

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran secara nyata tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan kejang demam yang menjalani perawatan di ruang Zam-zam kelas 3 Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya maka penulis mencoba melakukan dan menerapkan asuhan keperawatan yang dimulai pada tanggal 21 Mei 2014 sampai tanggal 24 Mei 2014 yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

3.1 Pengkajian

Tanggal pengkajian 21 Mei 2014 pukul 13.00 WIB

Ruang rawat/kelas : Zam-zam/3

No. Rekam medik : 060330

3.1.1 Identitas Anak

Nama	: An.S
Tanggal lahir	: 04-03-2013 (13 bulan)
Jenis kelamin	: Laki-laki
Tanggal MRS	: 20 Mei 2014 pukul 22.10 WIB
Alamat	: Hang Tuah IV/10A
Diagnosa medis	: Kejang Demam
Sumber informasi	: Status dan keluarga pasien

3.1.2 Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Tn.A
Nama Ibu : Ny.M
Pekerjaan Ayah/Ibu : Swasta/Ibu Rumah Tangga
Pendidikan Ayah/Ibu : SD/SD
Agama : Islam
Suku/Bangsa : Madura/Indonesia
Alamat : Hang Tuah IV/10A Hang Tuah IV/10A

3.1.3 Riwayat Keperawatan

1. Riwayat penyakit sekarang

- 1) Keluhan utama : Panas
- 2) Riwayat penyakit saat ini :

Menurut keterangan Ibu, sejak tanggal 18 Mei 2014 anak badannya panas, batuk pilek dan tampak lesu disertai nafsu makan menurun, oleh orang tua dibawa ke puskesmas dan mendapat obat puyer dan penurun panas (sirup paracetamol), akan tetapi keluhan anak tidak kunjung membaik dan pada tanggal 20 Mei 2014 jam 22.10 anak panas disertai kejang (± 5 menit dan kejang intermiten) oleh orang tua dibawa ke Rumah Sakit Muammadiyah Surabaya melalui UGD, di UGD suhunya $39,2^{\circ}\text{C}$ oleh dokter diberi terapi selanjutnya disarankan untuk operasi.

2. Riwayat penyakit sebelumnya

Ibu klien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah sakit hingga masuk ke rumah sakit, hanya sakit panas biasa saja dan batuk pilek berobat ke dokter langsung sembuh.

3. Imunisasi

BCG 1kali, polio 1kali, polio 1kali, campak tidak di imunisasi, hepatitis 1kali dan DPT 1kali sudah diberikan dan dilakukan di posyandu.

4. Riwayat penyakit keluarga

1) Penyakit yang pernah diderita keluarga

Ibu

klien mengatakan bahwa keluarga juga tidak pernah menderit penyakit hipertensi, diabetes mellitus dan TBC serta pada keluarga tidak ada yang terkena penyakit kejang demam.

2) Lingkungan rumah dan komunitas

Ibu klien mengatakan rumahnya dalam keadaan bersih.

3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Ibu klien mengatakan kebiasaan bapak klien merokok.

4) Persepsi keluarga terhadap penyakit anak

Ibu klien mengatakan tidak tahu tentang penyakit anaknya dan dikira penyakit anaknya hanya penyakit panas biasa.

5) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

a. Ibu klien mengatakan saat dibawa ke IGD RS. Muhammadiyah Surabaya berat badan An.S 8Kg, dan berat badan sebelum sakit 8Kg, pada saat lahir berat badan An.S 4000gram.

b. Tahap perkembangan psikososial

Anak dalam tahap percaya dan tidak percaya, duduk tanpa dibantu, menyanggah kepala, masih belum bisa berjalan.

c. Tahap perkembangan psikoseksual

Anak sudah bisa menggigit, menghisap, mengunyah, dan memainkan bibir.

d. Tahap perkembangan motorik

a) Motorik kasar : Ibu pasien mengatakan anak sudah belajar berdiri tetapi tidak bisa bertahan.

b) Motorik halus : Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa belajar duduk sendiri, sudah bisa memasukkan makanan kemulut dengan menggunakan tangannya serta bisa melemparkan benda misal : mainan.

e. Tahap perkembangan bahasa

Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa panggil Bu, sudah bisa bilang “iya dan tidak “.

