

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 HASIL**

##### **4.1.1 Pengkajian**

**Focus pengkajiann adalah :**

##### **1. Pengkajian Identitas**

An.R, umur 8 bulan berjenis kelamin laki-laki, Tanggal lahir 14 September, Nomor register 074361, suku/bangsa jawa/Indonesia, Alamat Krebangan Baru II/I, masuk rumah sakit pada tanggal 10 Mei 2015 jam 18:00 WIB, dengan diagnosa medis KDS, Sumber Informasi keluarga pasien. Nama Ayah Tn.H, Umur 40 Tahun, Pendidikan SMA, Pekerjaan Swasta, Agama islam, suku jawa, Bangsa Indonesia, Alamat Brembangan Baru II/I. Nama Ibu Ny.M, Umur 36 Tahun, Pendidikan SMA, Pekerjaan IRT(ibu rumah tangga), Alamat Krambangan Baru II/I.

Sedangkan klien kedua An. J, umur 2 bulan berjenis kelamin laki-laki, tanggal lahir 16 Maret 2015, Nomor register 079851, tanggal masuk rumah sakit 18 mei 2015 jam 11:00wib, agama islam, anak ketiga, suku Madura, bangsa indonesia, alamat Bulak Jaya II/29, diagnosa medis KDS, DADS, Sumber Informasi Keluarga Pasien. Nama Ayah Tn.B, Umur 21 Tahun, Pendidikan SD, Pekerjaan Swasta, Agama islam, suku jawa, Bangsa Indonesia, Alamat Bulak Jaya II/29. Nama Ibu Ny.M, Umur 17 Tahun, Pendidikan SD, Pekerjaan IRT(ibu rumah tangga), Alamat Bulak Jaya II/29.

## 2. Keluhan Utama

Pada klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan keluhan yaitu panas. Kemudian pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan keluhan yaitu panas.

## 3. Riwayat penyakit sekarang

Pada pengkajian riwayat penyakit saat ini pada klien pertama pada tanggal 10 Mei 2015, di Ruang anak didapatkan hasil sebagai berikut : Riwayat penyakit sekarang ibu klien mengatakan tanggal 10 mei 2015. Sejak tanggal 9 mei 2015 anak panas tinggi, batuk. Oleh ibu diberi obat penurun panas, panasnya turun sebentar kemudian panas lagi. Tanggal 10 mei 2015 jam 18:00 WIB anak di bawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Masuk di IGD anak kejang 1 (kali) selama  $\pm 10$  menit. Kejang yang berlangsung disertai panas tinggi (S :  $39^{\circ}\text{C}$ ). Sebelum kejang tidak ada rangsangan tertentu yang menimbulkan kejang. Sesudah kejang klien segera sadar dan tidak menangis. Oleh dokter diberi terapi dan sirankan untuk rawat inap. Saat ini anak dalam perawatan di ruang anak RS. Muhammadiyah Surabaya.

Sedangkan pada pengkajian riwayat kesehatan klien kedua pada tanggal 16 Mei 2015 didapatkan data sebagai berikut : Pada riwayat penyakit sekarang ibu klien mengatakan Ibu klien mengatakan tanggal 18 mei 2015: Sejak tanggal 14 mei 2015 anak panas tinggi, batuk, pilek. Oleh ibu diberi obat penurun panas, panasnya turun sebentar kemudian panas lagi. Tanggal 10 mei 2015 jam 10:00 WIB anak di bawa ke Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya. Masuk di IGD anak kejang 1 (kali) selama  $\pm 6$  menit. Kejang yang

berlangsung disertai panas tinggi (S : 39°C). Sebelum kejang tidak ada rangsangan tertentu yang menimbulkan kejang. Sesudah kejang klien segera sadar dan tidak menangis. Oleh dokter diberi terapi dan sarankan untuk rawat inap. Saat ini anak dalam perawatan di ruang anak RS. Muhammadiyah Surabaya.

#### **4. Riwayat Penyakit Dahulu**

Pada riwayat kesehatan yang lalu didapatkan data pada klien pertama ibu klien mengatakan penyakit yang pernah diderita batuk, pilek dan diare.

Sedangkan pada riwayat kesehatan yang lalu didapatkan data pada klien kedua ibu klien mengatakan penyakit yang pernah diderita tidak ada.

#### **5. Riwayat Penyakit Keluarga**

Pada riwayat penyakit keluarga Penyakit yang pernah diderita keluarga juga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan TBC tidak ada yang terkena penyakit kejang demam.

