

BAB II

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

2.1 Pengkajian

2.1.1 Identitas

1. Identitas Kien

Nama : An Nr
Umur : 5 Tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Pendidikan : Tk
No RM : 578xxx
Tanggal/jam MRS : 18 Oktober 2022/10.15
Tanggal/Jam Pengkajian : 19 Oktober 2022/07.30
Diagnosa Masuk : Febris Convulsi

2. Identitas Orang tua

Nama : Tn S
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Kemangsen balongbendo, sidoarjo

2.1.2 Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya demam tinggi

2.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien datang ke rumah sakit lalu mengatakan anaknya batuk pilek disertai demam sejak 2 hari yang lalu dan semakin panas tidak turun-turun. Ibu sudah memberikan obat paracetamol, namun tidak memberikan perubahan penurunan suhu tubuhnya hingga pasien kejang 1 kali dirumah dengan lama kejang sekitar 7 menit, lalu dibawa ke IGD. Saat di IGD pasien kejang kembali selama 2 kali selama 2 menit, saat diukur suhunya mencapai 39,4 C. Setelah itu pasien dipindahkan ke ruang rawat inap

2.1.4 Riwayat Kesehatan Dahulu

1. Riwayat Penyakit yang pernah diderita

Ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalami demam, flu, batuk.

2. Riwayat Operasi

Ibu pasien mengatakan An. Nr tidak pernah operasi sebelumnya

3. Riwayat Alergi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada alergi

4. Riwayat Imunisasi

Ibu pasien mengatakan An. Nr sudah mendapat imunisasi lengkap dan tepat waktu

2.1.5 Riwayat Perinatal

1. Prenatal

Ibu pasien mengatakan tidak ada gangguan pada saat hamil dan control kehamilan dilakukan secara rutin

2. Natal

Ibu pasien mengatakan riwayat persalinan dengan normal ditolong oleh bidan dipuskesmas dengan usia kehamilan 37-38 minggu. BBL 3500 gr dan PB 50 cm

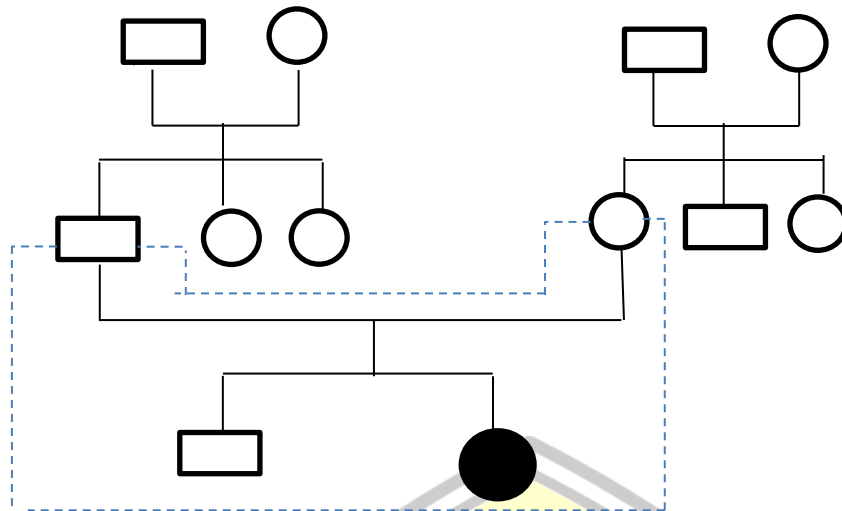
3. Post Natal

Ibu mengatakan ASI diberikan hingga 12 bulan dan diberi MPASI

2.1.6 Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga yang menurun dan tidak pernah mengalami penyakit ISPA

Genogram



Keterangan



: Laki-laki



: Perempuan



: Pasien



: Satu Rumah

2.1.7 Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

Ibu pasien mengatakan tingkat perkembangan anaknya sudah sesuai dengan umurnya dan tidak ada masalah keterlambatan perkembangan

2.1.8 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien menangis saat di RS

2. Pola Nutrisi-Metabolisme

Asi : Pasien diberikan usia 0-12 bulan

Dirumah :

Ibu mengatakan anaknya makan 3xsehari dengan porsi 1 entong dimakan habis dengan komposisi nasi, sayur dan ikan/daging.

