BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan kejang demam yang menjalani perawatan di Paviliun Ismail RS Siti Khotijah sepanjang maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 14 Juli 2013 sampai tanggal 17 Juli 2013 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Tanggal pengkajian 14 Juli 2013 pukul 13.00 WIB

3.1.1 Pengumpulan Data

Di ambil diruangan : Paviliun Ismail, No. Register: 40.96.37, Tanggal MRS : 14 Juli 2013 pukul 03.00 WIB

1) Identitas klien, nama An. A, umur 2 tahun 8 bulan, jenis kelamin laki-laki, agama islam, pendidikan belum sekolah, alamat RT.7/RW.I Bulu pinggir Waru gunung no.14 Karang pilang.

2) Identitas keluarga, nama ayah Tn.S, umur 36 tahun, pekerjaan swasta, agama islam, SMA, nama ibu Ny.R, umur 27 tahun, pekerjaan swasta, agama islam, pendidikan SMA.

3) Keluhan utama

   Ibu klien mengatakan anaknya panas.

4) Riwayat penyakit sekarang

   Menurut keterangan ibu klien, sejak tanggal 11 Juli 2013 anaknya badannya panas, anak kelihatan lesu, panasnya turun sebentar kemudian panas lagi. Tanggal 14 Juli 2013,

kemudian tanggal 14 Juli 2013 dibawa ke RS Siti Khotijah Sepanjang. Di UGD di ukur suhunya 39°C oleh dokter diberi terapi dan disarankan untuk rawat inap.

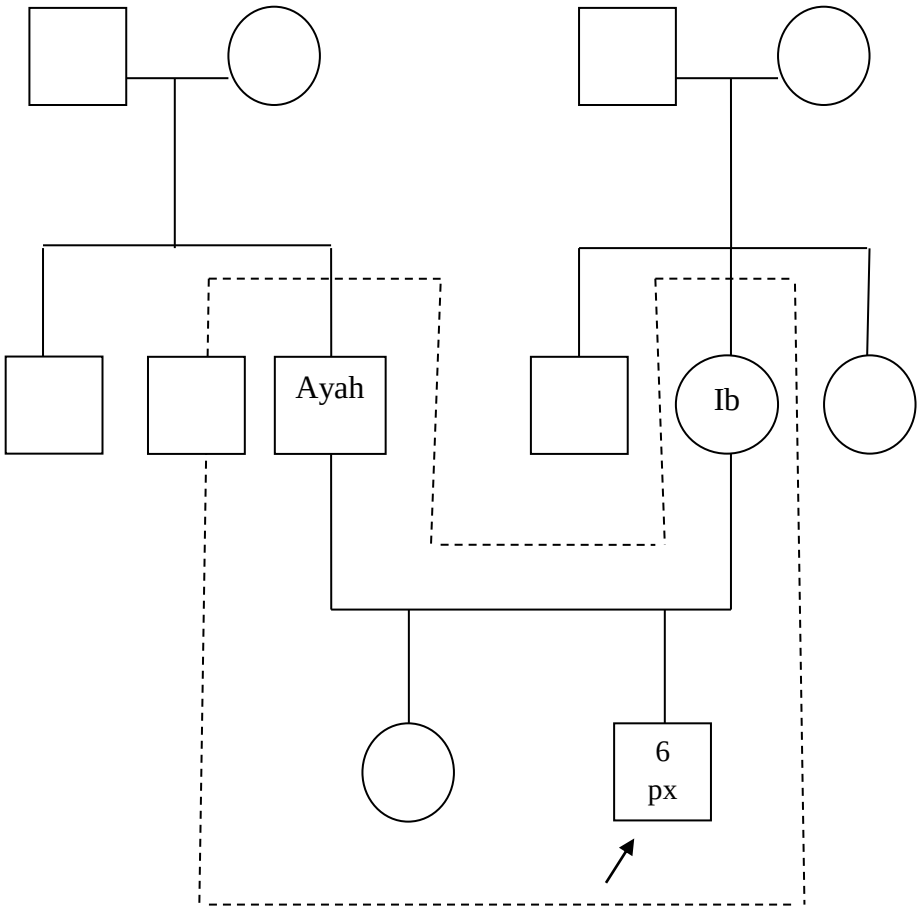
5) Riwayat penyakit dahulu

Orang tua klien mengatakan bahwa anaknya pernah sakit Infeksi Saluran kencing (ISK) hingga masuk ke rumah sakit, dan dirawat inap di RS Siti Khotijah Sepanjang

6) Riwayat penyakit keluarga

Orang tua klien mengatakan bahwa keluarga tidak pernah menderita penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan TBC.

7) Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

Laki-laki

Perempuan

6
px

Pasien

- -- - - Tinggal satu rumah

8) Riwayat kehamilan dan persalinan

(1) Prenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungannya ke bidan dan sudah mendapatkan suntikan TT 2 kali.

(2) Natal care

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan, ditolong oleh bidan dengan berat badan 3500 gram tanpa kelainan fisik.

(3) Post natal care

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan jika ada kelainan atau sakit. Klien mendapatkan ASI sampai umur 14 bulan sedangkan susu formula diberikan sampai umur sekarang dan juga Air gula. Klien telah mendapatkan imunisasi lengkap.

9) Riwayat tumbuh kembang

(1) Adaptasi sosial

Anak belum sekolah, anak suka bermain dengan teman sebaya.

(2) Bahasa

Kemampuan berbahasa semakin lancar karena anak menginjak usia sekolah.

(3) Motorik halus

Anak sudah dapat menggambar dan mewarnai, anak sudah mulai belajar dan menulis.

(4) Motorik kasar

Anak sudah dapat meloncat tali, bermain bola.

10) Riwayat imunisasi

Imunisasi BCG, Polio (I, II, III, IV), DPT (I, II, III), Hepatitis (I, II, III) dan campak telah diberikan dan dilakukan di Posyandu.

11) Riwayat nutrisi

Makanan sehari-hari nasi, sayur dan lauk pauk. ASI diberikan sejak lahir sampai usia 2 tahun, tidak pernah mendapatkan susu pengganti ASI. Makanan tambahan nasi campur pisang dihaluskan mulai umur 10 hari.

12) Pola-pola fungsi kesehatan

(1) Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

SMRS = keluarga klien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti rumah sakit, dokter umum , puskesmas, perawat dan tim kesehatan lain.

(2) Pola nutrisi dan metabolisme

SMRS = Ibu klien mengatakan anaknya makan dua atau tiga kali sehari dengan porsi 1 piring terdiri dari nasi, sayur, lauk pauk (tempe, tahu, telur dan daging), buah-buahan seperti pisang, pepaya dan lain-lain.

MRS= Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun, berat badan sebelum sakit 9,5 kg, TB 96 cm sedang saat sakit BB 9 kg, TB 96 cm, Di rumah sakit klien makan dihabiskan separuh porsi, susu dan teh diminum ½ gelas, air putih ± 150 CC. Suhu klien 38°C.

(3) Pola aktifitas dan latihan

SMRS = Ibu klien mengatakan klien makan, minum, mandi dan ganti baju dibantu dan terkadang sendiri.

MRS = Ibu klien mengatakan klien sering terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya sesekali minta ganti posisi tidur karena punggungnya terasa panas, klien minta dikipasi. Makan, minum dan ganti pakaian dibantu oleh ibu. Klien terbaring lemah dan dikompres pada kepala dan axila. Klien takut menggerakkan tangan kanannya yang terpasang infus.

(4) Pola eliminasi

Eliminasi alvi :

SMRS = Ibu klien mengatakan BAB satu kali sehari secara teratur dengan konstitensi lunak tidak ada gangguan, buang air besar dilakukan sendiri.

MRS = Ibu klien mengatakan buang air besar tidak teratur kadang 2 kali sehari dengan konstitensi agak keras.

Eliminasi urine :

SMRS = Ibu klien mengatakan buang air kecil 3 – 5 kali sehari secara teratur warna kuning jernih.

MRS = Ibu klien mengatakan buang air kecil 1 – 2 kali sehari warna kuning jernih. Klien tidak mau kencing pakai pot urinal, inginnya kencing ke kamar mandi.

(5) Pola tidur dan istirahat

SMRS = Ibu klien mengatakan klien tidur 12 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 2 jam pada siang hari). Kalau tidur selalu minta ditemani ibunya dulu sehingga segera bisa tidur.

MRS = Ibu klien mengatakan klien agak rewel saat tidur, jika tidur sering terbangun karena suhu tubuhnya meningkat dan bisa tidur kembali setelah di kompres atau di kipasi. Tidur siang hanya berbaring saja tapi tidak bisa tidur, klien bila tidur selalu dengan ibunya.

