

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini berisi dua klien Anak kejang demam dengan masalah utama hipertermi, di Ruang Anak Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya 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 PKU Muhammadiyah Surabaya yang sekarang berdiri di Jl. KH. Mas Mansyur No. 180-182 Surabaya, Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Surabaya saat ini dipegang oleh dr. Achmad Aziz.

Luas lahan 1108 m², luas Bangunan 2176 m², Pelayanan IGD 24 jam, sudah ada pemisahan Triage dengan dilengkapi sarana dan prasarana sesuai dengan ketentuan standart pelayanan IGD. Pelayanan Rawat Jalan Poli Umum, Poli KIA Hamil, Poli KIA Anak, Poli Gigi, Poli Spesialis: Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Anak, Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Bedah Umum, Spesialis Mata. Pelayanan Rawat Inap: Rawat Inap Bersalin, Rawat Inap Umum, Rawat Inap Anak, Rawat Inap Bedah.

4.1.2 Pengkajian

1. Pengkajian identitas

Klien 1 : Pada tanggal 18 juni 2016 Jam 06.00 WIB

An. S umur 12 bulan berjenis kelamin Perempuan , tanggal lahir 13 juni 2015, Nomor register 093188, suku bangsa jawa Indonesia, Alamat kedinding lor. masuk rumah sakit pada tanggal 18 juni 2016 jam 03:41 WIB, dengan diagnosa medis DADS (diare akut dehidrasi sedang) + KD (Kejang Demam), sumber informasi keluarga pasien. Nama Ayah Tn.H, Umur Umur 39 Tahun, Pendidikan SMA, Pekerjaan Swasta, Agama Islam, Suku jawa, Bangsa Indonesia, Alamat kedinding Lor, Nama Ibu Ny.F, umur 35 tahun, pendidikan SLTP, pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga), Alamat kedinding Lor.

Klien 2 : Pada tanggal 13 juli 2016 Jam 08.00 WIB

An.A umur 17 bulan berjenis kelamin Laki-Laki, tanggal lahir 18 Januari 2015, Nomor register 078xxx, suku bangsa jawa Indonesia, Alamat Jl. Sidotopo Wetan, masuk rumah sakit pada tanggal 13 juli 2016 jam 06:15 WIB, dengan diagnosa medis KDK (kejang demam kompleks), sumber informasi keluarga pasien. Nama Ayah Tn.S, Umur Umur 37 Tahun, Pendidikan D3, Pekerjaan Guru, Agama Islam, Suku jawa, Bangsa Indonesia, Alamat Jl. Sidotopo Wetan, Nama Ibu N, umur 34 tahun, pendidikan SMA, pekerjaan IRT (Ibu Rumah Tangga), Alamat Jl. Sidotopo Wetan.

2. keluhan Utama

klien pertama : didapatkan data, Ibu klien mengatakan Keluhan yaitu Panas dan muntah.

Klien kedua : didapatkan data, ibu klien mengatakan keluhan yaitu panas.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Klien 1 : Ibu klien mengatakan sejak tanggal 16 juni 2016 anak panas, diare.

Oleh Ibu dibawa ke dokter praktik diberi obat bubuk dan sirup penurun panas, panasnya turun sebentar kemudian panas lagi dan diare agak berkurang. Tanggal 18 juni 2016 jam 04:41 WIB Anak dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, masuk IGD dengan keluhan muntah kurang lebih 5X, 10 menit kemudian Anak kejang 1 kali selama \pm 15 menit. Kejang yang berlangsung disertai panas tinggi ($39,1^{\circ}\text{C}$). Sesudah kejang klien segera sadar dan tidak menangis. Oleh dokter diberi terapi dan disarankan untuk rawat inap. Saat ini Anak dalam perawatan diruang anak RS. Muhammadiyah Surabaya.

Klien 2 : Ibu klien mengatakan Anak panas 2 hari, tidak batuk, tidak pilek dan tidak diare. Oleh Ibu di bawa ke dokter terdekat diberi obat bubuk untuk kejangnya dan sirup penurun panas. Panas berkurang sebentar, tanggal 13 Juli 2016 jam 02:15 WIB Anak dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Masuk IGD Anak kejang 1 kali selama \pm 8 menit, Kejang berlangsung disertai panas ($38,3^{\circ}\text{C}$) sebelum kejang tidak ada rangsangan tertentu yang menimbulkan

kejang. Sesudah kejang klien segera sadar dan tidak menangis. Oleh dokter diberi terapi dan disarankan untuk rawat inap. Saat ini Anak dalam perawatan diruang anak RS. Muhammadiyah Surabaya.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Klien 1 : ibu klien mengatakan penyakit yang pernah diderita batuk, pilek, diare, panas muntah dan belum pernah kejang sebelumnya.

Klien 2 : ibu klien mengatakan penyakit yang pernah diderita kejang pada waktu anak berumur 11 bulan.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Klien 1 : Pada Riwayat Penyakit Keluarga penyakit yang pernah diderita keluarga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, TBC dan tidak ada yang terkena penyakit kejang demam.

Klien 2 : Pada Riwayat Penyakit Keluarga penyakit yang pernah diderita keluarga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes militus, TBC dan ada keluarga yang terkena penyakit kejang demam yaitu ayah klien.

6. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a. Prenatal care

Klien 1 : didapatkan data, pada saat kehamilan, Ibu klien selalu teratur memeriksakan kandungannya dibidan setiap satu bulan sekali, ibu klien mendapatkan vitamin penambah darah dan juga mendapatkan Imunisasi TT 2 kali.

klien 2 : didapatkan data, pada saat kehamilan, Ibu klien selalu teratur memeriksakan kandungannya di Dokter setiap satu bulan sekali, ibu klien mendapatkan vitamin penambah darah dan juga mendapatkan Imunisasi TT 2 kali.

b. Natal care

Klien 1 : didapatkan data, pada saat lahir klien, persalinan normal, cukup bulan (39 minggu) ditolong oleh bidan praktik, klien lahir langsung menangis dengan berat badan 3.300 gram, panjang 42 cm, tidak didapatkan kelainan bawaan.

Klien 2 : didapatkan data, pada saat lahir klien persalinan normal cukup bulan (38 minggu) dan ditolong oleh dokter di Rumah Sakit Muhammadiyah, klien lahir langsung menangis dengan berat badan 3.400 gram, panjang 52 cm, tidak didapatkan kelainan bawaan.

c. Post natal care.

