

BAB 4

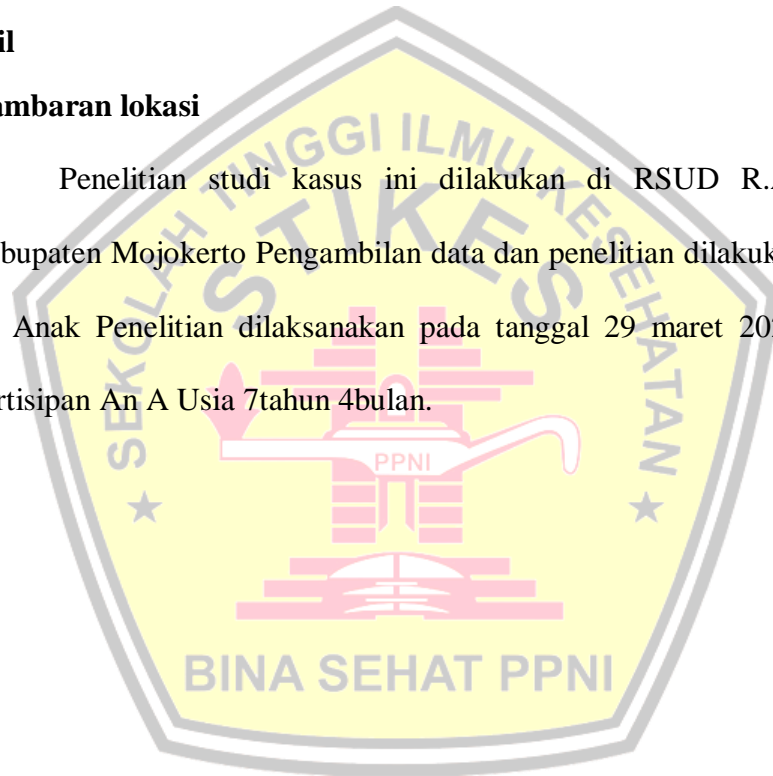
HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas tentang asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi dengan maksud untuk memuat keseluruhan hasil yang telah dilaksanakan dan selanjutnya dibuat pembahasan sesuai dengan kaidah pembahasan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi

Penelitian studi kasus ini dilakukan di RSUD R.A Basoeni, Kabupaten Mojokerto Pengambilan data dan penelitian dilakukan di ruang P1 Anak Penelitian dilaksanakan pada tanggal 29 maret 2022. Dengan Partisipan An A Usia 7tahun 4bulan.



4.1.2 Pengkajian

Keterangan	Partisipan 1
Nama Partisipan	An.A
Jenis Kelamin	Laki-Laki
Tanggal Lahir	09-09-2014
Umur / Tahun	7 tahun 4bulan
Pendidikan	SD
Agama	Islam
Nama orangtua	Ny.A
pendidikan	SMA
Pekerjaan	Ibu rumahtangga
Alamat	Jugurejo mojojajar ,kemplagi
Tanggal Masuk	28 Maret 2022
Tanggal Pengkajian	29 Maret 2022
No. Register	142XXX
Diagnosa Medis	DHF

Tabel 4.1 biodata klien

4.1.3 Riwayat kesehatan

RIWAYAT KESEHATAN	TN.A
Keluhan Utama	Ibu px mengatakan anaknya demam sudah hari ke 5
Riwayat Penyakit Sekarang	px dengan ibunya datang ke IGD RSUD R.A Basoeni dengan keluhan panas sudah 3hari sudah diminumi sirup paracetamol namun panas tidak turun,mual muntah 1x,nafsu makan turun .Setelah dilakukan pengkajian dan pemeriksaan didapatkan : Suhu tubuh 38,1°C

