

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien anak kejang demam dengan masalah hipertermi, di ruang anak Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang yang menggunakan 5 tahap proses keperawatan yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang merupakan amal usaha milik persyarikatan Muhammadiyah cabang Sepanjang yang didirikan pada 08 Sya'ban 1387 H / 26 November 1967, Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang saat ini di pegang oleh dr. Muhammad Hamdan,Sp.KK.

Terdapat Pelayanan IGD 24 jam, sudah ada pemisahan Triage dengan di lengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standart pelayanan IGD. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli KIA, Poli Anak, Poli Gigi, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah umum, Spesialis Mata. Pelayanan Rawat Inap: Rawat Inap Bersalin, Rawat Inap Umum, Rawat Inap Anak, Rawat Inap Bedah.

Pada rawat inap anak terdapat 2 kamar, yaitu kamar kelas 2 dan kelas 3, di kamar kelas 2 terdapat 1 kamar yg berisi 3 *bed*, terdapat 1 kamar mandi, 2 kipas angin, dan di kamar kelas 3 terdapat 1 kamar yg berisi 8 *bed*, kamar mandi di luar ruangan, terdapat 2 kipas angin. Masing masing ruangan tidak memiliki termometer ruangan dan tidak memakai AC. Untuk pasien, terdapat 9 orang perawat, dan terdapat 2 dokter spesialis anak.

4.1.2 Pengkajian

1. Pengkajian Identitas

Pasien ke - 1 : Pada tanggal 29 Juli 2018 jam 12.00 WIB

An. A umur 6 bulan berjenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 28 Januari 2018, suku bangsa Madura Indonesia, Alamat Ngingas Waru. Masuk rumah sakit pada tanggal 29 Juli 2018 jam 06.00 WIB, dengan diagnosa medis KDS (Kejang Demam Sederhana), sumber informasi keluarga pasien. Nama ayah Tn. I , Umur 19 Tahun, Pendidikan SMP, Pekerjaan Kuli bangunan, Agama Islam, Suku Madura, Bangsa Indonesia, Alamat Ngingas Waru, Nama Ibu Ny. V, Umur 18 Tahun, Pendidikan SMA, Pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga), Alamat Ngingas Waru.

Pasien ke - 2 : Pada tanggal 30 Juli 2018 jam 08.00 WIB

An. G umur 6 bulan berjenis kelamin Laki-Laki, tanggal lahir 09 Januari 2018, suku bangsa Jawa Indonesia, Alamat Geluran Sepanjang. Masuk Rumah Sakit pada tanggal 30 Juli 2018 jam 18.00 WIB, dengan diagnosa medis KDS (kejang Demam Sederhana), sumber informasi keluarga pasien. Nama ayah Tn. D, Umur 27 tahun, pendidikan SMA, Pekerjaan Swasta, agama Islam, Suku Jawa, Bangsa Indonesia, Alamat Geluran Sepanjang, Nama Ibu Ny. B, Umur 26 Tahun, Pendidikan SMA, Pekerjaan IRT (ibu rumah tangga), alamat Geluran Sepanjang.

2. Riwayat Keperawatan Sekarang

a. Keluhan Utama

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, Ibu pasien mengatakan anaknya panas.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan Data, ibu pasien mengatakan anaknya panas.

b. Riwayat Penyakit Saat Ini

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan sejak tanggal 28 juli 2018 anak panas, dan batuk pilek. Oleh ibu di bawa ke Klinik Bidan di beri sirup penurun panas dan obat bubuk untuk batuk pilek, panasnya turun sebentar kemudian panas lagi dan batuk pilek tidak berkurang. Tanggal 29 Juli 2018 jam 03.00 anak mengalami kejang 1 kali berlangsung kurang lebih 5 menit. Pada jam 05.30 WIB Anak di bawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang, masuk IGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dengan keluhan panas, batuk pilek kurang lebih 1 minggu, panas (39°C). Setelah itu di berikan terapi injeksi santagesik 50mg dan infus D5 ¼ NS, lalu setelah diperiksa oleh dokter klien dinyatakan menderita Kejang Demam Sederhana dan di sarankan untuk rawat inap. Saat ini anak dalam perawatan di ruang anak RS Siti Khodijah Sepanjang.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan pada tanggal 30 Juli 2018 siang hari anak panas dan di berikan sirup panas oleh ibunya. Lalu pada jam 15:00 WIB anak mengalami kejang 1 kali berlangsung kurang dari 5 menit. Lalu di bawa ke klinik

bidan dan disarankan untuk ke Rumah Sakit. Pada tanggal 30 Juli 2018 jam 17.30 anak dibawa ke IGD Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dengan keluhan panas (39.6°C), batuk pilek kurang lebih 3 hari, dan mencret . Setelah itu di berikan terapi obat panas pamol sup 125 mg dan di sarankan untuk rawat inap. Saat ini anak dalam perawatan di ruang anak RS Siti Khodijah Sepanjang.

3. Riwayat Keperawatan/Penyakit Sebelumnya

a. Riwayat Kesehatan yang Lalu

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu panas, batuk, pilek, muntah tiap kali batuk dan belum pernah mengalami kejang sebelumnya.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan penyakit yang pernah di derita yaitu panas, batuk, pilek, dan belum pernah mengalami kejang sebelumnya.

b. Imunisasi

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, Ibu mengatakan pasien hanya mendapatkan imunisasi ketika saat lahir saja yaitu imunisasi hepatitis. Dan tidak pernah memberikan imunisasi pada pasien dengan alasan anak akan sakit panas setelah imunisasi.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, Ibu pasien mengatakan pasien sudah mendapatkan imunisasi Hepatitis B saat lahir dan imunisasi

yang lainnya belum di berikan karena setiap mau melakukan imunisasi anak masih sakit.

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Penyakit Yang Pernah Diderita Oleh Keluarga

Pasien ke - 1 : Tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus, TBC, dan tidak ada yang terkena penyakit kejang demam.