Klien 1 : didapatkan data, setelah proses kelahiran, Ibu klien merawat tali pusat dengan menggunakan kasa steril, ibu klien menyusui dengan ASI dan susu formula, klien mulai diberi makanan pendamping ASI berusia 6 bulan.

Klien 2 : didapatkan data, setelah proses kelahiran, Ibu klien merawat tali pusat dengan menggunakan kasa steril yang dibasahi dengan alkohol, ibu klien menyusui dengan ASI eksklusif, klien mulai diberi makanan pendamping ASI berusia 6 bulan.

7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Klien 1 : didapatkan data, pertumbuhan klien ketika lahir 3.300 gram dan panjang 42 cm, dan saat klien berusia 12 bulan berat badan 8,1 kg, tinggi badan 72 cm, lingkar kepala 46 cm, lingkar dada 44 cm, lingkar lengan atas 16 cm, Riwayat perkembangan klien umur 7 bulan klien merangkak dengan berpindah- pindah tempat, Umur 12 bulan klien sudah mulai belajar jalan tanpa berpegangan.

Klien 2 : didapatkan data, pertumbuhan klien ketika lahir 3.400 gram dan panjang 52 cm, dan saat klien berusia 17 bulan berat badan 8,6 kg, tinggi badan 84 cm, , lingkar kepala 52 cm, lingkar dada 50cm, lingkar lengan atas 18 cm. Riwayat perkembangan klien umur 12 bulan klien sudah dapat berjalan tanpa berpegangan dan usia 17 bulan klien mampu berjalan dengan baik, dan berlari.

8. Riwayat Imunisasi

Klien 1 : didapatkan data, Ibu mengatakan klien sudah mendapatkan imunisasi BCG, polio, DPT, hepatitis dan campak sesuai jadwal posyandu.

klien 2 : ibu klien mengatakan imunisasi BCG, polio, hepatitis 1x, DPT 1x dan imunisasi yang lain tidak diberikan karena ibu merasa takut anaknya panas.

9. Pola Fungsi Kesehatan

- a. Pola persepsi dan ketatalaksanaan kesehatan

Klien 1 : didapatkan data, ibu klien mengatakan dirumah klien selalu dimandikan 2x sehari pagi dan sore dan keramas 1xsehari pada pagi hari. Saat sakit hanya diseka 2x sehari pagi dan sore dan tidak keramas karena kondisi klien sakit. Bila anak sakit dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

klien 2 : didapatkan data, ibu klien mengatakan dirumah klien selalu dimandikan 2x sehari pagi dan sore dan keramas 3x seminggu. Saat sakit hanya diseka 2xsehari pagi dan sore dan tidak keramas karena kondisi klien sakit. Bila anak sakit dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Klien 1 : didapatkan data, ibu klien mengatakan klien makan bubur 3x sehari dengan porsi ukuran anak dihabiskan dan ditambah ASI. Saat sakit : ibu klien mengatakan nafsu makan menurun hanya minum ASI dan air putih 2 botol/hari (± 500 ml). BB sebelum sakit 8,1 kg dan sesudah sakit 7,4 kg.

Klien 2 : didapatkan data, ibu klien mengatakan klien makan 3x sehari dengan nasi lembek, minum ASI dan susu formula (± 700 ml). Saat sakit : ibu klien mengatakan klien hanya dikasi ASI dan susu formula.

c. Pola eliminasi

Klien 1 : didapatkan data, ibu klien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit klien BAB 1x sehari sekali secara teratur dengan konsistensi lembek, warna kuning, tidak ada gangguan dan kebiasaan BAK 7-

9 kali sehari, warna kuning jernih, bau khas, lancar dan spontan. Saat masuk Rumah sakit diare 3x sehari, konsistensi cair, berlendir dan tidak ada darahnya.

klien 2 : didapatkan data. Ibu klien mengatakan klien BAB 1-2 kali sehari secara teratur dengan konsisten lembek tidak ada gangguan dan kebiasaan BAK 6-8 kali sehari (3 kali ganti pempers).

d. Pola aktifitas dan latihan

Klien 1 : didapatkan data, ibu klien mengatakan sebelum sakit klien tengkurap kepala tegak, dan merangkap. Saat sakit ibu klien mengatakan klien tidak bisa melakukan aktifitas karena lemas, rewel dan sering menangis.

Klien 2 : didapatkan data. Ibu klien mengatakan klien berlari-lari, mampu mengenal orang terdekat, menangis bila ada orang asing yang tidak dikenal dan bermain-main. Saat sakit klien tidak melakukan aktivitasnya dan hanya minta digendong ibunya.

e. Pola istirahat dan tidur

Klien 1 : didapatkan data, Ibu klien mengatakan klien tidur 15 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 5 jam pada siang hari).

Saat sakit : ibu klien mengatakan klien rewel, menangis sehingga tidur berkurang (7 jam pada malam hari dan 3 jam pada siang hari).

Klien 2 : didapatkan data. Ibu klien mengatakan klien dirumah klien tidur 16 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 6 jam pada siang

hari). Saat dirumah sakit klien tidur seperti biasanya namun digendong ibunya.

f. Pola Sensori dan Kognitif

klien 1 : didapatkan data, Ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pada kelima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran apatis, setelah masuk rumah sakit kelima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran baik.