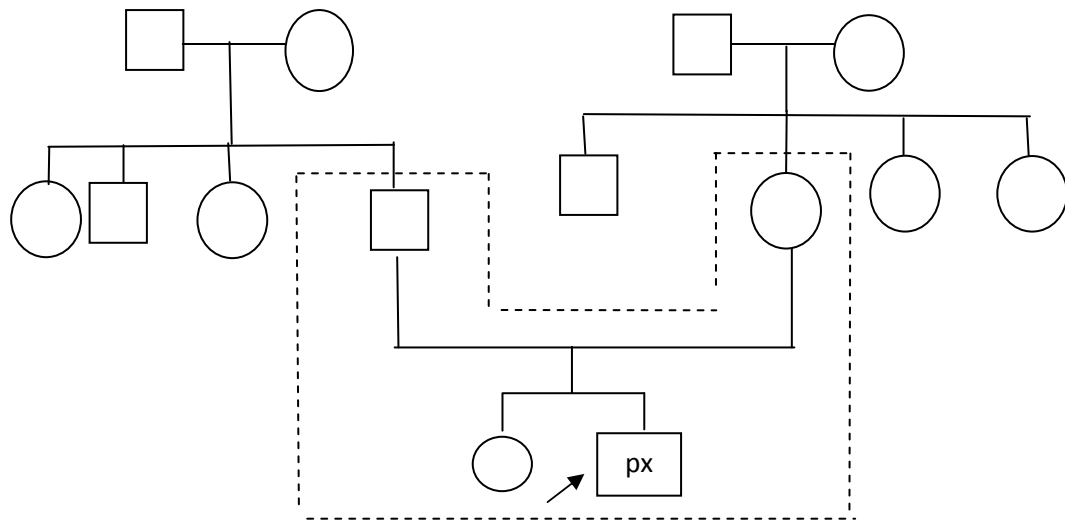
f. Tahap perkembangan sensoris

Ibu pasien mengatakan penglihatan/visual anaknya normal, sudah bisa membedakan bentuk misal orang tua dengan orang lain.

g. Tahap perkembangan sosialisasi

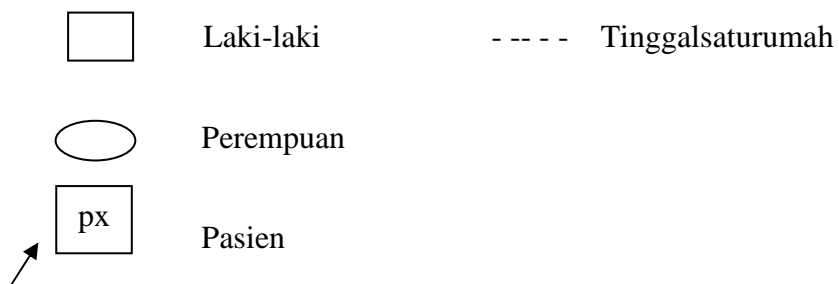
Ibu pasien mengatakan anaknya rewel, takut jika ada orang baru dan tidak dikenal.

5. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :



6. Riwayat antenatal

Pada saat dalam kandungan, ibu klien sering memeriksakan kandungannya kebidan dan sudah mendapatkan suntikan TT 1kali

7. Riwayat intranatal

Klien lahir spontan (normal) dengan usia kehamilan 9 bulan 1 minggu, ditolong oleh bidan dengan berat badan 4000 gram tanpa kelainan fisik.

8. Riwayat post natal

Ibu klien rajin membawa klien ke bidan jika ada kelainan atau sakit.

Klien mendapatkan ASI dan susu formula

3.1.4 Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola persepsi dan tata laksana kesehatan

Ibu klien mengatakan jika ada salah satu anggota keluarga yang sakit, keluargamenggunakan fasilitas kesehatan yang ada seperti rumah sakit, dokter, perawat dan tim kesehatan lain. Keluarga juga mengatakan bahwa kebersihan dan kesehatan amatlah penting.

2. Pola nutrisi dan metabolisme

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan anaknya makan dua atau tiga kali sehari dengan porsi 1 susu formula 2-3 botol, ASI, pisang dan nasi ukuran anak dengan porsi dihabiskan.

2) Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan nafsumakan menurun (susu formula 1-2 botolperhari), Suhu klien meningkat 39,5°C.