	<p>HB= 11,9g/dl</p> <p>HT=35,1%</p> <p>Leukosit=13.1 10³/uL</p> <p>Trombosit=270 10³/uL</p>
Riwayat Penyakit Dahulu	<p>ibu px mengatakan anak tidak pernah mengalami penyakit seperti sekarang dan ibu px mengatakan px pernah dirawat dirumah sakit pada saat umur 3tahun dengan keluhan BAB terus-menerus dan muntah.</p> <p>Riwayat Alergi :ibu px mengatakan tidak ada alergi Obat maupun makanan.</p>
Prenatal	<p>ibu px mengatakan selalu control rutin ke rumahsakit,tidak pernah sakit dan kandungan sehat</p>
Natal	<p>ibu px mengatakan px lahir secara section caesarea (SC) dengan bantuan penolong dokter</p>
postnatal	<p>ibu px mengatakan bayi baru lahir langsung menangis dengan BB:3.100 gram PB:55cm</p>
imunisasi	<p>ibu px mengatakan rutin membawa px</p>

	imunisasi kebidan
Riwayat Penyakit Keluarga	ibu Pasien Mengatakan bahwa didalam keluarga tidak memiliki riwayat penyakit keturunan seperti DM,Hipertensi, dan penyakit kronis lainnya.

Tabel 4.2 riwayat kesehatan

4.1.4 Kemampuan fungsional

pola nutrisi-metabolisme	ASI: sampai usia 2tahun Sejak kapan:dari lahir sampai usia 2tahun Dit khusus : tidak ada Nafsu makan :Nafsu makan menurun masalah dengan makanan :tidak ada jumlah makanan yang dimakan : ½ porsi nasi habis (lunak) cairan intravena : Ka-en 3B 1500 cc/jam
pola eliminasi	URI - Frekuensi 3-4kali/hari,kurang lebih 600cc/hari,warna kuning jernih - Tidak ada masalah dengan beremih ALFI - BAB 1x/hari,lunak - Tidak ada masalah
pola aktivitas/latihan	tidak ada masalah dalam kemampuan motoric baik motoric kasar maupun motoric halus ➤ PERNAFASAN tidak ada keluhan saat melakukan aktifitas,tidak mempunyai riwayat penyakit pernafasan,tidak ada riwayat penyakit paru dalam keluarga ➤ SIRKULASI - Keluhan saat melakukan aktifitas :terbatas karena px lemah - Riwayat penyakit jantung : tidak ada

	<ul style="list-style-type: none"> - Riwayat penyakit jantung dalam keluarga :tidak ada - Obat obatan yang dipakai :tidak ada
Pola tidur/istirahat	ibu px mengatakan px susah tidur dan sering terbangun
pola kognitif-perseptual	pendengaran : baik (normal) tidak ada gangguan kanan/kiri,tidak menggunakan alat bantu pendengaran
persepsi diri/konsep diri	tidak terkaji
pola peran-hubungan	<ul style="list-style-type: none"> - komunikasi sesuai usia - bahasa sehari-hari : jawa Indonesia - hub.dgn orang lain (teman sebaya,ortu) :komunikasi baik - dampak sakit terhadap diri:sejak sakit px sering manja dengan ibunya - gugup atau relaks:nilai 1-5:cukup,nilai 4
seksualitas/reproduksi	px berjenis kelamin laki-laki
koping/toleransi stress	<ul style="list-style-type: none"> - stresor pada tahun lalu:tidak ada - metode koping yang biasa digunakan : menonton televisi - sistem pendukung:px selalu mendapat dukungan dari keluarga dan orangtuanya - penggunaan alcohol dan obat resep dokter serta obat ilegal untuk mengatasi stress: tidak ada
nilai / kepercayaan	<ul style="list-style-type: none"> - agama;spiritualitas: An A beragama islam - kegiatan keagamaan dan budaya:tidak ada