Klien 2 : Saat masuk rumah sakit pada kelima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran kompos metis, setelah masuk rumah sakit kelima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran baik.

g. Pola Persepsi - Konsep diri

Pada klien pertama dan kedua tidak terkaji karena klien masih kecil, pola persepsi dan konsep diri belum terbentuk.

h. Pola hubungan peran

klien 1 : didapatkan data ibu klien mengatakan hubungan anak dengan anggota keluarga baik, anak lebih dekat dengan ibunya dari pada ayahnya, klien berperan sebagai anak.

klien 2 : didapatkan data ibu klien mengatakan hubungan anak dengan anggota keluarga baik, anak lebih dekat dengan ibunya dari pada ayahnya, klien berperan sebagai anak.

i. Pola seksual/reproduksi

klien 1 : didapatkan data, klien adalah seorang anak yang berjenis kelamin perempuan, Usia 12 Bulan dan pola reproduksi dan seksualnya belum dapat terkaji.

klien 2 : didapatkan data, klien adalah seorang anak yang berjenis kelamin Laki-laki, Usia 17 Bulan dan pola reproduksi dan seksualnya belum dapat terkaji.

j. Pola koping dan penanggulangan stress

klien 1 : didapatkan data, bila sesuatu tindakan yang menyakiti tubuhnya, klien akan menangis, rewel, dan tidak mau ditinggal oleh ibunya.

klien 2 : didapatkan data, bila sesuatu tindakan yang menyakiti tubuhnya, klien akan menangis, dan ingin terus digendong oleh ibunya.

k. Pola dan tata nilai dan kepercayaan

klien 1 : didapatkan data, klien menganut kepercayaan sesuai dengan kepercayaan yang dianut oleh kedua orang tuannya dan untuk kegiatan ibadahnya belum dapat dikaji.

klien 2 : didapatkan data, klien menganut kepercayaan sesuai dengan kepercayaan yang dianut oleh kedua orang tuannya dan untuk kegiatan ibadahnya klien sering ikut dengan kedua orang tuannya saat melakukan ibadah.

10. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

klien 1 : tingkat kesadaran umum klien apatis.

klien 2 : tingkat kesadaran baik (compos metis).

b. Tanda-tanda vital

Klien 1 : Suhu $39,3^{\circ}\text{C}$, Nadi :170 x / menit, RR : 43 X / menit SPO2 85%.

Klien 2 : Suhu $39,3^{\circ}\text{C}$, Nadi :120 x / menit, RR : 43 X / menit SPO2 98%.

c. Kepala dan rambut

Klien 1 : bentuk kepala simetris, tidak teraba benjolan, ubun-ubun tidak cekung, kepala bersih, rambut warna hitam, tebal, lurus, bersih dan tidak bau.

Klien 2 : bentuk kepala simetris tidak teraba benjolan, ubun-ubun tampak cekung, kepala bersih, rambut warna hitam, tebal, lurus, bersih dan tidak bau.

d. Mata

Klien 1 : bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokhor, mata sayup dan cowong.

Klien 2 : bentuk mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, pupil isokhor.

e. Telinga

Klien 1 : bentuk simetris tidak ada luka, lubang telinga luar dan dalam bersih.

Klien 2 : bentuk simetris tidak ada luka, lubang telinga luar dan dalam bersih.

f. Hidung

Klien 1 : bentuk hidung simetris, tidak ada sekret terpasang O₂ nasal 2 liter per menit, tidak ada nyeri tekan, terdapat bulu hidung, tidak

ada benjolan yang teraba di sekitar hidung, Tidak ada sekret yang keluar dari hidung

Klien 2 : bentuk hidung simetris, tidak ada nyeri tekan, terdapat bulu hidung, tidak ada benjolan yang teraba di sekitar hidung, Tidak ada sekret yang keluar dari hidung.

g. Mulut

Klien 1 : bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, gigi bersih, lidah merah muda, tidak ada tonsilitis, stomatitis, dan faringitis.

Klien 2 : bentuk mulut simetris, mukosa bibir kering, gigi bersih, lidah merah muda, tidak ada tonsilitis, stomatitis, dan faringitis.

h. Tengku/Leher

Klien 1 : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid dan tidak ada kaku kuduk.

Klien 2 : tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid dan tidak ada kaku kuduk.

i. Dada

Klien 1 : Inspeksi : bentuk dada simetris tidak ada luka, respiratori rate 43x/menit. palpasi : tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri saat bernafas, gerakan dada sama, tidak ada benjolan, perkusi : hipersonor, auskultasi : suara nafas ireguler, tidak ada suara tambahan *ronchi/wheezing*, terdengar S1, S2 tunggal.

Klien 2: Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka, respiratori rate 23x/menit. palpasi: tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri saat bernafas, gerakan dada sama, tidak ada benjolan, perkusi:

hipersonor, auskultasi : suara nafas ireguler, tidak ada suara tambahan *ronchi/wheezing*, terdengar S1, S2 tunggal.

j. Abdomen

Klien 1 : Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hati, palpasi :tidak ada nyeri tekan, tidak tampak asites pada abdomen, tidak ada benjolan, perkusi : terdengar timpani, auskultasi : bising usus 13x/menit

Klien 2 : Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hati, palpasi :tidak ada nyeri tekan, tidak tampak asites pada abdomen, tidak ada benjolan, perkusi : terdengar timpani, auskultasi: bising usus 15x/menit.

k. Genetalia

Klien 1 : tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis belum tumbuh kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

Klien 2 : tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis belum tumbuh kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia.

l. Anus

Klien 1 : kebersihan terjaga tidak ada hemorid, tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi.

Klien 2 : kebersihan cukup tidak ada hemoroid, tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi.

m. Integumen

Pada 1 : saat palpasi kulit teraba panas, tidak ada lesi atau bekas jahitan, turgor kulit menurun, CRT >2detik, warna kulit sawo matang.

Pada 2 : saat palpasi kulit teraba panas, tidak ada lesi atau bekas jahitan, turgor kulit elastis, CRT <2detik., warna kulit sawo matang.

n. Muskuloskeletal

Klien 1 : pada muskuloskeletal tidak ada nyeri sendi, ekstremitas atas dan bawah dapat digerakkan bebas tanpa tahanan, kekuatan otot 5.

Klien 2 : pada muskuloskeletal tidak ada nyeri sendi, ekstremitas atas dan bawah dapat digerakkan bebas tanpa tahanan, kekuatan otot 5.

11. Pemeriksaan Penunjang

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

Klien 1 : pemeriksaan tanggal 18 juni 2016

Mikroskopis

1. Amubae : Negatif (Negatif / -).
2. Bakteri : Positif (Negatif).
3. Eritrosit : 0 – 1 /LP (Negatif)
4. Jamur : Negatif (Negatif).
5. Kista : Negatif (Negatif).
6. Lekosit : 4 - 6 /LP (Negatif).
7. Lemak : Negatif (Negatif).
8. Parasit : Negatif (Negatif).