3. Pola aktifitas dan latihan

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien sudah bisa duduk dan belajar berdiri

2) Masuk Rumah Sakit:

Ibu klien mengatakan klien terbaring di tempat tidur ditunggu ibunya, klien terbaring lemah dan dikompres pada kepala dan axila.

4. Pola eliminasi

1) Eliminasi alvi :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar satu kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan.

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan buang air besar tidak teratur kadang 2 kali sehari dengan konstistensi lembek.

2) Eliminasi urine :

a. Sebelum masuk Rumah Sakit :

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

b. Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan pasien terpasang pempes 2-3 kali sehari dengan warna kuning,dan bau khas.

5. Pola tidur dan istirahat

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidur 14 jam sehari (10 jam pada malamhari dan 4 jam pada siang hari). Kalau tidur ditemani ibunya sehingga segera bisa tidur.

2) Masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan klien tidak dapat tidur rewel nangis, badan terasa panas dan sering terbangun jika tidur dan bisa tidur kembali setelah di kompres.

6. Pola sensori dan kognitif

1) 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 fungsi hanya saja badannya terasa panas.

2) Kognitif :

Klien seorang anak berusia 13 bulan, orang tua pasien hanya tahu kalau anaknya sakit panas.

7. Pola hubungan dan peran

1) Sebelum masuk Rumah Sakit :

Ibu klien mengatakan hubungan klien dengan anggota keluarga lainnya baik-baik saja seperti halnya hubungan anak orang tua

2) Masuk Rumah Sakit :

Klien hanya berbicara ama orangtua nya dan menagis.

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 13 bulan berjenis kelamin laki-laki.

10. Pola penanggulangan stress

Orang tua klien sebelum membawa anaknya ke RS Muhammadiyah Surabaya, orang tua pasien membawa anaknya ke puskesmas dan orang tua klien mematuhi anjuran dokter dan petugas kesehatan lainnya. Keluarga juga sering berdoa kepada Tuhan Yang Maha Kuasa untuk kesembuhan anaknya

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Ibu pasien mengatakan pasien menganut agama Islam.

3.1.5 Pemeriksaan Fisik

Status kesehatan umum

1. Keadaan umum : lemah

- 1) Kesadaran compos metis
- 2) Suhu 39,5°C
- 3) RR 42 x/m
- 4) Nadi 160 x/m
- 5) BB 8 Kg

2. Pemeriksaan Head To Toe

1) Kepala dan leher

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

2) Mata

Warna konjungtiva tidak pucat, sklera tidak kuning, mata nampak merah serta mata pasien tidak juling.

3) Hidung

Pada hidung tidak terdapat sekret, bentuk hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, polip, apnoe, terpasang O2 nasal 3lpm.

4) Mulut dan tenggorokan

Mukosa bibir kering tidak sianosis, tidak pecah-pecah, tidak terdapat stomatitis, pada tonsil tidak terdapat tonsilitis, tenggorokan tidak nyeri waktu menelan, tidak terdapat obstruksi jalan nafas.

5) Telinga

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

6) Dada

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

7) Abdomen

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

8) Punggung

Punggung pasien teraba panas.

9) Genetalia

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

10) Muskuloskeletal

Pada kedua extremitas atas dan bawah tidak didapatkan odema, atrofi otot dan tidak terdapat dislokasi, ekstremitas teraba panas dan otot-otot tampak kaku, kulit kemerahan dan teraba panas.

3.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan laborat

Tanggal 21 Mei 2014

- | | |
|---------------|---|
| 1. Hemoglobin | : 11,2 (N.L : 13,5 – 18, P : 11,5 – 16) |
| 2. Lekosit | : 11.100 (N : 4.000 – 11.000) |
| 3. Trombosit | : 289.000 (N : 150.000 – 450.000) |
| 4. Hematokrit | : 32,3 |
| 5. Eritrosit | : 4,67 |

Terapi

1. Infus D5 ¼ NS 25tpm micro
2. Inj ampicillin 3x350 mg
3. Stezolid rektal 5mg
4. Dumin supp 125 mg
5. Peroral sanmol 3x2
6. Peroral CTM 3x1