Pasien ke - 2 : Tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, TBC, dan tidak ada yang terkena penyakit kejang demam.

b. Lingkungan Rumah dan Komunitas

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan anak tinggal bersama orang tua, di rumah tinggal satu kamar, dengan jumlah 2 kamar, 1 kamar mandi dan 1 wc, dapur, ruang tamu, ventilasi cukup, tempat pembuangan sampah terletak di depan rumah.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan anak tinggal dengan orang tua di rumah kontrakan, dengan 1 kamar, 1 kamar mandi di dalam rumah dan wc, dapur, ruang tamu, ventilasi kurang, tempat pembuangan sampah berada di depan rumah.

c. Perilaku Yang Mempengaruhi

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan jika mencuci botol hanya memakai sabun saja kemudian langsung digunakan tanpa di rebus terlebih dahulu, terkadang juga setelah digunakan tidak dicuci terlebih dahulu dan langsung digunakan kembali.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan jika botol yang digunakan selalu dicuci dengan bersih setiap setelah digunakan kemudian di rebus setelah di cuci.

d. Persepsi Keluarga Terhadap Penyakit Anak

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin anaknya cepat sembuh

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan cemas akan penyakit anaknya dan tidak ingin anaknya sakit seperti ini lagi dan ingin anaknya cepat sembuh

5. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

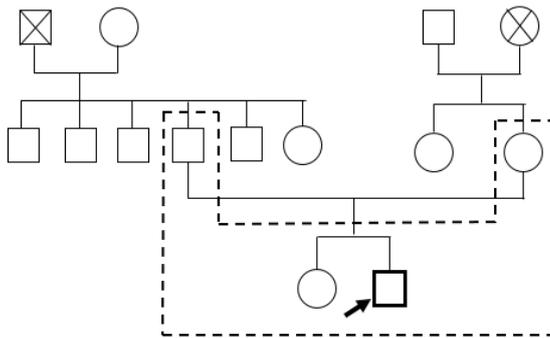
Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, pertumbuhan dan perkembangan pasien ketika lahir 2.200 gram dan panjang 42 cm. Berat badan umur 5 bulan 25 hari sebelum sakit 5,3 kg, umur 6 bulan berat badan saat sakit 5 kg tinggi badan 62 cm, Lingkar Kepala 41 cm, Lingkar Lengan atas 15 cm, Lingkar Dada 40 cm. Riwayat perkembangan pasien umur 3 bulan pasien mulai bisa miring kanan dan miring kiri berusaha untuk tengkurap, ketika memasuki umur 6 bulan, pasien sudah bisa mulai tengkurap dengan dibantu.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, pertumbuhan dan perkembangan pasien ketika lahir 2.900 gram dan panjang 48 cm. Berat badan umur 6 bulan sebelum sakit dan sesudah sakit masih tetap 8.5 kg, tinggi badan 58 cm, lingkar kepala 41 cm, lingkar

lengan atas 19 cm,lingkar dada 41 cm. Riwayat perkembangan pasien umur 3 bulan pasien mulai bisa miring kanan miring kiri berusaha untuk tengkurap, klien sudah mampu mengoceh saat ini. Jadi dari hasil pengkajian KPSP dapat disimpulkan bahwa pasien dikatakan normal karena tidak ada keterlambatan dalam perkembangan.

6. Genogram

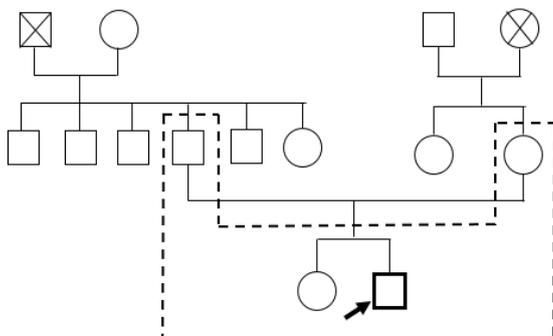
Pasien ke - 1 :



Keterangan

- : laki-laki
- : perempuan
- ➔ □ : Klien
- - - : tinggal satu rumah
- ⊗ : Meninggal

Pasien ke - 2 :



Keterangan

- : laki-laki
- : perempuan
- ➔ □ : Klien
- - - : tinggal satu rumah
- ⊗ : Meninggal

7. Antenatal

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, pada saat kehamilan, ibu pasien tidak pernah memeriksakan kandungannya. Tidak pernah meminum vitamin sama sekali, dan tidak mendapatkan imunisasi TT.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, pada saat kehamilan, ibu pasien selalu teratur memeriksakan kandungannya ke bidan setiap satu bulan sekali, ibu klien mendapatkan vitamin penambah darah dan juga mendapat imunisasi TT 2 kali.

8. Intranatal

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, pada saat lahir pasien persalinan sectio caesar, cukup bulan (37 minggu) di tolong oleh dokter, pasien lahir langsung menangis dengan berat badan 2.200 gram, panjang 42 cm.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, pada saat lahir pasien persalinan normal, cukup bulan (37 minggu) di tolong oleh bidan praktik, pasien lahir langsung menangis dengan berat badan 2.900 gram, panjang 48 cm.

9. Post Natal

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, setelah proses kelahiran, ibu pasien menyusui dengan ASI eksklusif hanya sampai 4 bulan saja dikarenakan ASI sudah tidak keluar, pasien mulai di beri makanan pendamping ASI usia 6 bulan.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, setelah proses kelahiran, ibu pasien menyusui dengan susu formula, pasien mulai di beri makanan pendamping saat usia menginjak 6 bulan.

10. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola penatalaksanaan kesehatan/persepsi sehat

Pasien ke - 1 : Di dapatkan data, Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien selalu di mandikan 2x sehari pagi dan sore dan keramas 1x sehari saat pagi hari. Saat masuk rumah sakit pasien hanya di seka 2x sehari pagi dan sore dan tidak keramas karena pasien dalam kondisi sakit. Bila anak mengalami sakit anak dibawa ke klinik bidan. Bila anak mengalami demam langsung dikompres dan diberikan obat penurun panas.

Pasien ke - 2 : Di dapatkan data, ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien selalu di mandikan 2x sehari pagi dan sore dan keramas 1x sehari saat pagi hari. Saat masuk rumah sakit pasien hanya di seka 2x sehari pagi dan sore dan tidak keramas karena pasien dalam kondisi sakit. Bila anak mengalami sakit anak dibawa ke klinik bidan. Bila anak mengalami demam langsung di kompres dan diberikan obat penurun panas.