(6) Pola sensori dan kognitif

Sensori = Indera pendengaran berfungsi dengan baik begitu juga dengan indera perasa dan pembauan. Indera penglihatan juga berfungsi dengan baik dan setelah masuk rumah sakit tidak ada gangguan.

Kognitif = Klien seorang anak berusia 2 tahun 8 bulan yang tidak mengerti tentang penyakitnya tetapi keluarga klien mengerti tentang penyakit yang diderita anaknya.

(7) Pola hubungan dan peran

SMRS = Ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja, demikian pula dengan teman-temannya.

MRS = klien hanya berbicara dengan keluarga dan ibunya.

(8) Pola persepsi diri dan konsep diri

Keluarga klien merasa takut dan cemas tentang penyakit yang dialami anaknya, keluarga tidak mau pulang dulu sebelum anaknya sembuh.

(9) Pola reproduksi dan seksualitas

Saat ini klien berumur 2 tahun 8 bulan, masalah reproduksi dan seksualitas tidak mengerti hanya mengetahui jenis kelamin perempuan dan laki-laki.

(10) Pola penanggulangan stress

Keluarga klien sebelum memasukkan anaknya ke RS Siti Khotijah Sepanjang, membawa anaknya ke dokter dan keluarga klien mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa.

(11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Klien menganut agama islam, sebelum masuk rumah sakit klien tidak menjalankan ibadah shalat karena masih kecil tetapi klien sudah belajar mengaji.

(12) Pemeriksaan fisik

a). Keadaan umum lemah

Kesadaran compos metis, suhu 37°C, RR = 18 x/m, nadi = 100 x/m, BB = 9 Kg, TB = 96 cm.

b). Kepala dan leher

Bentuk kepala lonjong, warna rambut hitam dan kusut, tidak terdapat benjolan, pada leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan pembesaran vena jugularis.

c). Mata

Warna konjungtiva tidak pucat, mata nampak merah.

d). Hidung

Pada hidung terdapat sekret, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan polip.

e). Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering dan pecah-pecah, tidak terdapat stomatitis. Lidah tertutup selaput putih kotor, pada tonsil tidak ada hyperemi dan tenggorokan tidak nyeri waktu menelan.

f). Telinga

Bentuk simetris, tidak ada cairan yang keluar, fungsi pendengaran telinga kanan dan kiri normal.

g). Dada

Bentuk dada simetris, pergerakan otot pernafasan simetris, tidak ada refraksi, tidak terdengar suara tambahan (ronchi dan wheezing).

h). Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak buncit, pada palpasi ada nyeri tekan di perut bagian atas, tidak ada tanda-tanda hepatomegali, splenomegali, bising usus terdengar lemah, frekuensi peristaltik usus 5x/menit.

i). Punggung

Punggung teraba panas, basah karena banyak berkeringat, lembab dan nampak kotor tidak terdapat lecet.

j). Genetalia

Kebersihan anus cukup, tidak ada haemoroid, tidak ada lecet dan kemerahan.

k). Muskoloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema, atropi otot dan tidak terdapat dislokasi.

(13) Pemeriksaan penunjang

Tanggal 15 Agustus 2013

Gula darah acak : 155 (N: 70 - 200 mg/dl)

Natrium serum : 133 (N : 135 - 155 meq/l)

Kalium serum : 4,9 (N : 3,3 - 4,9 meq/l)

Clorida serum : 95 (N : 96 – 113 meq/l)

Sedimen : Eritrosit 1-2 (N : 0-1/plp), lekosit 2-3 (N : 0-2/plp), Epitel 1-2 (N : 0-2), kristal NEG, silinder NEG, bakteri NEG.

(14) Penatalaksanaan/terapi

Infus D5 1/4 500 cc/24 jam.

Injeksi ceftazidime 2 x 350 mg /IV.

Injeksi kutoin 3 x 20 mg/IV.

Injeksi dexa 3 x ½ ampul/IV.

Injeksi mikasin 2 x 70 mg/IV.

Diet : nasi

3.1.2 Analisa Data

Tanggal 14 Agustus 2013

1) Diagnosa pertama

   Data subyektif :

   Ibu mengatakan sudah 2 hari anaknya panas.

   Data obyektif :

   Suhu tubuh 38˚C, Mata agak cowong, BB = 9 kg , TB = 96 cm., Turgor kulit kurang, rambut kusam, Bibir kering, pecah – pecah, Keadaan umum lemah.

   Kemungkinan penyebab :

   Peningkatan suhu tubuh.