Tabel 4.3 kemampuan fungsional

4.1.5 Pemeriksaan fisik

TTV : Nadi:120x/mnt

Suhu :38,6°C

RR :20x/mnt

SPO:99%

BB:19,7 kg

TB :123cm

kepala dan leher	<ul style="list-style-type: none"> - Rambut :kondisi rambut bersih - Mata: konjungiva anemis,sclera jernih,pupil isokor - Gigi dan mulut :kondisi gigi bersih,mukosa bibir kering, - Pembesaran kelenjar tiroid:tidak ada pembesaran kelenjar tiroid
dada	<p>pernafasan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi nafas: 20x/mnit - Bunyi pernafasan: tidak ada suara nafs tambahan,vesikuler - Penggunaan otot bantu nafas :tidak menggunakan otot bantu nafas <p>sirkulasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna kulit :normal - Kelainan bunyi jantung : tidak ada kelainan
abdomen	<ul style="list-style-type: none"> - inspeksi : simetris kanan kiri - palpasi :tidak ada nyeri tekan - perkusi :sonor - auskultasi :bising usus 10x/mnt
genetalia	<ul style="list-style-type: none"> - penis :normal,scrotum:normal - anus :hemoroid (-),lecet/kemerahan: (-)

ekstermitas	<ul style="list-style-type: none"> - turgor kulit : <2detik, - kulit terasa hangat - warna : sawo matang - varises : tidak ada - oedem: tidak ada
-------------	---

Tabel 4.4 pemeriksaan fisik Head To Toe Pasien Dengue Haemorrhagic Fever (DHF) Di RSUD R.A Basoeni Mojokerto

4.1.6 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang	Hasil	satuan	nilai rujukan
hematologi	28/03/2022 (MRS di IGD)		
	1. Leukosit : 13.1	$10^3/UL$	(4.0-10.0)
	2. Hemoglobin: 11.9	g/dl	(12.0-18.0)
	3. Hematocrit : 35.1	%	(33.5-52.0)
	4. Trombosit : 270	$10^3/UL$	(150-450)
	31/03/2022		
	1. Leukosit : 2.3	$10^3/UL$	(4.0-10.0)
	2. Hemoglobin: 11.6	g/dl	(12.0-18.0)
	3. Hematocrit : 36.4	%	(33.5-52.0)
	4. Trombosit : 202	$10^3/UL$	(150-450)

Tabel 4.5 hasil pemeriksaan laboratorium (hematologi)

Tanggal Pemeriksaan : 30 Maret 2022

pemeriksaan penunjang	hasil
urine	- Bilirubin: (-)negative - Albumin : (-)negative - Reduksi : (-)negative - Urobilin: (-)negative

Tabel 4.6 hasil pemeriksaan laboratorium (urine)

4.1.7 Terapi

Tanggal 29 maret 2022

1. Infus Kaen 3B 1500 cc/24jam
2. Injeksi Cefotaxim 3x600mg (IV)
3. Injeksi Ranitidine 2x20mg (IV)
4. Injeksi Ondan 2mg (IV)
5. Injeksi antrain 250mg (IV)
6. Syr paracetamol 3x1 /hari



4.1.8 Analisa data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>DS: Ibu px mengatakan anaknya demam sudah hari ke 5</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit teraba hangat - Mukosa bibir kering - TTV: <p>Nadi: 120x/mnt</p> <p>Suhu : 38,6°C</p> <p>RR : 20x/mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leukosit: 13.1 $10^3/uL$ - Trombosit : 270 $10^3/uL$ 	<p>Virus dengue</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Masuk dalam darah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Sistem imun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Merangsang pusat pengatur suhu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Demam</p>	<p>Hipertermi</p>

Tabel 4.7 Analisa Data An A dengan masalah hipertermi di RSUD

R.A Basoeni Mojokerto

4.1.9 Diagnosa keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu tubuh diatas normal, kulit terasa hangat,takikardi SDKI (D.0130)

Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan hipertermi



4.1.11 Rencana tindakan keperawatan

Diagnosa keperawatan (SDKI)	Standar Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
<p>Diagnosa Keperawatan :</p> <p>SDKI (D.0130)</p> <p>Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>TUJUAN :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal dengan kriteria hasil:</p> <p>(L.14134)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh membaik 2. Takikardi menurun 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas) 2. Mengukur suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 4. Berikan cairan oral 5. Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