9. Sisa makan : Positif (Positif / Negatif).
 10. Telur cacing : Negatif (Negatif).

Makroskopis

11. Bau : khas (-)
 12. Darah : Negatif (Negatif).
 13. Konsistensi : Lembek (Lembek)
 14. Lendir : Positif (Negatif)
 15. Warna : Kuning (Kuning)

Hematologi / darah lengkap

16. Hemoglobin : 11,1g% (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0g%)
 17. Lekosit : 29.900 (4000 – 11000 sel/ccm)
 18. Trombosit : 490.000 (150000 – 450000 sel/ccm)
 19. Hematokrit : 31,6 (L : 40 – 54 % , P : 35 – 47 %)
 20. Eritrosit : 4, 07 (L: 4,5 – 6,5 , P : 3,0 – 6,0 juta/ccm)

Serilogi / imunologi

21. CRP kualitatif : negatif (negatif).

Elektrolit ISE

22. Natrium : 143 (135 – 143 mmol/L)
 23. Kalium : 3,4 (3,5 – 5.0 mmol/L)

24. Clorida : 98 (98 – 107 mmol / L)

Pemeriksaan tanggal 20 – 06 – 2016

Hematologi / darah lengkap

1. Hemoglobin : 9,9 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0 g %)
2. Lekosit : 8.900 (4000 – 11000 sel/ccm)
3. Trombosit : 111.000 (150000 – 450000 sel/ccm)
4. Hematokrit : 27,4 (L : 40 – 54 % , P : 35 – 47 %)
5. Eritrosit : 3, 62 (L: 4,5 – 6,5 , P : 3,0 – 6,0 juta/ccm)

Terapi

1. Infus : KAEN 1B 10 tpm.
2. Ijeksi cinam : 3 x 200 mg
3. Injeksi Colsan : 3 x 200 mg
4. Injeksi indexon : 2x 1,5 mg
5. Inj metronidazole : 3 x 50ml.
6. L -Bio : 2 x 1sacet.
7. Syirup trimoxol : 2 x ½ cth.
8. Puyer diare : 3 x 1 sacet.
9. Stesolid : 5 mg/rectal bila kejang.

Kebutuhan cairan

An. S umur 12 bulan BB = 8,1kg

BB = 1-10 = 100ml/kg BB → 8,1 x 100 ml/kg = 810 ml/ hari.

- Input cairan : minum : 500 cc

Infus : 750 cc

Air metabolisme : 64,8 cc \rightarrow (8 x 8,1 kg)

$$\begin{array}{r} \text{-----} + \\ 1.314,8 \text{ cc} \end{array}$$

IWL pada anak = (30 – 1 Th) x 8,1 kg = 234,9 cc

IWL kenaikan suhu = 234,9 cc + 200 (39,1⁰C – 36,8⁰C)

$$= 234,9 \text{ cc} + 200 (2,3)$$

$$= 234,9 \text{ cc} + 460$$

$$= 694,9 \text{ cc}$$

- Output cairan :

Muntah	= 50 cc
Urine	= 450 cc
Diare	= 100 cc
IWL	= 649,9 cc
	$\text{-----} +$
	1.294,9 cc

- Balance cairan An.S = Input - Output.

$$= 1.314,8 \text{ cc} - 1.294,9 \text{ cc}$$

$$= + 19,9 \text{ cc}$$

Klien 2 : Pemeriksaan tanggal 13 juli 2016

Hematologi / darah lengkap

1. Hemoglobin : 9,3 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0)
2. Lekosit : 6.000 (4000 – 11000 sel/ccm)

3. Trombosit : 419.000 (150000 – 450000 sel/ccm)
4. Hematokrit : 28,4 (L : 40 – 54 % , P : 35 – 47 %)
5. Eritrosit : 4,07 (L: 4,5 – 6,5 , P : 3,0 – 6,0 juta/ccm)

Terapi

1. Infus KAEN 1B 10 tpm.
2. Ijeksi sanpasilin 3 x 300 mg.
3. Ijeksi salticin 2 x 20 mg.
4. Ijeksi Dextrose 40% 3 x 5 cc.
5. Ijeksi indexone 2 x 2,5 mg.
6. Syrup sanmol 3 x 3/4 sendok teh.
7. Stesolid supp 5 mg bila kejang.

Kebutuhan cairan

$$BB = 1-10 = 100\text{ml/kg BB}$$

$$= 8,6 \times 100 \text{ ml/kg} = 860 \text{ ml/ hari.}$$

- Input cairan : minum : 700 cc

$$\text{Infus} : 750 \text{ cc}$$

$$\text{Air metabolisme} : 68,8 \text{ cc} \longrightarrow (8 \times 8,6 \text{ kg})$$

$$\begin{array}{r} \hline + \\ 1.518,8 \text{ cc} \end{array}$$

$$\text{IWL pada anak} = (30 - 1,7 \text{ Th}) \times 8,6 \text{ kg} = 438,6 \text{ cc}$$

$$\text{IWL kenaikan suhu} = 234,9 \text{ cc} + 200 (38,3^{\circ}\text{C} - 36,8^{\circ}\text{C})$$

$$= 234,9 \text{ cc} + 200 (2,5)$$

$$= 234,9 \text{ cc} + 500$$

$$= 938,6 \text{ cc}$$

- Output cairan :

Urine	=	550 cc	
IWL	=	938,6 cc	
		+ 1.488,6 cc	

- Balance cairan An.S = Input - Output.

$$= 1.518,8 \text{ cc} - 1.488,6 \text{ cc}$$

$$= + 30,2 \text{ cc}.$$

4.1.3 Analisa Data

Klien 1: An. S / umur 12 bulan, tanggal 18 juni 2016.

1. Data Subyektif : Ibu klien mengatakan Anak panas.

Data Obyektif : Akral panas, mukosa bibir kering, terdapat kompres didahi, muntah, suhu: $39,1^{\circ}\text{C}$, nadi : 170 x / menit, RR : 43 X / menit, SPO2 : 85%, Bakteri : Positif (Negatif), Lekosit : 4 - 6 /LP (Negatif), Lendir : positif (Negatif), Lekosit : 29.900 (4000 – 11000 sel/ccm).

Etiologi : proses infeksi / dehidrasi (kekurangan cairan).

Masalah : Hipertermi

2. Data Subyektif : Ibu klien mengatakan An.S semenjak sakit nafsu makan berkurang, mual dan muntah.

Data Obyektif : Keadaan umum apatis, Turgor kulit menurun, BB awal 8,1 kg, BB sesudah sakit 7,4 kg, Diare 3x sehari, Suhu : 39,1⁰C, Nadi :170 x / menit, RR : 43x/menit, SPO2 : 85%, CRT : > 2dtk.