   Masalah :

   Potensial kejadian kejang berulang.

2) Diagnosa kedua

   Data subyektif :

   Ibu mengatakan badan klien panas sejak 2 hari yang lalu. Panas menurun pada pagi hari dan meningkat pada siang dan sore hari, panas mencapai puncaknya pada malam hari.Klien ingin minum terus dan mulut terasa kering.

   Data obyektif :

   Pemeriksaan suhu : 38°C, Keadaan umum lemah,Mukosa bibir kering dan pecah – pecah, RR = 20 x/m, nadi = 100 x/m, anak di kompres dan minta dikipasi.

   Kemungkinan penyebab :

   Proses infeksi.

   Masalah :

   Peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

3.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan data yang ada didapatkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

1. PK kejang berulang berhubungan dengan hipertermi
2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.

3.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 14 Juli 2013.

1. Diagnosa Keperawatan Pertama

Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan hipertermi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, klien tidak mengalami kejang berulang.

Kriteria hasil :

Tidak terjadi kejang berulang, Suhu tubuh yang normal 36,5°C – 37°C, Nadi dalam batas normal 80 – 100 x/m, Klien nampak tenang dan tidak didapatkan keringat dingin.

Intervensi :

1) Lakukan observasi kejang dan tanda – tanda vital setiap 4 jam.

   Rasional :

   Dengan mengobservasi tanda – tanda vital untuk mengetahui perkembangan pasien secara dini.

2). Beri kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien.

   Rasional :

   Pemberian kompres dingin dapat menurunkan suhu tubuh.

3). Beri minum yang cukup (1800 – 2000 ml).

Rasional :

Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadi dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.

4). Pakaian baju yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional :

Pakaian yang tipis dan menyerap keringat dapat mempermudah ventilasi udara dan sirkulasi jaringan perifer pada kulit.

5). Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian cairan infuse D5 ¼ 500cc/24jam dan terapi.

Rasional :

Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektroit.

Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat Injeksi ceftazidime 2 x 350 mg /IV, kutoin 3 x 20 mg/IV, dexa 3 x ½ ampul/IV, mikasin 2 x 70 mg/IV.

6). Libatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh.

Rasional :

Dengan penjelasan pada keluarga dapat mengerti sehingga akan mau bekerja sama dengan perawat.

2.Diagnosa Keperawatan Kedua

Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37,5˚C)

Kriteria hasil :

Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37,5˚C)**,** Tidak adakeringat dingin, Kondisi klien membaik, Bibir tidak kering dan pecah-pecah.

Intervensi :

1). Observasi suhu tubuh setiap 4 jam

Rasional :

Mengetahui perkembangan pasien secaca dini

2). Berikan minum air putih, susu, atau teh

Rasional:

Memenuhi kebutuhan cairan elektrolit

3). Berikan kompres pada badan dan aksila

Rasional :

Mengurangi dan membantu penurunan suhu tubuh

4). Ajarkan keluarga cara memantau suhu tubuh dan mengevaluasi suhu tubuh

Rasional :

Agar mengetahui peningkatan suhu tubuh secara dini

5). Kolaborasi dengan tim dokter mengenai pemberian obat penurun panas

Rasional :

Membantu penurunan suhu tubuh

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelakasanaan dimulai tanggal 14 Juli 2013.

1.Diagnosa Keperawatan Pertama

Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan hipertermi.

Tanggal 14 Juli 2013, Tindakan.

Jam 13.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 18 x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 13.15 WIB, melibatkan keluarga dalam perawatan serta ajari cara menurunkan suhu dan mengevaluasi perubahan suhu tubuh, respon : Ibu klien mau membantu dalam perawatan anaknya, misalnya : ikut membantu mengkompres dan memberi minum. Jam 13.30 WIB, memberi kompres dingin pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien, respon : klien mau dikompres di daerah kepala dan leher. Jam 13.45 WIB**,** memberi - minum cukup (1800 – 2000ml), respon : klien mau minum 3 sendok air putih tapi sering. Jam 14.00 WIB**,** memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat, respon : klien menggunakan baju dalam dan celana pendek. Jam 15.00 WIB, mengganti cairan infus D5 ¼ 500 cc/24 jam 20 tetes/menit, respon : cairan infus menetes dengan lancer. Jam 17.00 WIB, melakukan observasi tanda-tanda vital, respon : suhu = 38 °C, RR = 22 x/m, nadi = 98 x/m. Jam 20.00 WIB**,** memberi klien Inj. Ceftazidime 2 x 350 mg/IV dan Inj. kutoin 3 x 20 mg/IV, respon : klien menangis saat pemberian obat. Jam 21.00 WIB, melakukan observasi tanda-tanda vital, respon : suhu = 37 °C, RR = 20 x/m, nadi = 99 x/m.