Makanan kesukaan : Kentucky dan tidak ada alergi makanan

Di RS :

Ibu mengatakan anaknya hanya diberikan makanan yang disediakan oleh RS terkadang tidak habis hanya dimakan 2-3 sendok makan saja, sesekali nyemil makanan dan nafsu makan menurun.

Cairan Intravena : D5 ½

3. Pola Eliminasi

Saat dirumah :

URI

Ibu mengatakn pasien sehari 5x ke kamar mandi, pasien tidak ada masalah perkemihan

ALVI

Tidak ada masalah

Saat di RS :

URI

Ibu mengatkan pasien sehari 8x ke kamar mandi, pasien tidak ada masalah perkemihan

ALVI

Tidak ada masalah

4. Pola aktivitas/bermain

Ibu mengatakan anaknya bermain sesuai dengan usianya yaitu bermain dengan temanseparantannya baik dirumah maupun di lingkungan sekitarnya. Kebiasaan bermain An.Nr saat di RS berkurang karena tidak semangat dan terkadang nangis

5. Pola Istirahat Tidur

Sebelum masuk RS Ibu pasien mengatakan dalam 1 hari An. Nr tidur selama 8 jam dan sering tidur siang. Saat MRS Ibu pasien mengatakan dalam 1 hari An. Nr tidur selama 5-6 jam dan sering terbangun

6. Pola Kognitif-Perseptual

- **Kemampuan panca indra**
 - Penglihatan : Normal

- Pendengaran : Tidak terdapat masalah pendengaran, tidak terdapat nyeri, tidak menggunakan alat bantu pendengaran
- Penciuman :Normal
- Pemakaian alat bantu pendengaran dan penglihatan : pasien tidak menggunakan alat bantu pendengaran dan penglihatan
- Perubahan Memori : pasien tidak kehilangan perubahan memori saat sakit

7. Pola Konsep Diri

Pasien terlihat tampak cenderung bosan, lemas dan pucat dan merasa tidak nyaman berada di ruang perawatan dan kadang-kadang menagis. Ibu pasien mengatakan ingin anaknya segera sembuh dan dapat berkumpul di rumah lagi bersama keluarganya, karena ibu merasa khawatir dengan anaknya

8. Pola Peran Hubungan

Peran klien sebagai anak dan tugasnya hanya bermain

Komunikasi : Normal, sesuai dengan usianya

Hubungan dengan orang lain ataupun keluarga: baik, tidak ada masalah

Ibu klien mengatakan saat di rumah pasien dekat dengan ibunya.

Dampak Sakit terhadap diri : pasien sering merengek dan lemas

9. Pola Seksualitas/Reproduksi

Pasien adalah anak perempuan, pada saat BAK dibantu orang tua

10. Pola Mekanisme Koping

Keluarga sebagai sistem pendukung

11. Nilai/Kepercayaan

Agama islam, ibu pasien mengatakan yang sedang dialami oleh keluarganya ini merupakan ujian dari Allah, dan manusia hanya bisa berdoa dan berusaha untuk kesembuhan anaknya dengan berobat

2.1.9 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum

Ku : Lemas

TTV :

Nadi : 120x/menit

Suhu : 39,2°C
RR : 20x/menit
TD : 100/80mmHg

BB : 16 kg
TB : 105 cm

Status Gizi : Normal

2. Kepala dan Leher

Rambut : Bersih

Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih

Gigi dan mulut : Kondisi bersih, mukosa bibir kering

Pembesaran kelenjar tiroid : Tidak ada

3. Dada

- Pernafasan
Frekuensi nafas : 20x/menit
Bunyi pernafasan : tidak ada nafas tambahan
Penggunaan otot bantu nafas : tidak ada
Batuk : ada
- Sirkulasi
Irama Apical : 120x/menit
Warna Kulit : sawo matang, kemerahan
Kelainan bunyi jantung : tidak ada

4. Abdomen

Inspaksi : tidak ada lesi

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan

Perkusi : thympani

Auskultasi : bising usus 7x/menit

5. Ekstremitas

Turgor Kulit : Kering, terasa panas, CRT kurang dari 2 detik

Warna : pucat kemerahan

Varises : tidak ada

Oedem : tidak ada

Reflek lutut : reflek normal

2.10 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel.2.1 Pemeriksaan Laboratorium Pasien Hipertermi