3.1.7 Daftar Masalah Keperawatan

1. Resiko obstruksi jalan nafas
2. Potensial kejadian kejang berulang
3. Peningkatan suhu tubuh

Tabel 3.1 Analisa Data

Tanggal	Data	Masalah	Etiologi
21-5-14	<p>Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas</p> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR 42x/m - S 39°C - Nadi : 160x/menit - Terpasang O2 nasal 3 lpm - Ektrimitas terlihat kaku - Lidah tampak kaku 	Resiko obstruksi jalan nafas	Penutupan faring oleh lidah
21-5-14	<p>Data subjektif : Ibu pasein mengatakan anaknya panas</p> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S 39°C, N 160x/m - Mukosa bibir kering - Akral teraba panas - Terdapat kompres didahi dan axila - Kulit kemerahan, batuk pilek - Leukosit : 11.100 	Peningkatan suhu tubuh (hipertermi)	Proses infeksi

21-5-14	<p>Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya panas</p> <p>Data objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - S 39°C, N 160x/m - Mukosa bibir kering - Akral teraba panas - Terdapat kompres didahi dan axila - Kulit kemerahan - Leukosit : 11.100 	Potensial kejadian kejang berulang	Peningkatan suhu tubuh (hipertermi)
---------	---	---	---

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Resiko obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah.
2. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)
3. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi

3.3 Rencana Keperawatan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulisan rencana perawatan yang dilaksanakan tanggal 21 Mei 2014

Diagnosa keperawatan pertama

1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam klien tidak mengalami kejang berulang.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak terjadi kejang berulang
- 2) Suhu tubuh yang normal $36,5^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C}$,
- 3) Nadi dalam batas normal 80 – 150 x/m
- 4) Klien nampak tenang
- 5) Leukosit dalam batas normal (4.000-11.000)

Intervensi :

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

Rasional : Dengan melakukan observasi vital sign dapat mengetahui keadaan umum dan perkembangan pasien misal suhu tinggi menandakan adanya infeksi.

- 2) Beri kompres dengan air biasa pada daerah axial, dahid dan daerah pelipat tubuh klien.

Rasional : Pemberian kompres air biasa akan terjadi proses konduksi yaitu perpindahan panas tubuh dari dalam tubuh keluar tubuh.

- 3) Beriminum yang cukup, susu formula dan ASI (1000-1200 ml).

Rasional: Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadinya dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.

- 4) Pakaian baju yang tipis dan menyerap keringat.

Rasional : Pakaian yang tipis dapat menyerap keringat serta mempermudah proses evaporasi tubuh.

- 5) Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian cairan infuse D5 ½ NS 25 tpm /24jam dan terapi.

Rasional : Pemberian cairan intravena dapat menyeimbangkan cairan dan elektrolit. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat Injeksi ampicilin 3 x 350 mg /IV, stezolid rektal 5mg, dumin supp 125 mg, peroral CTM 3x1

- 6) Libatkan keluarga dalam perawatan serta ajar cara menurunkan suhu dan meng evaluasi perubahan suhu tubuh.

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

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

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37°C)

Kriteria hasil :

- 1) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37°C)
- 2) Akral tidak panas dan kulit pasien tidak kemerahan

- 3) Keadaan umum pasien membaik (kompos mentis)
- 4) Mukosa bibir lembab dan leukosit 4.000 – 11.000.

Intervensi

1. Observasi suhu tubuh setiap 4 jam

Rasional : peningkatan tubuh melebihi 39°C dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat karena akan meningkatkan neurotransmitter yang dapat meningkatkan ekpresi neuron.

2. Beri pakaian anak yang tipis dari bahan yang halus yang mudah menyerap keringat seperti katun

Rasional : pakaian yang tipis memudahkan perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan. Bahan katun akan menghindari dari iritasi kulit pada anak karena panas yang tinggi akan membuat kulit sensitif terhadap cedera.

3. Kompres anak dengan air biasa pada dahi, axila dan pelipatan tubuh

Rasional : pada saat dikompres suhu tubuh anak akan berpindah pada media yang digunakan untuk mengompres karena suhu tubuh relatif lebih tinggi.

4. Anjurkan ibu memberi ASI dan air putih atau susu formula

Rasional : memenuhi kebutuhan cairan elektrolit

5. Kolaborasi pemberian antipiretik (dumin sup 125 mg)

Rasional : antipiretik dapat mempengaruhi ambang panas pada hipotalamus dan juga akan mempengaruhi penurunan neurotransmitter seperti prostaglandin yang berkontribusi timbulnya nyeri saat demam.