Tanggal 15 Juli 2013, Tindakan.

Jam 05.00 WIB, melakukan observasi tanda-tanda vital, respon : suhu = 37°C, RR = 20 x/m, nadi = 99 x/m. Jam 08.00 WIB, memberi klien Inj. Ceftazidime 3 x 350 mg/IV, Dexa 3 x ½ ampul, Kutoin 3 x 20 mg dan Mikasin 2 x 70 mg/IV, respon : Klien diam dan nurut. Jam 09.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 20 x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 11.00 WIB, memberi kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien, respon : klien mau dikompres di daerah kepala. Jam 11.20 WIB, memberi minum yang cukup (1800 – 2000ml), respon : Klien mau minum sendiri ± 100 cc dan sering. Jam 11.30 WIB**,** memakaikan baju yang tipis dan menyerap

keringat, respon : klien menggunakan baju dalam dan celana pendek. Jam 12.00 WIB, memberi klien Inj. Ceftazidime 3 x 350 mg/IV, Dexa 3 x ½ ampul, Kutoin 3 x 20 mg. Jam 13.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 38,°C, RR = 20 x/m, Nadi = 98 x/m. Jam 15.00 WIB mengganti cairan infus D5 ¼ 500 cc/24 jam 20 tetes/menit, respon : cairan infus menetes dengan lancar. Jam 17.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 20 x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 20.00 WIB, memberi klien Inj. Ceftazidime 3 x 350 mg/IV, Dexa 3 x ½ ampul, Kutoin 3 x 20 mg dan Mikasin 2 x 70 mg/IV. Jam 21.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 24 x/m, Nadi = 101 x/m.

Tanggal 16 Juli 2013, Tindakan

Jam 05.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 34 x/m, Nadi = 99 x/m. Jam 08.00 WIB, memberiklien Inj. Cetazidime 3 x 350 mg/IV, respon : klien diam dan mau di suntik. Jam 09.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 28x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 10.00 WIB, memberi kompres dingin pada daerah axila, leher dan daerah pelipatan tubuh klien, respon : klien mau dikompres di daerah kepala. Jam 10.20 WIB, memberi minum yang cukup (1800 – 2000ml), respon : klien mau minum sendiri ± 150 cc dan sering. Jam 11.00 WIB**,** memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat, respon : klien menggunakan baju dalam dan celana pendek. Jam 12.00 WIB**,** memberi klien Inj. Cefotaxim 3 x 750 mg/IV, respon : klien diam dan mau di suntik. Jam 13.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37,1°C, RR = 24x/m, Nadi = 98 x/m. Jam 15.00 WIB, mengganti cairan infus D5 ¼ 500 cc/24 jam 20 tetes/menit, respon : cairan infus menetes dengan lancer. Jam 17.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 30x/m, Nadi = 99 x/m. Jam 20.00 WIB, memberi klien Inj. Ceftazidime 350mg dan dexa

½ ampul, respon : klien diam dan mau di suntik. Jam 21.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 36,8°C, RR = 24x/m, Nadi = 100 x/m. klien rencana KRS besok pagi.

Tanggal 17 Juli 2013, Tindakan.

Jam 08.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : suhu 36,4°C, RR = 20x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 09.00 WIB, melepas infuse pasien. Jam 10.15 WIB, Pasien KRS , control 5 hari lagi.

2.Diagnosa Keperawatan Kedua

Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.

Tanggal 14 Juli 2013, Tindakan.

Jam 18.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 18 x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 18.10 WIB, memberikan ekstra teh dalam keadaan hangat, respon : klien minum ½ gelas, Jam 18.20 WIB, memberi -kompres dingin pada daerah axial, leher dan daerah pelipatan tubuh klien, respon : klien mau dikompres di daerah kepala dan leher. Jam 18.30 WIB, Mengukur - berat badan, respon : BB = 9 kg TB = 96 cm.

Tanggal 15 Juli 2013, Tindakan.

Jam 07.00 WIB, peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan prosesinfeksi. Jam 07.15 WIB, memberikan ekstra susu atau makanan dalam keadaan hangat, respon : klien minum separuh. Jam 07.30 WIB, memberikan makan mulai sedikit tetapi sering hingga jumlah asupan terpenuhi. respon : klien mau makansambil dibujuk ibunya.