Etiologi : Intake yang kurang, output berlebihan.

Masalah : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3. Data Subyaktif : Ibu klien mengatakan klien rewel dan nangis sehingga tidur berkurang.

Data Obyektif : Akral panas, tampak lemas, mata sayup, terpasang O₂ nasal 2L/menit, Suhu : 39,1⁰C, Nadi :170 x / menit, RR : 43 X / menit, SPO2 : 85%.

Etiologi : meningkatnya metabolisme tubuh akibat hipertermi.

Masalah : Gangguan Pola Tidur.

Klien 2 : An. A / umur 17 bulan, tanggal 13 juli 2016.

1. Data Subyektif : Ibu klien mengatakan Anak panas.

Data Obyektif : Akral panas, mukosa bibir kering, terdapat kompres didahi, suhu: 38,3⁰C, nadi :120 x / menit, RR : 28 X / menit, SPO2 : 95%, Hemoglobin : 9,3 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0), Hematokrit: 28,4 (L : 40 – 54 % , P : 35 – 47 %).

Etiologi : proses infeksi / genetik.

Masalah : Hipertermi

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

klien 1 : Didapatkan data diagnosa keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi / kekurangan cairan.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang output berlebihan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan meningkatnya metabolisme tubuh akibat hipertermi.

Klien 2 : Didapatkan data diagnosa keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi/ genetik.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Klien 1 :

Diagnosa 1 . Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan : *NOC Thermoregulation*. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh dalam rentang normal (36-37,5⁰C).

Kriteria Hasil :

1. Suhu tubuh dalam rentang normal (36 – 37,5⁰C)
2. Nadi dan frekwensi pernapasan dalam rentang normal
3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

Rencana Tindakan :

NIC : Fever treatment

1. Kaji faktor – faktor terjadinya hipertermi.

Rasional : Mengetahui penyebab terjadinya hipertermi karena penambahan pakaian/selimut dapat menghambat penurunan suhu tubuh.

2. Observasi tanda – tanda vital tiap 4 jam sekali

Rasional : Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan yang selanjutnya.

3. Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : Suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan, kelembaban tinggi akan mempengaruhi panas atau dinginnya tubuh.

4. Berikan kompres pada axila, leher dan lipatan paha.

Rasional : Proses konduksi/perpindahan panas dengan suatu bahan perantara.

5. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun

Rasional : proses hilangnya panas akan terhalangi oleh pakaian tebal dan tidak dapat menyerap keringat.

6. Beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien minum yang cukup.

Rasional : Kebutuhan cairan meningkat karena penguapan tubuh meningkat.

7. Batasi aktivitas fisik/ betres selama demam.

Rasional : aktivitas meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik

Rasional : pemberian antipiretik untuk menurunkan panas sesuai dosis yang tepat.

Klien 2 :

Diagnosa 1 : Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Tujuan : *NOC Thermoregulation*. Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan suhu tubuh dalam rentang normal (36-37,5⁰C).

Kriteria Hasil :

1. Suhu tubuh dalam rentang normal (36 – 37,5⁰C)
2. Nadi dan frekwensi pernapasan dalam rentang normal
3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing

Rencana Tindakan :

NIC : Fever treatment

1. Kaji faktor – faktor terjadinya hipertermi.

Rasional : Mengetahui penyebab terjadinya hipertermi karena penambahan pakaian/selimut dapat menghambat penurunan suhu tubuh.

2. Observasi tanda – tanda vital tiap 4 jam sekali

Rasional : Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan yang selanjutnya.

3. Pertahankan suhu tubuh normal

Rasional : Suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan, kelembaban tinggi akan mempengaruhi panas atau dinginnya tubuh.

4. Berikan kompres pada axila, leher dan lipatan paha.

Rasional : Proses konduksi/perpindahan panas dengan suatu bahan perantara.

5. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun

Rasional : proses hilangnya panas akan terhalangi oleh pakaian tebal dan tidak dapat menyerap keringat.

6. Beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien minum yang cukup.

Rasional : Kebutuhan cairan meningkat karena penguapan tubuh meningkat.

7. Batasi aktivitas fisik/ betres selama demam.

Rasional : aktivitas meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik

Rasional : pemberian antipiretik untuk menurunkan panas sesuai dosis yang tepat.

4.1.6 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. pelaksanaan dalam penelitian ini di lakukan selama 3 hari di Ruang Zam-Zam Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

Hari ke - 1

Klien 1 : An. S / 12 bulan, tanggal 18 juni 2016

06.00 : memperkenalkan diri pada pasien (BHSP).

Respon Keluarga dan klien kooperatif.

07. 30 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 39,3⁰C, Nadi :170 x / menit, RR : 43 X / menit.

08.00 : Kolaborasi ijeksi cinam 200 mg, Ijeksi colsan 200 mg, metrinidazole 50 mg, L-bio 1 sacet, syrup trimoxol 2x ½ sendok teh, dan puyer diare 1 sacet.

Respon : klien menangis saat pemberian obat, sehingga dilakukan secara bertahap.

08.30 : memberikan kompres pada pasien.

Respon : klien mau dikompres didaerah kepala, leher dan lipatan paha, suhu : 38,7°C.

09.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis d.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 30 ml air putih tapi sering.

10.00 : mengganti cairan infus KAEN 1B 10 tpm /24 jam.

Respon : cairan infus menetes dengan lancar.

12.00 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 38,4⁰C, Nadi :158 x / menit, RR : 40 X / menit.

Klien 2 : An. A / 17 bulan pada tanggal 13 juli 2016.

08.00 : memperkenalkan diri pada pasien (BHSP).

Respon Keluarga dan klien kooperatif.

08.30 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 38,3⁰C, Nadi :120 x / menit, RR : 28 X / menit.

08.40 : memberikan injeksi sanpicilin 300 mg.

Respon : klien menangis saat dilakukan injeksi obat.

08.30 : memberikan kompres hangat pada pasien.

Respon : klien mau dikompres didaerah kepala, leher dan lipatan paha, suhu : 37,9°C.

09.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 30ml air putih tapi sering.

11.300 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 37,9⁰C, Nadi : 110 x / menit, RR : 26 X / menit.