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatandisusun, selanjutnyapenulismelaksanakantindakan yang telahdituliskanpadaperencanaan.Pelaksanaandimulaitanggal 21 Mei 2014. Diangosa pertama

1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi).

Tabel 3.2 : Pelaksanaan Tindakan Keperawatan dengan Diagnosa 1

Tanggal	Jam	Pelaksanaan Keperawatan
21-5-14	13.00	Melakukanobservasitanda-tanda vital. Respon : Suhu 39°C, RR= 42 x/m, Nadi = 160 x/m
	wi	Melibatkankeluargadalamperawatansertaajaricaramenurunkansuhudanmengevaluasiperubahansuhutubuh.
	13.	Respon : Ibuklienmaumembantudalamperawatananaknyam, misalnya : ikutmembantumengkompresdanmemberi minum
	15	Memberikompresair biasapadadaerahaxila,
	wi	temporalisdandaerahpelipatantubuhklien,
	b	Respon : klien maudikompres didaerahkepala dan temporalis akan tetapi pasien nangis.
		Memberi-minumcukup, susu formula dan ASI (1000–1200ml).
		Respon : klien mauminumakan tetapi minuman susu formula tidak habis tapi dilakukan sering.

	<p>13 30 wi b</p> <p>13. 45 wi b</p> <p>14. 00 wi b</p>	<p>Memakaikan baju yang tipis dan menyerap keringat, Respon : klien menggunakan baju dalam dancelan pendek akan tetapi pasien rewel nangis</p> <p>Mengganti cairan infus D5 ½ NS 500 cc/24 jam (25 tpm).</p> <p>Respon : cairan infus menetes dengan lancar</p> <p>Melakukan observasi tanda-tanda vital.</p> <p>Respon : suhu = 38,7 °C, RR = 40 x/m, nadi = 150 x/m.</p> <p>Memberi injeksi ampicillin 3x350, dumin supp 125 mg, stezolid rectal 5mg, peroral sanmol 3x2, CTM 3x1.</p> <p>Respon : pasien menangis saat diberikan obat.</p> <p>Melakukan observasi tanda-tanda vital.</p> <p>Respon : S 37,5°C, N 140x/m, RR 34 x/m</p> <p>Melakukan observasi tanda-tanda vital.</p> <p>Respon : S 37, 5°C, N 140x/m, RR 36x/m.</p> <p>Melakukan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x2, CTM 3x1.</p> <p>Respon pasien nangis saat di berikan obat.</p> <p>Melakukan observasi tanda-tanda vital.</p> <p>Respon : S 37, N 136 x/m, RR 30x/m.</p>
<p>22-5- 14</p>	<p>15. 00 wi</p>	<p>Memberi kompres dengan air biasa pada daerah axila, dahi dan lipatan tubuh.</p> <p>Respon : pasien mau di kompres di temporalis dan axilla.</p> <p>Memberi minum yang cukup (1000-1200).</p> <p>Respon : pasien mau minum ±75cc dengan dot tapi sering.</p>

	b	<p>Memakaikan baju tipis dan menyerap keringat Respon : pasien menggunakan baju dan celana pendek</p> <p>Memberikan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x2, CTM</p>
	17.	3x1.
	00	Respon : pasien menangis saat diberikan obat
	wi	Melakukan obsevasi tanda-tanda vital.
	b	Respon : S 37°C, N 140x/m, RR 30x/m.
		Mengganti cairan infus D5 ½ NS 25 tpm
		Respon : cairan infus netes lancar.
	20.	Obsevasi tanda-tanda vital
	00	Respon : S 37,3°C, N 140x/m, RR 32x/m.
	wi	Memberikan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x2, CTM
	b	3x1
		Respon : pasien tidur
		Obsevasi tanda – tanda vital
		Respon : S 36,3°C, N 110x/m, RR 28x/m.
	21.	Obsevasi tanda – tanda vital.
	00	
	wi	
	b	Respon : S 36,3°C, N 110x/m, RR 28x/m
		Melakukan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x2, CTM
	05.	3x1.
	00	Respon : pasien diam saat di berikan obat
	wi	Melakukan observasi tanda-tanda vital