Tabel 4.9 Rencana tindakan keperawatan hipertermi

4.1.12 Implementasi keperawatan

DX KEP	Hari Ke 1		Hari Ke 2		Hari Ke 3	
	Selasa, 29 Maret 2022		Rabu, 30 Maret 2022		Kamis, 31 Maret 2022	
Hipertermi berhubungkan dengan proses penyakit	07.30	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia Hasil : disebabkan oleh Infeksi virus dengue	15.30	1. Observasi TTV Hasil : - N : 138 x/menit - S : 37.9 C - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99 %	14.30	1. Observasi TTV Hasil : - N : 117 x/menit - S : 37.4 C - RR : 20 x/menit - SpO2 : 99 %
	08.00	2. Mengukur suhu tubuh Hasil : suhu tubuh 38,6°C	15.40	2. Memberikan cairan oral Hasil : Menganjurkan klien minum air putih yang banyak, sedikit tapi sering dan makan sedikit demi sedikit	15.00	2. Menganjurkan keluarga klien untuk mengompres jika suhu klien mulai panas menggunakan air dingin didaerah lipatan dan dahi dengan washlap/handuk kecil
	09.00	3. menyediakan lingkungan yang dingin Hasil : memberikan sirkulasi ruangan yang cukup	16.00	3. Melakukan pendinginan eksternal Hasil :		3. Menganjurkan tirah baring Hasil : Menganjurkan
	12.00	4. melonggarkan atau lepaskan pakaian Hasil : Menganjurkan klien supaya tidak menggunakan		memberikan kompres klien menggunakan air dingin didaerah lipatan dan dahi dengan washlap/handuk	16.00	

	12.00	<p>pakaian/selimut yang tebal</p> <p>5. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi cefotaxim 600 mg (IV) - Injeksi ranitidine 20 mg (IV) - Syr paracetamol 1 lcth - Infus Kaen 3B 1500 cc/24jam 	16.10	<p>k kecil</p> <p>4. Menganjurkan tirah baring</p> <p>Hasil :</p> <p>Menganjurkan klien untuk istirahat yang cukup</p> <p>5. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi antrain 250 mg (IV) - Syr paracetamol 1lcth - Infus Kaen 3B 1500 cc/24jam 	16.30	<p>klien untuk istirahat yang cukup</p> <p>4. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena</p> <p>Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Injeksi cefotaxim 600 mg (IV) - Syr paracetamol 1 3x1 /hari - Infus Kaen 3B 1500 cc/24jam
--	-------	--	-------	--	-------	--

Tabel 4.10 implementasi keperawatan

4.1.13 Evaluasi keperawatan

Diagnosa	Hari Ke-1	Hari Ke-2	Hari Ke-3
Keperawatan	Selasa, 29 Maret 2022	Rabu, 30 Maret 2022	Kamis, 31 Maret 2022
n			
Hipertermi	pukul:14.00	pukul:20.10	pukul:19.50
berhubungan dengan proses penyakit	S : Ibu pasien mengatakan badan anaknya panas O : - Kesadaran : composmentis - Mukosa bibir : kering - N:120x/mnt - S :38,6°C - RR :20x/mnt A : masalah belum teratasi P :Lanjutkan intervensi - Observasi - TTV - Memberikan	S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas dan mau minum sedikit-sedikit O : - Kesadaran : composmentis - Mukosa bibir : kering - N:138x/menit - S : 37.9 C - RR:20x/mnt A : masalah teratasi sebagian P :Lanjutkan intervensi - Observasi TTV - Menganjurkan	S :Ib px mengatakan anaknya sudah tidak demam O : - Kesadaran : composmentis - Mukosa bibir : lembab - N : 117 x/menit - S : 37.4 C - RR : 20 x/menit A:masalah hipertermi teratasi P:pertahankan intervensi

	cairan oral - Melakukan pendinginan eksternal - Menganjurkan tirah baring - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	keluarga klien untuk mengompres jika suhu klien mulai panas menggunakan air dingin didaerah lipatan dan dahi dengan washlap/handuk kecil - Menganjurkan tirah baring - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	
--	---	---	--