12.00 : memberikan injeksi dextrose 40% 5cc, injeksi indexon 2,5mg.

Respon : klien tidur saat dilakukan injeksi.

Hari Ke – 2

Klien 1 : An. S / 12 bulan, tanggal 19 juni 2016

07.00 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 39,3⁰C, Nadi : 160 x / menit, RR : 38 X / menit.

08.00 : Kolaborasi injeksi cinam 200 mg, Ijeksi colsan 200 mg, metrinidazole 50 mg, L-bio 1 sacet, syrup trimoxol ½ sendok teh, dan puyer diare 1 sacet,

Respon : klien klien diam saat dilakukan injeksi.

08.30 : memberikan kompres air biasa pada pasien didaerah, axila, leher dan lipatan paha

Respon : klien mau dikompres didaerah kepala dan axila, suhu: 38,4°C.

09.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis d.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 50 ml air putih tapi sering.

10.00 : Menantau tetesan cairan infus KAEN 1B 10 tpm.

Respon : cairan infus menetes dengan lancar.

11.00 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 38,8⁰C, Nadi :162 x / menit, RR : 39 X / menit.

12.00 : memberikan kompres air biasa pada pasien didaerah, axila, leher dan lipatan paha

Respon : klien diam dan mau dikompres, suhu : 38°C.

13.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis

14 :00 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 50ml air putih tapi sering

15.00 : memberikan HE pada keluarga untuk membatasi aktifitas fisik anak.

Rasional : aktivitas yang berlebihan dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

16.00 : Kolaborasi injeksi cinam 200mg, Ijeksi colsan 200 mg, dan puyer diare 1 sacet.

Respon : klien tenang saat dilakukan injeksi.

Klien 2 : An. A / 17 bulan pada tanggal 14 juli 2016.

07.00 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $37,9^{\circ}\text{C}$, Nadi : 120 x / menit, RR : 28 X / menit.

08.40 : memberikan injeksi sanpicilin 300 mg.

Respon : klien menangis saat dilakukan injeksi obat.

08.30 : memberikan kompres hangat pada pasien.

Respon : klien mau dikompres didaerah kepala, leher dan lipatan paha, suhu : $37,6^{\circ}\text{C}$.

09. 00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis d.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 100ml air putih tapi sering.

11.00 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $37,7^{\circ}\text{C}$, Nadi : 110 x / menit, RR : 26 X / menit.

11.30 : memberikan kompres air biasa pada pasien didaerah, axila, leher dan lipatan paha

Respon : klien diam dan mau dikompres, suhu : $37,3^{\circ}\text{C}$.

11.40 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis

12.00 : Kolaborasi injeksi dextrose 40% 5cc, injeksi indaxon 2,5mg dan syrup sanmol $\frac{3}{4}$ (3,75ml) sendok teh.

Rasional : klien diam

13.00 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 150 ml air putih tapi sering

14.00 : Menjelaskan pada keluarga untuk membatasi aktifitas fisik anak.

Rasional : aktivitas yang berlebihan dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

15.00 : ditemukan infus klien macet dan bengkak sehingga dilakukan pelepasan infus.

Rasional : mengurangi infeksi yang lebih lanjut dan mengurangi rasa sakit pada area plebitis.

16.00 : melakukan pemasangan infus KAEN 1B 10 tpm / 24 jam.

Rasional: infus berhasil dan lancar.

Hari Ke – 3**Klien 1** : An. S / 12 bulan, tanggal 20 juni 2016.

07.00 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 37,7⁰C, Nadi :116 x / menit, RR : 30 X / menit.

08.00 : Kolaborasi ijeksi cinam 200 mg, Ijeksi colsan 200 mg, metrinidazole 50 mg, L-bio 1 sacet, syrup trimoxol ½ sendok teh, dan puyer diare 1 sacet,

Respon : klien dian saat dilakukan injeksi.

08.30 : memberikan kompres air biasa pada pasien didaerah, axila, leher dan lipatan paha

Respon : klien diam dan mau dikompres, suhu : 37,1⁰C.

09.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis d.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 200ml air putih tapi sering.

10.00 : Mengganti cairan infus KAEN 1B 10 tpm / 24 jam.

Respon : cairan infus menetes dengan lancar.

11.00 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : 36,7⁰C, Nadi :118 x / menit, RR : 30 X / menit.

12.00 : Menjelaskan pada keluarga agar mempertahankan keseimbangan suhu tubuh dengan mengurangi aktivitas fisik anak.

Respon : klien tampak tenang.

13.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis

14 :00 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 50ml air putih tapi sering.

14.15 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $36,4^{\circ}\text{C}$, Nadi : 118 x / menit, RR : 30 X / menit.

Klien 2 : An. A / 17 bulan, tanggal 15 juli 2016.

07.00 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $37,3^{\circ}\text{C}$, Nadi : 115 x / menit, RR : 26 X / menit.

08.40 : Kolaborasi injeksi sanpicilin 300 mg.

Respon : klien menangis saat dilakukan injeksi obat.

08.30 : memberikan kompres pada pasien didaerah, axila, leher dan lipatan paha.

Respon : klien mau dikompres didaerah kepala, leher dan lipatan paha, suhu : 37°C .

09.00 : memakaikan baju yang tipis dan terbuat dari kain katun.

Respon : klien menggunakan pakaian dalam yang tipis.

10.30 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 100ml air putih tapi sering.

11.00 : melakukan observasi tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $36,8^{\circ}\text{C}$, Nadi : 110 x / menit, RR : 25 X / menit.

11.30 : Menjelaskan pada keluarga agar mempertahankan keseimbangan suhu tubuh dengan mengurangi aktivitas fisik anak.

Respon : klien tampak tenang.

12.00 : Kolaborasi injeksi dextrose 40% 5cc, injeksi indaxon 2,5mg dan syrup sanmol $\frac{3}{4}$ (3,75ml) sendok teh.

13.00 : memberi minum yang cukup.

Respon : klien mau minum 100 ml air putih tapi sering

14.00 : melakukan observasi Tanda-tanda vital.

Respon : Suhu : $36,6^{\circ}\text{C}$, Nadi : 118 x / menit, RR : 30 X / menit.

4.1.7 Evaluasi

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

Hari Ke-1

Klien 1 : An.S umur 12 bulan, tanggal 18 juni 2016

Subyektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas.