Sedangkan pada riwayat penyakit keluarga didapatkan data pada klien kedua Penyakit yang pernah diderita keluarga juga tidak ada yang menderita penyakit hipertensi, diabetes melitus dan TBC.

#### **6. Riwayat kehamilan dan persalinan**

a. Prenatal care : pada klien pertama didapatkan data, pada saat kehamilan, ibu klien selalu teratur memeriksakan kandungannya di bidan setiap satu bulan sekali dalam 4 kali pemeriksaan kehamilan, ibu klien juga sudah mendapat imunisasi TT 2 kali.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data ibu klien mengatakan pada saat kehamilan tidak pernah mengonsumsi jamu atau obat-obatan yang

membahayakan kandungannya, ibu klien memeriksakan kandungannya setiap 2 bulan sekali dan sudah mendapatkan suntikan TT 2 kali.

b. Natal care : Pada klien pertama didapatkan data, pada saat lahir klien dalam keadaan normal dan ditolong oleh bidan di Rumah sakit Muhammadiyah Surabaya, klien lahir langsung menangis dengan berat badan 2.800 gram, panjang 42 cm, tidak didapatkan kelainan bawaan.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, pada saat lahir klien dalam keadaan normal dan ditolong oleh dokter di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya, klien lahir langsung menangis dengan berat badan 2.600 gram, panjang 47 cm, tidak didapatkan kelainan bawaan.

c. Post natal care : pada klien pertama didapatkan data, setelah proses kelahiran, ibu klien merawat tali pusat dengan menggunakan kasa steril, ibu klien menyusui klien dengan ASI eksklusif klien mulai diberi makanan pendamping ASI berusia 6 bulan.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data ibu klien mengatakan klien di beri susu formula sejak lahir.

## **7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan**

Pada riwayat pertumbuhan pada klien pertama didapatkan data, pertumbuhan klien ketika dilahirkan berat badan 2.800 gram dan panjang 42 cm, dan saat klien berusia 8 bulan berat badan 6,2 kg tinggi 68cm. Riwayat perkembangan klien umur 4 bulan klien sudah dapat tengkurap dan mengangkat kepalanya sendiri dan usia 8 bulan klien sudah dapat duduk dan dibantu orang tua.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data pertumbuhan klien ketika dilahirkan Ibu klien mengatakan saat dibawa ke IGD RS.Muhammadiyah Surabaya berat badan sebelum sakit 5,4Kg, dan berat badan sesudah sakit 5.2Kg, pada saat lahir berat badan 2600gram

## **8. Riwayat Imunisasi**

Pada klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan klien sudah mendapatkan imunisasi BCG, polio, DPT, Hepatitis, dan campak belum dilakukan karena klien sakit.

Sedangkan pada pengkajian Imunisasi didapatkan data pada klien kedua ibu klien mengatakan hanya imunisasi hepatitis B 1x dan imunisasi yang lain tidak dilakukan karena takut anaknya panas.

## **9. Pola Fungsi Kesehatan**

### 1) Pola persepsi dan ketatalaksanaan kesehatan

Pada klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan di rumah klien selalu dimandikan 2x sehari pagi dan sore dan kramas 2 kali seminggu. Saat sakit hanya di seka 2x sehari pagi dan sore dan tidak kramas karena kondisi klien sakit.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan di rumah klien mandi 2 kali sehari pagi dan sore dan kramas 2 kali seminggu. Saat sakit : ibu klien mengatakan klien hanya di seka pagi dan sore karena kondisi klien yang sakit.

### 2) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pengkajian klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan klien makan bubur 3x sehari dengan porsi ukuran anak

dihabiskan dan 5 botol susu formula di tambah ASI. Saat Sakit : Ibu klien mengatakan nafsu makan sama susu formula 5 botol(600ml) perhari. BB sebelum sakit 6.7 kg dan sesudah sakit 6,5 kg.

Sedangkan pada klien kedua didapat data, ibu klien mengatakan klien di rumah minum ASI bila klien menangis langsung di kasi ASI sehari tidak ada tambahan susu formula. Saat sakit : ibu klien mengatakan kien hanya di kasih ASI.

### 3) Pola eliminasi

Pada klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan sebelum masuk Rumah Sakit klien BAB 1x sehari secara teratur dengan konstistensi lembek, warna kuning, tidak ada gangguan dan kebiasaan BAK 10-11 kali sehari, warna kuning jernih, bau khas, lancar dan spontan.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan klien BAB 1-2 kali sehari secara teratur dengan konstistensi lunak tidak ada gangguan, dan kebiasaan BAK 4-5 kali ganti pampres.