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien makan bubur 3x sehari dengan porsi ukuran anak dan

dihabiskan dan ditambah susu formula dan air mineral kurang lebih 25 cc. Saat masuk rumah sakit ibu pasien mengatakan pasien mau untuk makan bubur, minum susu formula saja tetapi sering dan minum air mineral. BB sebelum sakit 5,3 kg dan saat sakit 5 kg.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien baru di coba makan pisang saat usia memasuki 6 bulan tetapi hanya sesekali karena pasien diare dan minum susu formula ($\pm 600\text{ml}$). Saat masuk rumah sakit pasien mengatakan pasien hanya minum susu formula ($\pm 600\text{ml}$) dan hanya makan bubur 1-2 sendok.

c. Pola Eliminasi

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit klien BAB 1x sehari secara teratur dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan BAK 7-8 kali sehari, warna kuning jernih, bau khas, lancar dan spontan dan tidak ada penyulit saat BAK/BAB. Saat masuk rumah sakit klien BAB 1x sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning, pasien mengenakan popok sehari ganti 2-3x, dan tidak ada penyulit saat BAK/BAB.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit pasien BAB 1x sehari secara teratur dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan BAK 6-7 kali sehari, warna kuning jernih, bau khas, lancar dan spontan dan tidak ada penyulit

saat BAK/BAB. Saat masuk rumah sakit pasien BAB 4x sehari dengan konsistensi cair ampas, warna kuning, pasien mengenakan popok sehari ganti 3-5x, dan tidak ada penyulit saat BAK/BAB.

d. Pola Istirahat Tidur

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan pasien tidur 13 jam sehari (9 jam pada malam hari dan 4 jam pada siang hari). Saat sakit: Ibu pasien mengatakan pasien rewel, menangis sehingga tidur berkurang (7 jam malam hari dan siang tidur saat di gendong).

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan pasien tidur 15 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 5 jam pada siang hari). Saat sakit: Ibu pasien mengatakan pasien sulit tidur karena lingkungan rumah sakit sehingga tidur berkurang (7 jam di malam hari dan 2 jam pada siang hari)

e. Pola Aktifitas – Latian

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu miring kanan miring kiri. Ibu pasien mengatakan saat masuk rumah sakit pasien tidak bisa melakukan aktifitas karena rewel, lemas dan selalu minta di gendong.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mampu tengkurap dan dapat duduk dengan bantuan ibunya. Ibu pasien mengatakan saat masuk rumah sakit pasien

masih bisa melakukan aktifitas seperti saat sebelum sakit, pasien jarang rewel.

f. Pola Kognitif – Perseptual – Keadekatan Alam Sensori

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan belum memahami penyakit yang di derita anaknya, dan ibu pasien mengatakan tidak ada gangguan pada kelima panca indra.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan belum memahami penyakit yang di derita anaknya, dan ibu pasien mengatakan tidak ada gangguan pada kelima panca indra.

g. Pola Persepsi Pada pasien pertama dan pasien kedua tidak terkaji karena pasien masih kecil.

h. Konsep Diri Pada pasien pertama dan kedua tidak terkaji karena konsep diri belum terbentuk.

i. Pola Reproduksi Seksual

Pasien ke - 1 : Pasien adalah seorang anak yang berjenis kelamin laki-laki, usia 6 bulan, tidak terdapat luka atau bekas insisi di sekitar alat reproduksi seksual. Pasien belum di khitan.

Pasien ke - 2 : Pasien adalah seorang anak yang berjenis kelamin laki-laki, usia 6 bulan, tidak terdapat luka atau bekas insisi di sekitar alat reproduksi seksual. Pasien belum di khitan.

j. Pola Hubungan Peran

Pasien ke - 1 : Ibu pasien mengatakan hubungan anak dengan anggota keluarga baik, anak lebih dekat dengan ibunya dari pada ayahnya, pasien berperan sebagai anak.

Pasien ke - 2 : Ibu pasien mengatakan hubungan anak dengan anggota keluarga baik, anak lebih dekat dengan ibunya dari pada ayahnya, pasien berperan sebagai anak.

k. Mekanisme Koping dan Penanggulangan Stress

Pasien ke - 1 : Didapatkan data, bila sesuatu tindakan yang menyakiti tubuhnya pasien akan menangis, rewel dan ingin terus digendong oleh ibunya.

Pasien ke - 2 : Didapatkan data, bila sesuatu tindakan yang menyakiti tubuhnya pasien akan menangis, rewel dan ingin terus digendong oleh ibunya.

l. Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pasien ke - 1 : Didapatkan data, pasien menganut kepercayaan sesuai kepercayaan yang di anut oleh kedua orang tuanya dan untuk kegiatan ibadahnya belum dapat terkaji.

Pasien ke - 2 : Didapatkan data, pasien menganut kepercayaan sesuai kepercayaan yang di anut oleh kedua orang tuanya dan untuk kegiatan ibadahnya belum dapat terkaji.

j. Dampak Hospitalisasi bagi anak

Pasien ke - 1 : Pasien pada fase protes ditandai dengan pasien tampak rewel, gelisah karena rasa sakit akibat tindakan medis.

Pasien ke - 2 : Pasien pada fase protes ditandai dengan pasien tampak rewel, gelisah karena rasa sakit akibat tindakan medis.

k. Dampak Hospitalisasi bagi Orangtua

Pasien ke - 1 : Orangtua pasien selalu bertanya tentang bagaimana keadaan anaknya, gelisah dan sedih karena anaknya rewel dan lemas.

Pasien ke - 2 : Orangtua pasien selalu bertanya tentang bagaimana keadaan anaknya, gelisah dan sedih karena anaknya rewel.

11. Pemeriksaan Fisik**a. Keadaan Umum**

Pasien ke - 1 : Tingkat kesadaran umum pasien baik (compos mentis)

Pasien ke - 2 : Tingkat kesadaran umum pasien baik (compos mentis)

b. Tanda-tanda Vital

Pasien ke - 1 : Suhu 39°C, Nadi 120 x/menit, RR 24 x/menit

Pasien ke - 2 : Suhu 39.6°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit

12. Pemeriksaan Head To Toe**a. Kepala dan Leher****1) Kepala**

Pasien ke - 1 : Bentuk kepala simetris, tidak teraba benjolan, ubun-ubun tidak cekung, kepala bersih, rambut warna hitam, tipis dan lurus, tidak ada benjolan.