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir kering, observasi tanda-tanda vita : Suhu :
 39,3⁰C, Nadi :170 x / menit, RR : 43 X / menit, Bakteri : Positif
 (Negatif), Lekosit : 4 - 6 /LP (Negatif), Lendir : positif (Negatif),
 Lekosit : 29.900 (4000 – 11000 sel/ccm).

Assesement : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan nomor .

2. Observasi tanda – tanda vital tiap 4 jam sekali.
3. Pertahankan suhu tubuh normal.
4. Berikan kompres pada axila, leher dan lipatan paha.
5. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun.
6. Beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien minum yang cukup.
7. Batasi aktivitas fisik/betres selama demam.
8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik (Syrup trimoxol : 2 x ½ cth).

Klien 2 : An.A umur 17 bulan, tanggal 13 juli 2016 :

Subyektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas.

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir kering, observasi tanda-tanda vital,
 Suhu : 38,3⁰C, Nadi :120 x / menit, RR : 28 X / menit, Hemoglobin
 : 9,3 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0), Hematokrit : 28,4 (L : 40 –
 54 % , P : 35 – 47 %).

Assesement : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan nomor 2,3,4,5,6,7 dilanjutkan.

2. Observasi tanda – tanda vital tiap 4 jam sekali.
3. Pertahankan suhu tubuh normal.
4. Berikan kompres pada axila, leher dan lipatan paha.
5. Anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun.
6. Beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien minum yang cukup.
7. Batasi aktivitas fisik/betres selama demam.
8. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik (syirup sanmol 3 x ¾ sendok teh).

Hari Ke- 2

Klien 1 : An.S umur 12 bulan, tanggal 19 juni 2016

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

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir kering, klien tampak tenang, observasi tanda-tanda vita, Suhu : 38,4⁰C, Nadi :160 x / menit, RR : 38 X / menit.

Assesement : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan nomor 2,5,6,7 dilanjutkan.

Klien 2 : An.A umur 17 bulan, tanggal 14 juli 2016.

Subyektif : Ibu pasien mengatakan panasnya sudah berkurang.

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, observasi tanda-tanda vital, Suhu : $37,9^{\circ}\text{C}$, Nadi : 120 x / menit, RR : 28 X / menit.

Assesement : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan nomor 2,5,6,7 dilanjutkan.

Hari Ke- 3

Klien 1 : An.S umur 12 bulan, tanggal 20 juni 2016

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

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir lembab, klien tampak tenang dan ceria, turgor kulit membaik, observasi tanda-tanda vital, Suhu : $36,3^{\circ}\text{C}$, Nadi : 116 x / menit, RR : 30 X / menit.

Assesement : Masalah teratasi.

Planning : Rencana tindakan dihentikan, lanjutkan discharge Planning

Klien 2 : An.A umur 17 bulan, tanggal 15 juli 2016 :

Subyektif : Ibu pasien mengatakan panas An.A sudah berkurang dan diperbolehkan oleh Dokter rawat jalan.

Obyektif : akral hangat, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, observasi tanda-tanda vital, Suhu : $36,6^{\circ}\text{C}$, Nadi : 110 x / menit, RR : 25 X / menit.

Assesement : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan, lanjutkan Discharge Planning.

4.2 Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesenjangan-kesenjangan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan klien pada kejang demam di rumah sakit Muhammadiyah Surabaya. Sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian pada klien pertama dan kedua hambatan yang dialami pada saat pengumpulan data adalah kesulitan wawancara secara langsung karena klien pertama berusia 7 bulan dan klien kedua berusia 17 bulan dan belum bisa menjawab apalagi merespon apa yang ditanyakan oleh perawat (semua pertanyaan dijawab oleh ibunya). Saat melakukan pengkajian dengan ibu klien tidak ada hambatan karena ibu klien pertama dan kedua sangat kooperatif. Di dalam tinjauan kasus Pada tahap pengkajian sebagai berikut :

Hasil peneliti dari tindakan observasi didapatkan data subjektif dari klien 1 pengkajian pada tanggal 18 juni 2016 pukul 06.00 WIB ibu klien mengatakan An.S panas, diare sudah 3 hari. sedangkan klien 2 pengkajian pada tanggal 13 juli 2016 jam 08.00 WIB ibu klien mengatakan An.A panas sudah 3 hari dan kejang. Infeksi oleh rotavirus terjadi selama 2-12 hari, atau lebih lama jika ada gangguan nutrisi (Brooks, dkk., 2005). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Dilakukan pengkajian riwayat penyakit sekarang An.S Tanggal 18 juni 2016 jam 04:41 WIB Anak dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, masuk IGD dengan keluhan muntah kurang lebih 5x, 10 menit kemudian Anak kejang 1 kali selama \pm 15 menit. Kejang yang berlangsung disertai panas tinggi ($39,1^{\circ}\text{C}$), Diagnosa medis diare akut desidrasi + kejang demam sedang Hasil pemeriksaan klien lemah tampak rewel, tingkat kesadaran *apatis*. Pemeriksaan fisik suhu tubuh $39,3^{\circ}\text{C}$, respirasi 43x / menit dengan irama teratur, SPO2 85%, Nadi :170 x / menit dengan irama ireguler, akral hangat, kulit kemerahan. Sedangkan An.A berjenis kelamin laki-laki umur 17 bulan, tanggal 13 Juli 2016 jam 02:15 WIB Anak dibawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Masuk IGD Anak kejang 1 kali selama \pm 8 menit. Kejang berlangsung disertai panas ($38,3^{\circ}\text{C}$). Hasil pemeriksaan klien lemah tampak rewel, tingkat kesadaran *composmetis*. Pemeriksaan fisik suhu tubuh $38,3^{\circ}\text{C}$, Nadi : 120x / menit dengan irama ireguler, akral hangat, kulit kemerahan, respirasi 28x / menit dengan irama teratur, SPO2 98%. Hipertermia merupakan suhu inti tubuh diatas kisaran normal diural karena kegagalan termoregulasi (Nanda Internasional Inc 2015). Batasan karakteristik antara lain: Kenaikan suhu tubuh diatas rentang normal ($36-37,5^{\circ}\text{C}$), Serangan atau konvulsi, Kulit kemerahan, Pertambahan RR, Takikardi. (Huda, 2015). Dampak yang ditimbulkan hipertermia dapat berupa penguapan cairan tubuh yang berlebihan sehingga terjadi kekurangan cairan dan kejang (Haryani,2010). Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka. Pada keluhan utama tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua yaitu panas dengan kreteria kenaikan suhu tubuh, kulit kemerahan, pertambahan RR, dan

takikardia. Maka hal ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus klien dan tinjauan pustaka dikarenakan tinjauan kasus sesuai dengan tinjauan pustaka.