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

4.2 Pembahasan

Pembahasan merupakan bagian terkecil yang berisi tentang kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, sehingga dari kesenjangan itu dapat dicari pemecahan masalah untuk memperbaiki dan meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan dapat memberikan pelayanan yang komprehensif bagi klien untuk memuahkan pembahasan maka penulis akan menguraikan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan data yang di peroleh dari hasil pengkajian studi kasus ini pada An.A yang mengalami masalah keperawatan Hipertermi. Pengkajian diperoleh data subjektif bahwa Ibu px mengatakan anaknya demam sudah hari ke 5 sedangkan dari data objektif kulit teraba hangat, mukosa bibir kering, tanda-tanda vital Suhu $38,6^{\circ}\text{C}$, N:120x/mnt, RR 20x/mnt, dan hasil pemeriksaan laboratorium Leukosit: $13.1 \cdot 10^3/\text{uL}$, Trombosit : $270 \cdot 10^3/\text{uL}$.

Menurut Ngastiyah, 2014 penyakit DBD ditandai oleh demam mendadak tanpa sebab yang jelas disertai gejala lain seperti lemah, nafsu makan berkurang, muntah, nyeri pada anggota badan, punggung, sendi, kepala dan perut. Gejala-gejala tersebut menyerupai influenza biasa. Pada hari ke-2 dan ke-3 demam muncul bentuk perdarahan yang beraneka ragam dimulai dari yang paling ringan berupa perdarahan dibawah kulit (petekia atau ekimosis), perdarahan gusi, epistaksis, sampai perdarahan

yang hebat berupa muntah darah akibat perdarahan lambung, melena, dan juga hematuria massif.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa klien mengalami hipertermi yaitu melaporkan badannya panas, suhu tubuh di atas 37,5⁰C, kulit teraba panas, frekuensi nadi meningkat. Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal disebabkan disebabkan proses peradangan infeksi akibat virus dengue yang masuk kedalam tubuh klien sehingga akan menimbulkan reaksi oleh pusat pengatur suhu tubuh di hipotalamus sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yang disusun pada asuhan keperawatan ini yaitu hipertermi. Diagnosa yang diambil pada studi kasus ini yang diprioritaskan berdasarkan masalah yang dihadapi klien sesuai dengan skoring dan penilaian *numeric* pada tiap masalah yang muncul, sehingga dapat dikelompokkan masalah yang prioritas, aktual dan resiko.

Dalam menyusun prioritas atau diagnosa keperawatan yang telah teridentifikasi perlu dilakukan panapisan masalah keperawatan dengan menggunakan kriteria yang telah ditentukan (Suprayitno, 2009).Diagnose keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial.(SDKI,2016).

Menurut peneliti penegakan diagnose hipertermi dalam studi kasus ini sudah sesuai dengan Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia

(SDKI) yaitu adanya data mayor dan minor yang mendukung penegakan diagnose hipertermi yaitu pasien mengeluh suhu tubuh diatas nilai normal, kulit terasa hangat, dan takikardi.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan langkah berikutnya dalam proses keperawatan setelah melakukan diagnosa. Pada langkah ini perawat menentukan tujuan dan kriteria hasil bagi pasien untuk acuan pada saat melakukan evaluasi. Pada tahap ini penulis membuat rencana tindakan keperawatan sesuai teori yang meliputi tujuan dan kriteria hasil yang dirumuskan dan telah ditetapkan sebelumnya serta penulisan rencana tindakan yang operasional. Peneliti membuat intervensi dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan diharapkan suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal dengan kriteria hasil : Suhu tubuh membaik, Takikardi menurun, Leukosit normal, Trombosit normal

Dalam pembuatan intervensi harus sesuai dengan diagnose yang muncul basic actual maupun resiko. Pada pasien yang di diagnose Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yaitu sesuai teori dan fakta diantaranya adalah suhu tubuh agar tetap berada pada rentang normal .Sehingga disini direncanakan intervensi keperawatan pada klien antara lain :

- Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas)