Pasien ke - 2 : Bentuk kepala simetris, tidak teraba benjolan, ubun-ubun tidak cekung, kepala bersih, rambut warna hitam, tipis dan lurus, tidak ada benjolan.

2) Muka

Pasien ke - 1 : Bentuk muka simetris, terdapat bintik-bintik di dahi (biang keringat).

Pasien ke - 2 : Bentuk simetris, muka bersih.

3) Mata

Pasien ke - 1 : Bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokhor.

Pasien ke - 2 : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, pupil isokhor, mata cowong.

4) Telinga

Pasien ke - 1 : Bentuk telinga simetris, tidak ada luka, telinga bersih

Pasien ke - 2 : Bentuk telinga simetris, tidak ada luka, telinga bersih

5) Hidung

Pasien ke - 1 : Bentuk hidung simetris, terdapat sekret, tidak ada nyeri tekan, terdapat bulu hidung, tidak ada benjolan yang teraba disekitar hidung.

Pasien ke - 2 : Bentuk hidung simetris, terdapat sekret, tidak ada nyeri tekan, terdapat bulu hidung, tidak ada benjolan yang teraba disekitar hidung.

6) Mulut dan faring

Pasien ke - 1 : Bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, belum terdapat gigi, lidah merah muda, tidak ada tonsilitis, stomatitis, dan faringitis.

Pasien ke - 2 : Bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, lidah merah muda, tidak ada tonsilitis, stomatitis, dan faringitis.

7) Leher

Pasien ke - 1 : Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid.

Pasien ke - 2 : Bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid.

b. Thorak

Pasien ke - 1 : Inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak ada luka di dada, respiratori rate 24 x/menit. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, gerakan dada simetris, tidak terdapat benjolan. Perkusi: Hipersonor. Auskultasi: Suara nafas reguler, terdapat suara tambahan ronchi, terdengar suara S1 S2 tunggal.

Pasien ke - 2 : Inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak ada luka di dada, respiratori rate 24 x/menit. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, gerakan dada simetris, tidak terdapat benjolan. Perkusi: Hipersonor. Auskultasi: Suara nafas reguler, tidak terdapat suara tambahan ronchi dan wheezing, terdengar suara S1 S2 tunggal.

c. Abdomen

Pasien ke - 1 : Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran abdomen. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. Perkusi: Terdengar bunyi tympani. Auskultasi: Bising usus 12 x/menit

Pasien ke - 2 : Inspeksi: bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran abdomen. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan. Perkusi: Terdengar bunyi tympani.
Auskultasi: Bising usus 16 x/menit

d. Inguinal, Genital, Anus

Pasien ke - 1 : Inguinal bersih. tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis belum tumbuh, kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

Pasien ke - 2 : Inguinal bersih. tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis belum tumbuh, kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

e. Integumen

Pasien ke - 1 : Akral hangat, terdapat bintik-bintik (biang keringat) di dahi, tidak terdapat bekas luka jahitan, CRT<2detik.

Pasien ke - 2 : Akral hangat, tidak ada lesi dan tidak terdapat bekas luka jahitan, CRT<2detik.

f. Muskuloskeletal Neurologis

Pasien ke - 1 : Ekstremitas atas dan bawah dapat di gerakkan dengan bebas.

Pasien ke - 2 : Ekstremitas atas dan bawah dapat di gerakkan dengan bebas.

13. Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien pertama didapatkan hasil sebagai berikut:

Klien ke - 1 : Pemeriksaan tanggal 29 Juli 2018

Hematologi / Darah Lengkap

1. Hemoglobin : 10.2 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%)
2. Leukosit : 12.000 (4000-11000 sel/cmm)
3. Trombosit : 420.000 (150000-450000 sel/cmm)
4. Hematokrit : 30.5 (L: 40-54% P: 35-47%)
5. Eritrosit : 4.56 (L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6.0 juta/cmm)

Serologi / Imunologi

6. HBs Ag : Negatif (Negatif)

Pemeriksaan Thorax

Tidak ada pemeriksaan radiologi

Terapi

1. Infus : D5 ¼ NS 25 tpm (500 cc/24 jam)
2. Ceftriaxone : 2 x 300 mg
3. Injeksi Santagesik : 3 x 50 mg

Klien 2 : Pemeriksaan tanggal 30 Juli 2018

Hematologi / Darah Lengkap

1. Hemoglobin : 10,4 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%)
2. Leukosit : 14.700 (4000-11000 sel/cmm)
3. Trombosit : 444.000 (150000-450000 sel/cmm)
4. Hematokrit : 30.9 (L: 40-54% P: 35-47%)
5. Eritrosit : 4.54 (L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6.0 juta/cmm)

Serologi / Immunologi

6. HBs Ag : Negatif (Negatif)

Terapi

1. Infus KAEN 1B 25 tpm (700 cc/24 jam)
2. Injeksi Ceftriaxone : 2 x 300 mg
3. Injeksi Antrain : 3 x 80 mg
4. Injeksi Valium : 2,5 mg (diberikan jika kejang)
5. Lacto B : 2 x 1 sachet

4.1.3 Diagnosa Keperawatan Pada anak Dengan Masalah Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang

1. Analisa Data

Pasien ke - 1:

An.A / umur 6 bulan, tanggal 29 Juli 2018

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subyektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas. Data Obyektif : Akral hangat, mukosa bibir kering, kulit merah terdapat kompres di dahi, Suhu 39°C, Nadi 120 x/menit.	Hipertermi	Proses penyakit (infeksi bakteri virus dan parasit) ↓ Reaksi Inflamasi ↓ Proses Demam ↓ Hipertermi

Pasien ke - 2:

An.G / umur 6 bulan, tanggal 30 Juli 2018

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	Data Subyektif: Ibu pasien mengatakan anaknya panas. Data obyektif: Akral hangat, mukosa bibir kering, kulit merah, terdapat kompres di dahi, Suhu 39.6°C, Nadi 110 x/menit.	Hipertermi	Proses penyakit (infeksi bakteri virus dan parasit) ↓ Reaksi Inflamasi ↓ Proses Demam ↓ Hipertermi

2. Masalah Keperawatan Yang Muncul Pada Anak Dengan Masalah Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang

Klien k - 1 : Di dapatkan data diagnosa keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

Klien ke - 2 : Di dapatkan data diagnosa keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).

