5 Intervensi Keperawatan

## 2.5 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
1.	01-11-2022	16.00  16.10  16.12  16.15  16.18  16.20  17.35  17.40	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia R/: Adanya bakteri salmonella yang menyerang tubuh</li> <li>2. Monitoring suhu tubuh R/: S = 38,2<sup>0</sup>C</li> <li>3. Memonitoring komplikasi akibat hipertermia R/: N = 122x/mnt</li> <li>4. Menyediakan lingkungan yang dingin R/: Menyalakan AC ruangan rawat inap sesuai kebutuhan klien</li> <li>5. Melonggarkan pakaian klien R/: Keluarga klien dan klien kooperatif</li> <li>6. Melakukan pendinginan eksternal dengan cara <i>tepid sponge bath</i> R/: Keluarga klien memperhatikan cara penerapan <i>tepid sponge bath</i> dan klien kooperatif saat diberikan terapi <i>tepid sponge bath</i>.</li> <li>7. Menganjurkan pasien untuk tirah baring R/: px kooperatif Kolaborasi</li> <li>8. Berkolaborasi pemberian dosis terapi R/:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infus D5 ½ NS 1200 cc/24 jam</li> <li>- Inj. Ceftriaxon 2 x 500 mg</li> <li>- Inj. Paracetamol 3 x 125 mg</li> </ul> </li> </ol>	

2.	02-11-2022	15.30  15.35  15.40  15.45  16.00  16.05	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring suhu tubuh R/: S = 37.9<sup>o</sup>C</li> <li>2. Memonitoring komplikasi akibat hipertermia R/: N = 120x/mnt</li> <li>3. Melonggarkan pakaian klien R/: Keluarga klien dan klien kooperatif</li> <li>4. Melakukan pendinginan eksternal dengan cara <i>tepid sponge bath</i> R/: Keluarga klien memperhatikan cara penerapan <i>tepid sponge bath</i> dan klien kooperatif saat diberikan terapi <i>tepid sponge bath</i>.</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk tirah baring R/: px kooperatif Kolaborasi</li> <li>6. Berkolaborasi pemberian dosis terapi R/: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infus D5 ½ NS 1200 cc/24 jam</li> <li>- Inj. Ceftriaxon 2 x 500 mg</li> <li>- Inj. Paracetamol 3 x 125 mg</li> </ul> </li> </ol>	
3.	03-11-2022	15.30  15.35  15.40  15.45  16.00  16.05	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoring suhu tubuh R/: S = 37.2<sup>o</sup>C</li> <li>2. Memonitoring komplikasi akibat hipertermia R/: N = 113x/mnt</li> <li>3. Melonggarkan pakaian klien R/: Keluarga klien dan klien kooperatif</li> <li>4. Melakukan pendinginan eksternal dengan cara <i>tepid sponge bath</i> R/: Keluarga klien memperhatikan cara penerapan <i>tepid sponge bath</i> dan klien kooperatif saat diberikan terapi <i>tepid sponge bath</i>.</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk tirah baring R/: px kooperatif Kolaborasi</li> <li>6. Berkolaborasi pemberian dosis terapi R/: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infus D5 ½ NS 1200 cc/24 jam</li> <li>- Inj. Ceftriaxon 2 x 500 mg</li> <li>- Inj. Paracetamol 3 x 125 mg</li> </ul> </li> </ol>	

**Tabel 2.6 Implementasi Keperawatan**

## 2.6 Evaluasi Keperawatan

No.	Tanggal/Jam	S-O-A-P	Paraf
1	01-11-2022 19.45	<p>S : Keluarga klien mengeluh demam pada malam hari</p> <p>O : Akral tubuh klien teraba hangat, kulit tampak kemerahan, mukosa bibir kering dan pucat</p> <p>Monitoring TTV, N : 119x/mnt, RR 23x/menit, SpO2 98%, Suhu 37.9°C</p> <p>A : Masalah keperawatan hipertermia belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,5,6,7,8</p>	
2	02-11-2022 19.30	<p>S : Keluarga klien masih mengeluh demam pada malam hari mulai menurun</p> <p>O : Akral tubuh klien teraba hangat, kemerahan pada kulit mulai membaik, mukosa bibir kering dan pucat</p> <p>Monitoring TTV, N : 113x/mnt, RR 23x/menit, SpO2 98%, Suhu 37.5°C</p> <p>A : Masalah keperawatan hipertermia teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,5,6,7,8</p>	
3	03-11-2022 19.30	<p>S : Keluarga klien mengatakan anaknya sudah tidak demam</p> <p>O : Akral tubuh klien teraba hangat mulai membaik, kemerahan pada kulit tidak terlihat, mukosa bibir lembab</p> <p>Monitoring TTV, N : 100x/mnt, RR 22x/menit, SpO2 98%, Suhu 36.7°C</p> <p>A : Masalah keperawatan hipertermia teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan</p>	

**Tabel 2.7 Evaluasi Keperawatan**