Didapatkan data hasil pemeriksaan laboratorium abnormal klien pertama : Bakteri: positif (normal: negatif), Lendir : positif (negatif), Lekosit : 29.900 (4000 – 11000 sel/ccm), Trombosit : 490.000 (150000 – 450000 sel/ccm), Hemoglobin: 9,9 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0 g %). Sedangkan pada klien kedua didapatkan data pemeriksaan laboratorium abnormal : Hemoglobin : 9,3 (L: 13,0 – 16,0 , P : 12,0 – 14,0). Demam 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 suhu sentra misalnya: perdarahan otak, koma (Noer, Sjaifoellah, 2004).

Berdasarkan kasus pertama dan kasus kedua dapat disimpulkan bahwa penyebab hipertermi pada anak berbeda- beda tergantung pada kondisi Anak tidak hanya Infeksi. oleh karena itu tidak semua faktor-faktor pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus karena beberapa hal- hal yang mempengaruhi hipertermi seperti lingkungan (eksternal) dan metabolik (internal).

2.2 Diagnosa Keperawatan

Dalam tinjauan teori diagnosa yang muncul pada pasien kejang demam berdasarkan (Riyadi, 2009 & Nanda, 2013) adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain.
2. Risiko gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah.
3. Risiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri, berhubungan dengan peningkatan frekuensi kekambuhan).
4. Risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam, berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan).

Namun tidak semua diagnosa yang muncul dalam tinjauan kasus, karena sudah mendapatkan pengobatan. Pada tinjauan kasus pertama ditemukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data yaitu :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.
2. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang output berlebihan.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan meningkatnya metabolisme tubuh akibat hipertermi.

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

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Berdasarkan kasus pertama tidak sama dengan kasus kedua, dimana kasus pertama tidak sesuai dengan tinjauan pustaka, karena sudah mendapatkan pengobatan dan kondisi masing-masing klien juga berbeda-beda, oleh karena itu tidak semua diagnosa yang ada pada tinjauan pustaka muncul semua pada tinjauan kasus klien.

4.2.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah menentukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan disusun berdasarkan standart operasional prosedur Rumah Sakit Muhammadiyah dan dengan bantuan keluarga klien. Pada tinjauan teori disusun perencanaan yang berdasarkan diagnosa keperawatan nanda, 2013 yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Pada tinjauan kasus yang pertama dan kedua ditemukan diagnosa yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi dengan 7 perencanaan dimana tidak terjadi kesengajaan dengan tinjauan teori yaitu : memonitor suhu dan tanda-tanda vital tiap 4 jam sekali, Pertahankan suhu tubuh normal, berikan kompres pada axila, leher dan lipatan paha, anjurkan untuk menggunakan baju tipis dan terbuat dari kain katun, beri ekstra cairan dengan menganjurkan pasien minum yang cukup air putih dan ASI, batasi aktivitas fisik, kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik.

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

4.2.4 Pelaksanaan Keperawatan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada

tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan dilahan praktik, maka pelaksanaan harus sesuai dengan standart operasional prosedur Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada kasus merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kasus kedua pada kejang demam mengikuti standart operasional prosedur Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

Dalam pelaksanaan tindakan kejang demam ditemukan bersumber satu masalah yaitu hipertermi. pada tinjauan kasus pertama dan tinjauan kasus kedua, sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus dalam pelaksanaan manajemen hipertermi dalam mengatasi masalah-masalah keperawatan. Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologi yaitu kompres terhadap masalah keperawatan hipertermi sbb:

Klien 1 : Tanggal, 18 juni 2016

Pasien : An.S (P/ 12 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis DADS +KD.

Suhu 39,1⁰C, Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu 38,4⁰C.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

Tanggal, 19 juni 2016

Pasien : An.S (P/ 12 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis DADS +KD.

Suhu $39,3^{\circ}\text{C}$, Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu $38,4^{\circ}\text{C}$.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

Tanggal, 20 juni 2016

Pasien : An.S (P/ 12 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis DADS +KD.

Suhu $36,7^{\circ}\text{C}$, Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu $36,4^{\circ}\text{C}$.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

Klien 2 : Tanggal, 13 Juli 2016

Pasien : An.A (L/ 17 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis KDK

Suhu $38,3^{\circ}\text{C}$, Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu $37,9^{\circ}\text{C}$.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

Tanggal, 14 Juli 2016

Pasien : An.A (L/ 17 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis KDK
Suhu $37,9^{\circ}\text{C}$, Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu $37,7^{\circ}\text{C}$.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

Tanggal, 15 Juli 2016

Pasien : An.A (L/ 17 bulan)

Diagnosa keperawatan hipertermi diagnosa medis KDK
Suhu 37°C , Mukosa bibir kering, Riwayat panas.

Intervensi : Memberikan kompres hangat

Comprasion : Melakukan kompres hangat, daerah dahi, axila dan lipatan paha setiap 4 jam atau setiap panas timbul.

Outcame : Panas berkurang Suhu $36,6^{\circ}\text{C}$.

Theory : Penurunan panas melalui kompres hangat, Teory konduksi (Djuwariyah 2011).

1.2.5 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 infeksi masalah teratasi dalam jangka waktu yang 3x24 jam , evaluasi pada tanggal 18 juni 2016 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6,7, tanggal 19 juni 2016 masalah teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 2,5,6,7, 20 juni 2016 masalah sudah teratasi sehingga rencana tindakan dihentikan, lanjutkan discharge plaining.

Pada klien kedua masalah keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi masalah teratasi dalam jangka waktu yang 3x24 jam , evaluasi pada tanggal 13 juli 2016 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 2,3,4,5,6,7, tanggal 15 juli 2016 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan dilanjutkan nomor 2,5,6,7, 16 juli 2016 masalah sudah teratasi sehingga rencana tindakan dihentikan, lanjutkan discharge plaining.

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 pasien.