4.1.4 Rencana Tindakan Keperawatan Pada anak Kejang Demam Dengan Masalah Hipertermi Di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang

Klien ke - 1 :

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tujuan : Diharapkan pasien dapat mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal (36-37,5°C).

Kriteria hasil: NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

1. Termoregulasi :

- a. Tidak terjadi hipertermi
- b. Tidak ada perubahan suhu dan warna kulit
- c. Tidak mengalami dehidrasi

2. Tanda-tanda vital

- a. Suhu dalam rentang normal (36-37,5°C).
- b. Denyut nadi, pernafasan dalam rentang normal (100-160x/mnt, 20-30x/mnt)

4. Hidrasi

- a. Membran mukosa lembab

- b. Intake cairan cukup
- c. Output normal

Perencanaan keperawatan: NIC (*Nursing Intervention Clasification*)

1. Perawatan Demam :

- a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya tiap 4 jam sekali
- b. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tak di rasakan
- c. Monitor warna dan suhu kulit
- d. Dorong konsumsi cairan
- e. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- f. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam
- g. Berikan terapi cairan intravena sesuai advis dokter
- h. Kompres klien pada daerah kepala, lipatan paha dan aksila

2. Pengaturan suhu

- i. Monitor dan laporkan tanda dan gejala dari hipertermia
- j. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan klien

Pasien ke - 2 :

Diagnosa: Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Tujuan : Diharapkan klien dapat mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal (36-37,5°C).

Kriteria hasil: NOC (*Nursing Outcomes Classification*)

1. Termoregulasi :

- a. Tidak terjadi hipertermi

- b. Tidak ada perubahan suhu dan warna kulit
- c. Tidak mengalami dehidrasi

2. Tanda-tanda vital

- a. Suhu dalam rentang normal (36-37,5°C).
- b. Denyut nadi, pernafasan dalam rentang normal

4. Hidrasi

- a. Membran mukosa lembab
- b. Intake cairan cukup
- c. Output normal

Perencanaan keperawatan: NIC (*Nursing Intervention Clasification*)

1. Perawatan Demam :

- a. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya tiap 4 jam sekali.
- b. Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tak di rasakan.
- c. Monitor warna dan suhu kulit.
- d. Dorong konsumsi cairan
- e. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- f. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam
- g. Berikan terapi cairan intravena sesuai advis dokter
- h. Kompres klien pada daerah kepala, lipatan paha dan aksila

2. Pengaturan suhu

- i. Monitor dan laporkan tanda dan gejala dari hipertermia
- j. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan klien

4.1.5 Pelaksanaan Pada Anak Dengan Masalah Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam

Setelah rencana keperawatan di susun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah di tuliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dalam penelitian ini dilakukan selama 3 hari di ruang Ismail Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

Hari ke - 1

Pasien ke - 1 : An. A / 6 bulan, tanggal 29 juli 2018

Memperkenalkan diri pada pasien (BHSP) dan melakukan pengkajian pada pasien,. Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu: 39°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor tingkat kesadaran pasien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi Santagesik 50 mg, Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan kompres pada pasien di daerah kepala, dan axila, suhu: 38,5°C. Sesuaikan suhu lingkungan dengan cara membatasi pengunjung yang datang berlebih supaya tidak menjadi panas di ruangan. Melepaskan baju pasien yang tebal dan mengganti pakaian klien dengan yang tipis, Suhu ruangan tidak panas dan tidak ramai, Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi ceftriaxone 2 x 300 mg , Memberikan pasien minum yang cukup, pasien mau minum 30 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula. Memonitor asupan dan keluaran pasien, pasien minum air putih 25 cc lebih sering minum Asi dan makan bubur, pasien mengganti popok kurang lebih 2-3 kali dan bab 1x dalam sehari. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 5 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 700 cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, respon Suhu: 38,3°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit

putih, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi santagesik 50 mg, pasien tenang saat di berikan obat karena pasien sedang tidur.

Pasien ke - 2 : An. G / 6 bulan pada tanggal 30 Juli 2018

Memperkenalkan diri pada pasien (BHSP) dan melakukan pengkajian pada pasien, Observasi tanda-tanda vital, Suhu 39,6°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor tingkat kesadaran pasien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi ceftriaxone 2 x 300 mg, injeksi antrain 3 x 80 mg, Lacto B 2 x 1 sachet, Memberikan kompres pada daerah kepala dan axila, suhu: 38,4°C. Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan pasien minum yang cukup, Pasien mau minum 25 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula (600 cc). Memonitor asupan dan keluaran pasien, Pasien minum air putih 25 cc, susu formula 3-4 botol (840 cc). Ibu pasien mengatakan pasien mengganti popok 3-5 kali sehari, BAB 4x cair ampas. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 8 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 1.120cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu 38,6°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit kuning langsung, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi antrain 3 x 80 mg, Sesuaikan suhu lingkungan dengan cara membatasi pengunjung yang datang berlebih supaya tidak menjadi panas di ruangan. Melepaskan baju pasien yang tebal dan mengganti pakaian pasien dengan yang tipis, Suhu ruangan tidak panas dan tidak ramai.

Hari ke - 2

Pasien ke - 1 : An. A / 6 bulan, tanggal 30 Juli 2018

Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu: 38.3°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor tingkat kesadaran pasien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi Santagesik 50 mg, Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan kompres pada pasien di daerah kepala, dan axila, suhu: 38,1°C. Sesuaikan suhu lingkungan dengan cara membatasi pengunjung yang datang berlebih supaya tidak menjadi panas di ruangan. Melepaskan baju pasien yang tebal dan mengganti pakaian pasien dengan yang tipis, Suhu ruangan tidak panas dan tidak ramai, Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi ceftriaxone 2 x 300 mg , Memberikan pasien minum yang cukup, pasien mau minum 30 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula. Memonitor asupan dan keluaran pasien, pasien minum air putih 25 cc lebih sering minum Asi dan makan bubur, pasien mengganti popok kurang lebih 2-3 kali dan bab 1x dalam sehari. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 5 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 700 cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, respon Suhu: 38°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit putih, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi santagesik 50 mg, pasien tenang saat di berikan obat karena pasien sedang tidur. Memberikan HE pada keluarga pasien untuk membatasi aktivitas fisik pasien. Karena aktivitas fisik yang berlebihan akan meningkatkan suhu tubuh pasien.