23-5-14	b	Respon : S 36,8°C N 110 x/m, RR 30x/m
	08.	Memberi kompres dengan air biasa pada daerah axila, dahi dan lipatan tubuh
	00	Respon : pasien mau di kompres di dahi
	wi	Memberi minum yang cukup (kurang lebih 500ml) Respon : pasien mau minum ± 100cc dengan dot tapi sering.
	b	Memakaikan baju tipis dan menyerap keingan respon : pasien menggunakan baju dalam dan celana pendek
	09.	Memberikan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x1, CTM
	00	3x1
	wi	Respon : pasien menangis saat diberikan obat.
	b	Melakukan obsevasi tanda-tanda vital
		Respon : S 36,5°C, N 108x/m, RR 30x/m.
	10.	Mengganti cairan infus D5 ½ NS 25 tpm
00	Respon : cairan infus netes lancar.	
wi	Obsevasi tanda – tanda vital	
b	Respon : S 36,3°C, N 116x/m, RR 28x/m.	
	Memberikan injeksi ampicillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x1, CTM	
	3x1	
	Respon pasien tidur.	
11.	Obsevasi tanda – tanda vital S 36,5°C, N 116x/m, RR 28x/m	
00	Respon : pasien rencana keluar RS besok	
wi	Obsevasi tanda – tanda vital	
b	Respon : S 36,8°C, N 108x/m, RR 30x/m	

	11. 30 wi b	Melepas infus pasien Pasien keluar RS dan kontrol 3 hari lagi
24-5- 14	12. 00 wi b	
	13. 00 wi b	
	13. 30 wi b	
	17.	

00	
wi	
b	
20.	
00	
wi	
b	
21.	
00	
wi	
b	
05.	
00	
wi	
b	
08.	

00	
wi	
b	
09.	
00	
wi	
b	
10.	
25	
wi	
b	
11.	
10	
wi	
b	
12.	
00	

wi	
b	
12.	
30	
wi	
b	
01.	
00	
wi	
b	
01.	
20	
wi	
b	
17.	
00	
wi	
b	

20.	
00	
wi	
b	
21.	
00	
wi	
b	
08.	
00	
wi	
b	
09.	
00	
wi	
b	
09.	
20	
wi	
b	

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

Tabel 3.3 : Tindakan Pelaksanaan Keperawatan Diagnosa ke-2

Tanggal	Jam	Pelaksanaan keperawatan
21-5-14	18.00 wib	Melakukan observasi tanda-tanda vital Respon : Suhu 39°C, RR= 38 x/m, Nadi = 150 x/m.
	18.15 wib	Memberi susu formula dalam keadaan hangat, Respon : pasien minum 1/3 botol.
	18.30 wib	Memberi kompres air biasa pada daerah axilla, temporalis dan daerah pelipatan tubuh klien. Respon : klien mau dikompres di daerah kepala dan dahi akan tetapi pasien nangis.
22-5-14	07.30 wib	Memberi susu formula dalam keadaan hangat Respon : pasien minum ½ botol
	08.30 wib	Menganjurkan ibu pasien memberi ASI Respon : pasien dibujuk dan pasien menyusu.
23-5-14	07.00 wib	Memberi ASI dan susu formula Respon : pasien minum susu ¾ botol.
	08.00 wib	Melakukan injeksi ampisillin 3x350 mg, peroral sanmol 3x2, CTM 3x1. Respon pasien diam saat diberikan obat.
	09.00 wib	Melakukan observasi tanda-tanda vital

	12.10 wib	Respon : S 36,8°C N 110 x/m, RR 30x/m. Memberi pasien ASI dan susu formula
	01.00 wib	Respon : pasien minum susu ¾ botol dan pasien menyusui. Melakukan obsevasi tanda-tanda vital Respon : S 36,5°C, N 108x/m, RR 30x/m.
24-5-14	08.00 wib	Obsevasi tanda – tanda vital Respon : S 36,8°C, N 108x/m, RR 30x/m
	09.00 wib	Melepas infus pasien
	09.20 wib	Pasien keluar RS dan kontrol 3 hari lagi