- Mengukur suhu tubuh
- Sediakan lingkungan yang dingin
- Longgarkan atau lepaskan pakaian
- Berikan cairan oral
- Lakukan pendinginan eksternal (mis, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- Anjurkan tirah baring
- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Tujuan intervensi adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh klien turun dan bertahan dalam batas normal (Nurarif & Kusuma, 2016). Peran perawat dalam mengatasi masalah hipertermia sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI) antara lain observasi yaitu dengan melakukan identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator), monitor suhu tubuh, monitor kadar elektrolit, monitor haluaran urine; tindakan terapeutik yaitu dengan sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan atau lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih), lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila), hindari pemberian antipiretik atau aspirin, batasi oksigen, *jika perlu*; edukasi dengan anjurkan tirah baring;

dan kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (Tim Pokja SIKI, 2019).

Menurut pendapat peneliti perencanaan asuhan keperawatan sesuai dengan diagnose yang ditetapkan sebelumnya berdasarkan teori yang ada keluhan suhu tubuh diatas batas normal diharapkan berkurang, dengan kriteria hasil Suhu tubuh membaik, Takikardi menurun, Leukosit normal, Trombosit normal. Tindakan secara umum dilakukan berdasarkan perencanaan keperawatan serta tindakan keperawatan dilaksanakan bertujuan agar masalah yang dialami klien teratasi. Dari jangka waktu yang ditentukan selama 3x24 jam diharapkan keluhan berkurang.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Adapun implementasi yang dilakukan pada studi kasus ini sudah disesuaikan dengan rencana keperawatan yang dibuat, diantaranya yaitu Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas) , Mengukur suhu tubuh , menyediakan lingkungan yang dingin dengan memberikan sirkulasi ruangan yang cukup, melonggarkan pakaian , memberikan cairan oral, melakukan kompres pada (dahi, leher, dada, abdomen, aksila) , menganjurkan tirah baring , berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah, mengurangi,

dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan (Ali 2016).

Kegiatan implementasi, perawat perlu melakukan kontrak sebelumnya (saat mensosialisasikan diagnosa keperawatan) untuk pelaksanaan yang meliputi kapan dilaksanakan, berapa lama waktu yang dibutuhkan, materi/topik yang di diskusikan, siapa yang perlu melaksanakan, anggota keluarga yang perlu mendapatkan informasi, dan peralatan yang perlu disiapkan keluarga. Kegiatan ini bertujuan agar keluarga dan perawat mempunyai kesiapan secara fisik dan psikis pada saat implementasi (Setiadi, 2008).

Berdasarkan teori dan fakta diatas peneliti menyimpulkan implemnetasi yang dilakukan pada study kasus ini sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat. Dapat disimpulkan hasil penelitian ini menunjukkan intervensi yang dilakukan selama 3 hari sudah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yaitu pasien sudah tidak mengeluh demam,nadi menurun.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada studi kasus ini sudah sesuai dengan kriteria hasil yang dicantumkan pada rencana keperawatan, didapatkan hasil klien sudah tidak demam,nadi normal,kulit tidak teraba hangat,sehingga masalah hipertermi teratasi.

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan. Evaluasi harus menjelaskan indikator keberhasilan intervensi yang dilakukan oleh perawat sehingga suhu tubuh klien dalam batas normal (Mubarak & Chayatin, 2012). Tujuan yang ingin dicapai dalam melakukan asuhan keperawatan pasien hipertermi adalah setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh klien turun dan bertahan dalam batas normal (Nurarif & Kusuma, 2016).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari evaluasi keperawatan masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi dengan hasil pada hari pertama klien mengeluh demam, pada hari kedua pemberian asuhan klien masih mengalami demam dan pada hari ketiga klien sudah tidak mengalami demam, badan sudah tidak terasa hangat, dan nadi normal. intervensi keperawatan yang diberikan dengan menyediakan lingkungan yang dingin dengan memberikan sirkulasi ruangan yang cukup, melonggarkan pakaian, melakukan kompres air di daerah lipatan hal tersebut bertujuan agar suhu panas dalam tubuh keluar melalui pori-pori sehingga suhu tubuh akan menurun.