Klien ke - 2 : An. G / 6 bulan, 31 Juli 2018

Observasi tanda-tanda vital, Suhu 38,4°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor tingkat kesadaran pasien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi ceftriaxone 2 x 300 mg, injeksi antrain 3 x 80 mg, Lacto B 2 x

1 sachet, Memberikan kompres pada daerah kepala dan axila, suhu: 38,2°C. Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan klien minum yang cukup, Pasien mau minum 25 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula (600 cc). Memonitor asupan dan keluaran pasien, Pasien minum air putih 25 cc, susu formula 3-4 botol (840 cc). Ibu pasien mengatakan pasien mengganti popok 3-5 kali sehari, BAB 3x cair ampas. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 8 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 1.120cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu 38,1°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit kuning langsung, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi antrain 3 x 80 mg, Sesuaikan suhu lingkungan dengan cara membatasi pengunjung yang datang berlebih supaya tidak menjadi panas di ruangan. Melepaskan baju pasien yang tebal dan mengganti pakaian pasien dengan yang tipis, Suhu ruangan tidak panas dan tidak ramai. Memberikan HE pada keluarga pasien untuk membatasi aktivitas fisik pasien, Karena aktivitas fisik yang berlebihan akan meningkatkan suhu tubuh pasien.

Hari ke – 3

Pasien ke - 1 : An. A / umur 6 bulan, 01 Agustus 2018

Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu: 37,5°C, Nadi: 110x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor tingkat kesadaran pasien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi Santagesik 50 mg, Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan kompres pada pasien di daerah kepala dan axila, suhu: 36,2°C. Sesuaikan suhu lingkungan dengan cara membatasi pengunjung yang datang berlebih supaya tidak

menjadi panas di ruangan. Melepaskan baju pasien yang tebal dan mengganti pakaian pasien dengan yang tipis, Suhu ruangan tidak panas dan tidak ramai, Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi ceftriaxone 2 x 300 mg , Memberikan pasien minum yang cukup, pasien mau minum 30 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula. Memonitor asupan dan keluaran pasien, pasien minum air putih 25 cc lebih sering minum Asi dan makan bubur, pasien mengganti popok kurang lebih 2-3 kali dan bab 1x dalam sehari. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 5 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 700 cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, respon Suhu: 36,1°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit putih, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi santagesik 50 mg, pasien tenang saat di berikan obat karena klien sedang tidur. Memberikan HE pada keluarga pasien untuk membatasi aktivitas fisik pasien. Karena aktivitas fisik yang berlebihan akan meningkatkan suhu tubuh pasien. Memberikan penjelasan pada keluarga cara untuk mempertahankan keseimbangan suhu tubuh dengan mengurangi aktivitas.

Pasien ke - 2 : An. G / 6 bulan, 01 Agustus 2018

Observasi tanda-tanda vital, Suhu 37,5°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor tingkat kesadaran klien compos mentis. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi antrain 3 x 80 mg, Lacto B 2 x 1 sachet, Memberikan kompres pada daerah kepala dan axila, suhu: 36,1°C. Memberikan HE pada keluarga pasien mengenai tindakan untuk penyakit anaknya, Memberikan pasien minum yang cukup, Pasien mau minum 25 cc air putih tapi lebih banyak minum susu formula (600 cc). Memonitor asupan dan keluaran pasien, Pasien minum air

putih 25 cc, susu formula 3-4 botol (840 cc). Ibu pasien mengatakan pasien mengganti popok 3-5 kali sehari, BAB 2x ampas. Memonitor input normal pasien dengan berat badan 8 kg maka bisa disimpulkan input normal untuk pasien 1.120cc/hari. Melakukan observasi tanda-tanda vital, Suhu 36°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Memonitor warna dan suhu kulit, warna kulit kuning langsung, akral hangat. Memberikan terapi sesuai advis dokter injeksi antrain 3 x 80 mg. Memberikan penjelasan pada keluarga cara untuk mempertahankan keseimbangan suhu tubuh dengan mengurangi aktivitas

4.1.6 Evaluasi Pada Anak Dengan Masalah Hipertermi Pada Pasien Kejang Demam

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan, berikut catatan perkembangannya:

Hari ke – 1

Pasien ke - 1 : An. A umur 6 bulan , tanggal 29 Juli 2018

Subyektif : Ibu pasien mengatakan An. A panas.

Obyektif : Akral hangat, mukosa bibir kering, Klien tampak rewel, kulit tidak merah, tidak kejang, Observasi tanda-tanda vital Suhu 39°C, Nadi 120 x/menit, RR 24 x/menit, SPO2: 96%, Hemoglobin 10.2 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%), Leokosit 12.000 (4000-11000 sel/cmm), Trombosit 420.000 (150000-450000 sel/cmm), Hematokrit 30.5 (L: 40-54% P: 35-47%), Eritrosit 4.56 (L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6.0 juta/cmm).

Assesement : Masalah belum teratasi.

Planning : 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya tiap 4 jam sekali.
2. Monitor asupan dan keluaran pasien.

3. Monitor warna dan suhu kulit pasien.
4. Dorong konsumsi cairan.
5. Monitor penurunan tingkat kesadaran
6. berikan pengobatan untuk mengatasi demam
7. Kolaborasi pemberian cairan intravena
8. Kompres klien pada daerah kepala dan axila
9. Monitor dan laporkan tanda gejala dari hipertermi
10. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien

Pasien ke - 2 : An. G umur 6 bulan , tanggal 30 Juli 2018

Subyektif: Ibu pasien mengatakan An. G panas.