3.5 Catatan Perkembangan

Penulismenguraikanevaluasidalambentukcatatanperkembangan, berikut catatan perkembanganya:

Tabel 3.4 : Catatan Perkembangan

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Perkembangan
21-5-2014 (13.00 wib)	1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)	Subjektif : Ibu pasien mengatakan badan anaknya panas tetapi tidak kejang Objektif : - TTV : S 39°C, N 160x/m, RR 42x/m

		<ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba panas - Kulit kemerahan - Mukosa kering <p>Assesment :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan 1-6 dilanjutkan</p>
22-5-2015 (05.00 wib)	1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)	<p>Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan badannya sumbu dan tidak kejang</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 37,5°C, N 140x/m, RR 36x/m - Akral teraba hangat dan keluar banyak keringat - Terdapat kompres di axila dan temporalis, rencana keluar RS. - Mukosa kering <p>Assesment :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan</p>

<p>23-5-2914 (05.00 wib)</p>	<p>1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)</p>	<p>Subjektif : Ibu pasien mengatakan suhu badan anaknya tidak panas</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 37,3°C, N 110x/m, RR 28x/m - Akral lembab - Pasien tenang - Terdapat kompres di dahi - Mukosa lembab <p>Assesment : Masalah teratasi</p> <p>Planning : Rencana tindakan 1-5 dipertankan</p>
<p>24-5-2014 (08.00 wib)</p>	<p>1. Potensial kejadian kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi)</p>	<p>Subjektif : Ibu pasien mengatakan badan anaknya tidak panas</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 36,8°C, N 108x/m, RR 30x/m - Pasien tenang - Mukosa lembab <p>Assesment : Masalah belum teratasi</p>

		<p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan dihentikan pasien keluar RS dan kontrol 3 hari lagi.</p>
<p>21-5-2014 (18.00wib)</p>	<p>2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi</p>	<p>Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan badan anaknya panas tetapi tidak kejang</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 39°C, N 160x/m, RR 42x/m - Akral teraba panas - Kulit kemerahan - Mukosa kering - Minum susu formula 1/3 botol <p>Assesment :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan</p>
<p>22-5-2014 (05.00 wib)</p>	<p>2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi</p>	<p>Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan badan anaknya sumer</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 37,5°C, N 140x/m, RR

<p>23-5-2014 (05.00 wib)</p>	<p>2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi</p>	<p>36x/m</p> <ul style="list-style-type: none"> - Akral teraba hangat dan keluar banyak keringat - Terdapat kompres di axila dan dahi - Mukosa kering <p>Assesment :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan 1-5 dilanjutkan</p> <p>Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan suhu badan anaknya tidak panas</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 37,3°C, N 110x/m, RR 28x/m - Akral lembab - Keadaan pasien membaik - Terdapat kompres di dahi - Mukosa lembab
----------------------------------	---	--

		<p>Assesment :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan 1,4,5 dipertankan dan pasien rencana keluar RS</p>
<p>24-5-2014 (08.00 wib)</p>	<p>2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi.</p>	<p>Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan badannya tidak panas</p> <p>Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV : S 36,8°C, N 108x/m, RR 30x/m - Keadaan umum baik - Mukosa lembab <p>Assesment :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>Planning :</p> <p>Rencana tindakan dihentikan pasien keluar RS dan kontrol 3 hari lagi.</p>

--	--	--

3.6 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada An.S dengan kejang demam yang didapatkan sebagai berikut :

1. Potensial kejadian kejang demam berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh (hipertermi) ditandai dengan S 39°C , RR 42 x/m, N 160 x/m, lemah, mukosa bibir kering, pemeriksaan darah lengkap (+). Tujuan tercapai tanggal 24 Mei 2014 Pukul 09.20 WIB. S $36,8^{\circ}\text{C}$, RR 30 x/m, N 108 x/m, mukosa bibir lembab, pasien tenang.
2. Peningkatan suhu tubuh (hipertermi) berhubungan dengan proses infeksi, ditandai dengan S 39°C , RR 42 x/m, N 160 x/m, akral teraba panas, lemah.

Pemeriksaan darah lengkap (+). Tujuan tercapai tanggal 24 Mei 2014 Pukul 09.20 WIB. S36,8°C, RR 30 x/m, N 108 x/m, mukosa bibir lembab, keadaan umum membaik (compos mentis).