Tanggal/Jam	Pemeriksaan Lab	Hasil Pemeriksaan Lab	Nilai Normal
18 Oktober 2022/12.00	Hemoglobin	13,3 g/dl	10,8-15,50
	Hematokrit	38,5 %	35,0-43,0
	Leukosit	21,9 10 ³ /uL	5,00-15,50
	Trombosit	281 10 ³ /uL	217-497

2.11 Terapi Medis

Inf D5 ½ NS 1000 cc/24 jam

Inj Santagesik 3 x 100 mg

Bufect Syr 3 x cth 1

Inj Ceftriaxone 2 x 500 mg

Ventolin 3 x 1/2 amp



2.2 Analisa Data

Tabel.2.2 Analisa Data Pasien Hipertermi

No	Data	Etiologi	Masalah
Klien 1			
1	<p>DS : Ibu pasien mengatakan An. Nr masih demam disertai batuk pilek</p> <p>DO : TTV :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu : 39,2°C • RR : 20x/menit • Nadi : 120x/menit • TD : 110/80 mmHg <p>Pemeriksaan Fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Turgor kulit kering • Akral Panas • Warna Kulit kemerahan • Pasien lemas dan kurang bersemangat • Mukosa bibir kering • Leukosit : 21,9 10³u/L 	<p>Proses Penyakit</p> <p>↓</p> <p>Mekanisme tubuh melakukan pelepasan zat</p> <p>↓</p> <p>Merangsang PGE di hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Hipertermi</p>	Hipertermi

2.3 Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan terjadinya proses infeksi ditandai dengan anak demam (suhu badan diatas normal 39,2°C), kulit kemerahan, akral panas, pasien lemas dan kurang semangat

2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel.2.3 Intervensi Keperawatan Pasien Hipertermi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	Hipertermi (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit	Setelah dilakukan`asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan termoregulasi (L.14134) membaik dengan Kriteria hasil : 1. Pucat menurun (5) 2. Kulit merah menurun(5) 3. Meninggil menurun (5) 4. Suhu tubuh membaik (5) 5. Kejang (5)	Manajemen Hipertermia (I.15506) Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipas permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih 6. Sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 7. Lakukan pendinginan eksternal (selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)

	<p>8. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</p> <p>9. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i></p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i></p>
<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan pada klien akan menunjukkan tidak adanya kejang, dengan kriteria hasil : Frekuensi kejang berkurang, pasien lebih tenang</p>	<p>Manajemen Kejang (I.06193)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor terjadinya kejang berulang 2. Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motoric, dan progresi kejang) 3. Monitor status neurologis 4. Monitor TTV <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Baringkan pasien agar tidak terjatuh 2. Berikan alas empuk dibawah kepala, jika memungkinkan 3. Pertahankan kepatenan jalan napas 4. Longgarkan pakaian, terutama dibagian leher 5. Dampingi selama periode kejang 6. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam

7. Catatan durasi kejang
8. Reorientasikan setelah periode kejang
9. Dokumentasikan periode terjadinya kejang
10. Pasang akses IV, *jika perlu*
11. Berikan oksigen IV, *jika perlu*

Edukasi :

1. Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun kedalam mulut pasien saat periode kejang
2. Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan
3. pasien

Kolaborasi :

1. Kolaborasi pemberian antikonvulsan, *jika perlu*



2.5 Implementasi Keperawatan

Tabel.2.4 Implementasi Keperawatan Pasien Hipertermi

Implementasi Keperawatan						
An. Nr						
Diagnosa	19 Oktober 2022		20 Oktober 2022		21 Oktober 2022	
Hipertemia	08.00	1. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh Hasil : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya masih panas	08.00	1. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh Hasil : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya masih panas	15.00	1. Melakukan pemeriksaan suhu tubuh Hasil : Ibu pasien mengatakan bahwa panas sudah menurun
	08.15	2. Memonitor TTV Hasil : Suhu tubuh : 39,2°C Nadi : 120x/mnt RR : 20x/mnt TD : 100/80	08.15	2. Memonitor TTV Hasil : Suhu tubuh : 38,3°C Nadi : 115x/mnt RR : 22x/mnt TD : 105/70	15.15	2. Memonitor TTV Hasil : Suhu tubuh : 37°C Nadi : 112x/mnt RR : 24x/mnt TD : 110/70 mmHg