Obyektif: Akral hangat, mukosa bibir kering, kulit tidak merah, tidak kejang, observasi tanda-tanda vital Suhu 39.6°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit. Hemoglobin 10,4 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%), Leokosit 14.700 (4000-11000 sel/cmm), Trombosit 444.000 (150000-450000 sel/cmm), Hematokrit 30.9 (L: 40-54% P: 35-47%), Eritrosit 4.54 (L: 4,5-6,5 juta/cmm P: 3,0-6.0 juta/cmm)

Assesement : Masalah belum teratasi

Planning : 1. Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya tiap 4 jam sekali.

2. Monitor asupan dan keluaran pasien.
3. Monitor warna dan suhu kulit pasien.
4. Dorong konsumsi cairan.
5. Monitor penurunan tingkat kesadaran
6. Berikan pengobatan untuk mengatasi demam
7. Berikan cairan intravena sesuai advis dokter

8. Kompres pasien pada daerah kepala, lipatan paha, axila
9. Monitor dan laporkan tanda gejala dari hipertermi
10. Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien

Hari ke – 2

Pasien ke - 1 : An. A umur 6 bulan , tanggal 30 Juli 2018

Subyektif : Ibu pasien mengatakan An. S panasnya sudah berkurang.

Obyektif : Akral hangat, Mukosa bibir kering, kulit tidak merah, tidak kejang, observasi tanda-tanda vital Suhu: 38.3°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit.

Assesement: Masalah teratasi sebagian

Planning: Rencana tindakan di lanjutkan nomor 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10.

Pasien ke - 2 : An. G umur 6 bulan , tanggal 31 Juli 2018

Subyektif : Ibu pasien mengatakan An. G panasnya berkurang.

Obyektif : Akral hangat, mukosa bibir lembab, kulit tidak merah, tidak kejang, Observasi tanda-tanda vital Suhu 38,4°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit.

Assesement : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan di lanjutkan nomor 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10

Hari ke – 3

Pasien ke - 1 : An. A umur 6 bulan , tanggal 01 Agustus 2018

Subyektif : Ibu pasien mengatakan An. A panasnya sudah normal.

Obyektif : Akral hangat, mukosa bibir lembab, klien tampak tenang, kulit tidak merah, observasi tanda-tanda vital Suhu: 36,1°C, Nadi: 120x/menit, RR: 24x/menit.

Assesement : masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan

Pasien ke - 2 : An. G umur 6 bulan , tanggal 01 Agustus 2018

Subyektif : Ibu klien mengatakan An. G panasnya sudah normal.

Obyektif : Akral hangat, mukosa bibir lembab, kulit tidak merah, tidak kejang, observasi tanda-tanda vital Suhu 36°C, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit.

Assesement : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan.

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada pasien kejang demam di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang. Sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan yang meliputi: Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Tahap pengumpulan data ada kesulitan penulis dalam mewawancarai secara langsung karena pasien pertama dan pasien kedua berusia 6 bulan dan belum bisa menjawab apalagi merespon apa yang ditanyakan oleh perawat dan semua pertanyaan dijawab oleh ibunya. Saat melakukan pengkajian dengan ibu pasien ada sedikit hambatan karena ibu pasien yang pertama kurang kooperatif sedangkan ibu yang kedua sangat kooperatif, pengkajian yang di dapat oleh peneliti kemudian divalidasi oleh perawat ruangan. Di dalam tinjauan kasus pada tahap pengkajian sebagai berikut:

Hasil peneliti dari tindakan observasi didapatkan data subyektif dari pasien 1 pengkajian pada tanggal 29 Juli 2018 pukul 12.00 WIB ibu klien mengatakan An.A panas, batuk pilek kurang lebih 1 minggu. Sedangkan pasien ke 2 pengkajian pada tanggal 30 Juli 2018 jam 08.00 WIB ibu pasien mengatakan An. G panas, batuk pilek kurang lebih 3 hari dan diare sudah satu minggu.

Dilakukan pengkajian riwayat penyakit sekarang An.A tanggal 29 Juli 2018 jam 05.30 WIB Anak di bawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang, masuk IGD dengan keluhan panas, batuk pilek kurang lebih sejak tanggal 28 Agustus, kejang 1 kali berlangsung kurang lebih 5 menit, panas ($39,1^{\circ}\text{C}$), diagnosa medis KDS, hasil pemeriksaan keadaan umum pasien lemah tampak rewel, tingkat kesadaran compos mentis. Pemeriksaan fisik Suhu 39°C , Nadi 120 x/menit, RR 24 x/menit, Akral hangat, kulit kemerahan, tidak kejang. Sedangkan An. G berjenis kelamin laki-laki umur 6 bulan, tanggal 30 Juli 2018 jam 17.30 anak dibawa ke IGD dengan keluhan panas, batuk pilek kurang lebih 3 hari, juga diare sudah satu minggu, kejang 1 kali selama kurang lebih 5 menit, panas ($39,7^{\circ}\text{C}$), Hasil pemeriksaan pasien tampak rewel, tingkat kesadaran composmentis. Pemeriksaan fisik Suhu tubuh $39,6^{\circ}\text{C}$, Nadi 110 x/menit, RR 24 x/menit, akral hangat, kulit kemerahan, tidak kejang. Hipertermia merupakan suhu inti tubuh di atas kisaran normal diural karena kegagalan termoregulasi (Nanda Internasional Inc 2015). Batasan karakteristik antara lain: Kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal ($36-37,5^{\circ}$), adapun serangan atau konvulsi, kulit kemerahan, pertambahan RR, Takikardi (SDKI, 2016). Dampak yang ditimbulkan hipertermia dapat berupa penguapan cairan tubuh yang berlebihan sehingga terjadi kekurangan cairan dan kejang (Alves & Almeida, 2008). Pada keluhan utama

tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu panas dengan kriteria kenaikan suhu tubuh, kulit kemerahan, pertambahan RR, dan takikardi. Maka hal ini terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka.