Tanggal 16 Juli 2013, Tindakan.

Jam 07.00 WIB, memberikan diet nasi, respon : klien makan separuh. Jam 07.30 WIB, memberikan ekstra susu atau keadaan hangat, respon : Klien minum ½ gelas. Jam 08.00 WIB , melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 18 x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 09.30 WIB, Memberi klien Inj. Cetazidime 3 x 350 mg/IV, respon : klien menangis saat disuntik. Jam 12.00, memberikan diet nasi dalam keadaan hangat, respon : klien habis hmpir 1 porsi. Jam 01.00, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 37°C, RR = 18 x/m, Nadi = 100 x/m.

Tanggal 17 Juli 2013. Tindakan

Jam 08.00 WIB, melakukan observasi tanda – tanda vital, respon : Suhu 36,4°C, RR = 20x/m, Nadi = 100 x/m. Jam 09.00 WIB, melepas infuse pasien. Jam 10.15 WIB, Pasien KRS , control 5 hari lagi.

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 14 Juli 2013 pukul 01.00 WIB.

1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan hipertermi

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya panas, tidak terjadi kejang.

Obyektif : keadaan umum lemah, pemeriksaan suhu (axila) = 38,°C, RR =20 x/m, Nadi = 99 x/m, mukosa bibir kering dan pecah-pecah.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : rencana tindakan nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6 di lanjutkan.

Tanggal 15 Agustus 2012 pukul 21.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya masih panas, tidak terjadi kejang.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 38°C, RR = 24 x/m, nadi = 101 x/m, kulit lembab dan banyak keringat, klien dikompres dan dikipasi.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : rencana tindakan nomor 1, 2, 3, 4, 5 dilanjutkan

Tanggal 16 Juli 2013 pukul 21.00 WIB

Subyektif : ibu mengatakan suhu tubuh anaknya mulai turun.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 36,8°C, RR = 30 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir agak lembab, wajah sedikit tenang.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : intervensi nomor 1, 2, 3, 4, 5 dipertahankan. Rencana KRS besok.

Tanggal 17 Juli 2013 pukul 09.00 WIB

Subyektif : Ibu mengatakan badan anaknya sudah tidak panas lagi.

Obyektif : pemeriksaan suhu (axila) = 36,4°C, RR = 28 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.

Assesment : masalah teratasi.

Planning : intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dipertahankan.

2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.

Tanggal 14 Juli 2013 pukul 18.30 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan anaknya panas.

Obyektif : suhu tubuh 38˚C

Turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah, alus separuh, minum susu ½ gelas.

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : melanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3, 5.

Tanggal 15 Agustus 2012 pukul 09.00 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan anaknya masih panas naik turun.

Obyektif : suhu tubuh 38˚C

Assesment : masalah belum teratasi.

Planning : melanjutkan intervensi nomor 1, 2, 3.

Tanggal 16 Agustus 2012 pukul 09.30 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan suhu tubuh menurun dan tidak panas.

Obyektif : suhu tubuh 37˚C

Assesment : masalah teratasi sebagian.

Planning : intervensi nomor 1, 2, 3 dilanjutkan.

Tanggal 17 Agustus 2012 pukul 09.00 WIB

Subyektif : ibu klien mengatakan suhu tubuh tidak panas.

Obyektif : suhu tubuh 36,5˚C

Assesment : masalah teratasi.

Planning : klien KRS

3.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada An. A dengan Kejang demam yang didapatkan sebagai berikut :

1. Diagnosa potensial kejadian kejang demam berhubungan dengan hipertermi ditandai dengan suhu = 38°C, lemah, mukosa bibir kering dan pecah-pecah. RR = 20 x/m, nadi = 100 x/m, pemeriksaan darah lengkap (+). **Tujuan tercapai tanggal 17 Juli 2013 pukul 10.00 WIB.** Suhu = 36,4°C, RR = 28 x/m, nadi = 100 x/m, mukosa bibir lembab, wajah tampak tenang.

2. Diagnosa kenaikan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi, turgor kulit kurang, rambut kusam, bibir kering dan pecah-pecah. Pemeriksaan urin lengkap (+). **Tujuan tercapai tanggal 17 Juli 2013 pukul 10.00 WIB.** Suhu tubuh normal 36,5˚C.