	08.30	<p>mmHg</p> <p>3. Memberi kompres hangat pada daerah lipatan (axilla, lipat paha)</p> <p>Hasil : Sesudah dilakukannya kompres, ibu pasien mengatakan demam menurun, saat suhunya dicek yaitu 38,6°C</p>	08.30	<p>mmHg</p> <p>3. Memberi kompres hangat pada daerah lipatan (axilla, lipat paha)</p> <p>Hasil : Sesudah dilakukannya kompres, ibu pasien mengatakan demam menurun, saat suhunya dicek yaitu 37,7°C</p>	15.45	<p>3. Kolaborasi dengan tim medis yang lain</p> <p>Inf D5 ½ NS 1000 cc/24 jam</p> <p>Inj Santagesik 3 x 100 mg</p> <p>Bufect Syr 3 x cth 1</p> <p>Inj Ceftriaxone 2 x 500 mg</p> <p>Hasil : Obat telah diberikan</p>
	09.00	<p>4. Memberikan edukasi kepada keluarga mengenai manajemen demam serta menganjurkan ibu untuk memakaikan pakaian yang longgar dan tidak memakaikan</p>	09.00	<p>4. Kolaborasi dengan tim medis yang lain</p> <p>Inf D5 ½ NS 1000 cc/24 jam</p> <p>Inj Santagesik 3 x 100 mg</p> <p>Bufect Syr 3 x cth 1</p> <p>Inj Ceftriaxone 2 x 500</p>		

	09.30	<p>selimut</p> <p>Hasil :</p> <p>Ibu sudah paham dengan penjelasan yang sudah diberikan mengenai penanganan demam dan sudah menerapkan anjuran yang sudah diberikan</p> <p>5. Kolaborasi dengan tim medis yang lain</p> <p>Inf D5 ½ NS 1000 cc/24 jam</p> <p>Inj Santagesik 3 x 100 mg</p> <p>Bufect Syr 3 x cth 1</p> <p>Inj Ceftriaxone 2 x 500 mg</p> <p>Ventolin 3 x 1/2 amp</p>	09.30	<p>mg</p> <p>Hasil :</p> <p>Obat telah diberikan</p>		
--	-------	--	-------	--	--	--

		Hasil : Obat telah diberikan				
--	--	---------------------------------	--	--	--	--



2.6 Evaluasi Keperawatan

Tabel.2.5 Evaluasi Keperawatan Pasien Hipertermi

Evaluasi Keperawatan						
Diagnosa Keperawatan	Tanggal	Evaluasi Hari Ke-1	Tanggal	Evaluasi Hari Ke-2	Tanggal	Evaluasi Hari Ke-3
	An.Nr					
Hipertemia	20/10/2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas dan batuk pilek</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s : 38,3°C - rr : 22x/mnt - n : 115x/mnt - TD : 105/70mmHg - k/u : lemas - akral panas - turgor kulit kering 	21/10/2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan panas anaknya sudah menurun dan masih batuk pilek</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s : 37°C - rr : 24x/mnt - n : 112x/mnt - TD : 110/70mmHg - k/u : cukup - akral hangat 	22/10/2022	<p>S : Ibu pasien mengatakan demam anaknya sudah turun dan batuk pilek sudah berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - s : 36,8°C - rr : 22x/mnt - n : 112x/mnt - TD : 105/80mmHg - k/u : cukup - akral dingin

		<ul style="list-style-type: none"> - mukosa bibir kering - Pasien lemas dan kurang bersemangat - Kulit kemerahan - crt < 2 dtk <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan (1,2,3,4)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - turgor kulit kering - mukosa bibir kering - Pasien mulai bersemangat - Kulit merah menurun - crt < 2 dtk <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan (2,3)</p>		<ul style="list-style-type: none"> - turgor kulit normal - mukosa bibir lembab - Pasien sudah bersemangat - Kulit kemerahan tidak ada - crt < 2 dtk <p>A : Masalah teratasi P : Hentikan intevensi</p>
--	--	--	--	---	--	--

--	--	--	--	--	--	--