Didapatkan hasil pemeriksaan laboratorium abnormal pasien pertama : Hemoglobin 10.2 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%), Leokosit 12.000 (4000-11000 sel/cmm), Trombosit 420.000 (150000-450000 sel/cmm), Hematokrit 30.5 (L: 40-54% P: 35-47%). Sedangkan pada pasien kedua di dapatkan data pemeriksaan laboratorium abnormal : Hemoglobin 10,4 g% (L:13,0-16,0 P: 12,0-14,0 g%), Leokosit 14.700 (4000-11000sel/cmm), Trombosit 444.000 (150000-450000 sel/cmm), Hematokrit 30.9 (L: 40-54% P: 35-47%). Hipertermi terjadi karena pelepasan pirogen dari dalam leukosit yang sebelumnya telah terangsang oleh pirogen eksogen yang dapat berasal dari mikroorganisme atau merupakan suatu hasil reaksi imunologik yang tidak berdasarkan suatu infeksi. Penyebab demam selain infeksi juga dapat disebabkan oleh keadaan toksemia, keganasan atau reaksi terhadap pemakaian obat, juga gangguan pada pusat regulasi tubuh sentral misalnya: peradangan otak, koma (Noer, sjaifoellah, 2004).

Berdasarkan kasus pertama dan kedua dapat dinyatakan bahwa penyebab hipertermi pada anak berbeda-beda tergantung pada kondisi anak, tidak hanya disebabkan oleh karena infeksi. Oleh karena itu tidak semua faktor-faktor pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus karena beberapa hal-hal yang mempengaruhi Hipertermi seperti lingkungan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian pada kedua kasus ditemukan masalah utama yang muncul yaitu Hipertermi.

Dalam tinjauan teori yang muncul pada pasien kejang demam berdasarkan (Riyadi, Sujono & Sukarmin, 2009) menurut pedoman SDKI, 2016 adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi).
2. Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala.
3. Risiko cidera berhubungan dengan perubahan orientasi afektif.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Namun tidak semua diagnosa yang muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama ditemukan diagnosa keperawatan utama berdasarkan pengkajian dan analisa data yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data yaitu:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

Berdasarkan hasil penelitian, tidak ditemukan adanya kesenjangan antara studi kasus dan teori . Masalah hipertermi merupakan masalah utama yang ditemukan pada studi kasus ini oleh karena data-data yang diperoleh dari hasil pengkajian menunjang masalah hipertermi dan menjadi fokus dalam asuhan keperawatan ini. Masalah hipertermi menjadi masalah prioritas dalam studi kasus ini yang perlu dilakukan tindakan yang tepat oleh karena mengancam jiwa pasien.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Rencana tindakan yang dilakukan pada kedua kasus, yaitu : Pantau suhu dan tanda-tanda vital lainnya tiap 4 jam sekali, Monitor asupan dan keluaran, sadari perubahan kehilangan cairan yang tak di rasakan, Monitor warna dan suhu kulit, Dorong konsumsi cairan, Monitor penurunan tingkat kesadaran, Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam, Berikan cairan intravena sesuai advis dokter, Kompres pasien pada daerah kepala lipatan paha dan aksila , Monitor dan laporkan tanda dan gejala dari hipertermia, Sesuaikan suhu lingkungan untuk kebutuhan pasien.

Setelah menentukan pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan di susun berdasarkan *Nursing Intervention classification*. Pada tinjauan teori disusun perencanaan yang berdasarkan diagnosa keperawatan menurut (Riyadi, Sujono & Sukarmin, 2009) yaitu Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Pada perencanaan keperawatan kejang demam penulis akan berfokus pada perencanaan hipertermi yang menjadi masalah baik dalam tinjauan teori maupun tinjauan kasus pertama maupun pada kasus kedua. Perencanaan tersebut merupakan *fever treatment*. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari *fever treatment* menurunkan panas melalui konduksi, evaporasi, konveksi, radiasi.

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan kejang demam ditemukan bersumber satu masalah yaitu hipertermi. Pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua, sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus pada pelaksanaan manajemen hipertermi dalam mengatasi masalah-masalah keperawatan. Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus pada pengaruh tindakan non farmakologi yaitu kompres pada masalah keperawatan hipertermi. Terdapat kesenjangan yaitu peneliti tidak dapat mengkaji sakit kepala dan nyeri otot pada klien pertama dan kedua pada kriteria hasil dikarenakan klien masih bayi. Dan tidak dapat secara maksimal dalam melakukan rencana tindakan untuk menyesuaikan suhu lingkungan karena di ruangan klien pertama dan kedua tidak memiliki termometer ruangan dan tidak memakai ac dalam ruangan sehingga tidak dapat mengontrol suhu ruangan dengan maksimal.

Dengan adanya masalah tersebut akan muncul diagnosa keperawatan yang saling berkaitan akibat respon klien. Pada tinjauan kasus pertama hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), sedangkan pada tinjauan kasus kedua hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi). Sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus dalam pelaksanaan hipertermi .

Berdasarkan hasil dan teori terdapat kesamaan dalam melaksanakan tindakan keperawatan pada Kejang Demam. Adapun melakukan intervensi dengan mengajak serta keluarga dalam pelaksanaan tindakan untuk mengatasi diagnosa yang muncul antara lain tindakan kompres, mengukur suhu, dan pemberian cairan oral sesuai kebutuhan yang bisa menangani hipertermi sesuai dengan penelitian yang di laksanakan.

4.2.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung pada keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan.

Pada klien pertama masalah keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit masalah teratasi dalam jangka waktu 3x24 jam, evaluasi pada tanggal 29 Juli 2018 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7,8,9 pada tanggal 30 Juli 2018 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan di lanjutkan nomor 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10 pada tanggal 31 Juli 2018 masalah teratasi sehingga rencana tindakan dihentikan.

Pada klien kedua masalah keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit masalah teratasi dalam jangka waktu 3x24 jam, evaluasi pada tanggal 30 Juli 2018 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 1,2,3,4,5,6,7,8,9, pada tanggal 31 Juli 2018 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan di lanjutkan nomor 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10 pada tanggal 01 Agustus 2018 masalah teratasi sehingga rencana tindakan dihentikan.

Evaluasi pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena tidak ada klien secara nyata sehingga tidak mungkin dilakukan evaluasi dari rencana tindakan, sedangkan pada tinjauan kasus catatan perkembangan sudah dibuat berdasarkan pengamatan keadaan klien atau menanyakan langsung pada keluarga klien.