### 4) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien pertama didapatkan data, Ibu klien mengatakan sebelum sakit klien sudah bisa merangkap dan duduk, dan mengikat kepala dan di sesudah sakit Ibu klien mengatakan klien tidak bisa melakukan aktivitas karena terpasang infus di tangannya.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan klien bila di ajak berbicara klien tertawa dan tangannya selalu aktif.

5) Pola istirahat dan tidur

Pada klien pertama didapatkan data, Ibu klien mengatakan klien tidur 14 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 4 jam pada siang hari). Saat Sakit : Ibu klien mengatakan klien tidak dapat tidur klien rewel, nangis, karena kondisi lingkungan yang ramai

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan di rumah klien tidur 16 jam sehari (10 jam pada malam hari dan 6 jam pada siang hari) Di rumah sakit klien tidur sebentar trus terbagun lagi karena klien panas.

6) Pola sensori dan kognitif

Pada klien pertama didapatkan data, ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pada ke lima panca indra tidak ada gangguan sama sekali kesadaran kompos mentis, setelah masuk rumah sakit ke lima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran baik.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, ibu klien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pada ke lima panca indra tidak ada gangguan sama sekali kesadaran kompos mentis, setelah masuk rumah sakit ke lima panca indra tidak ada gangguan sama sekali, kesadaran baik.

7) Pola persepsi-konsep diri

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

8) Pola hubungan peran

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

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

9) Pola seksualitas/reproduksi

Pada klien pertama didapatkan data, klien adalah seorang anak yang berjenis kelamin laki-laki, usia 8 bulan dan pola reproduksi serta sesualnya belum dapat dikaji

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, klien adalah seorang anak yang berjenis kelamin laki-laki, usia 2 bulan. Dan pola reproduksi serta sesualnya belum dapat dikaji.

10) Pola koping / penanggulangan stress

Pada klien pertama didapatkan data, jika terhadap tindakan yang menyakiti anggota tubuhnya, klien akan menangis, rewel dan tidak mau di tinggal terutama oleh ibunya.

Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, terhadap tindakan yang menyakiti tubuhnya klien akan menangis.

11) Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada klien pertama didapatkan data, klien menganut kepercayaan sesuai dengan kepercayaan yang dianut oleh kedua orang tuanya. Dan untuk kegiatan ibadahnya belum dapat dikaji.



Sedangkan pada klien kedua didapatkan data, klien menganut kepercayaan sesuai dengan kepercayaan yang dianut oleh kedua orang tuanya dan untuk kegiatan ibadahnya belum dapat dikaji.

## **10. Pemeriksaan Fisik**

### 1) Keadaan umum

Pada klien pertama tingkat kesadaran umum klien baik

Sedangkan klien kedua tingkat kesadaran umum klien baik

### 2) Tanda-tanda vital

Klien pertama Suhu: 39°C, Nadi : 130x/menit, Respiratory rate : 30x/menit.

Klien kedua Suhu : 39°C, Nadi : 140x/menit, Respiratory rate : 36x/menit

### 3) Kepala dan rambut

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

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

### 4) Mata

Klien pertama, Mata bentuk simetris, konjungtiva merah muda, skera putih, pupil isokor.

Klien kedua, mata bentuk simetris, konjungtiva merah muda, skera putih, pupil isokor.

## 5) Telinga

Klien pertama, bentuk simetris tidak ada bekas luka, lubang telinga luar dan dalam bersih.

Klien kedua bentuk simetris tidak ada bekas luka, lubang telinga luar dan dalam bersih.

## 6) Hidung

Klien pertama, bentuk simetris, tidak ada sekret

Klien kedua bentuk simetris, tidak ada sekret

## 7) Mulut

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

Klien kedua, bentuk simetris, mukosa bibir kering, lidah merah muda, tidak ada tonsilitis, stomatitis, dan faringitis.

## 8) Tengkuluk

Klien pertama tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid dan tidak ada kakuk kuduk

Klien kedua tidak ada pembesaran kelenjar getah bening maupun kelenjar tiroid dan tidak ada kakuk kuduk

## 9) Dada Klien pertama, inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka, palpasi :

tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri saat bernafas, gerakan dada sama, tidak ada benjolan, perkusi : hipersonor, auskultasi : suara nafas reguler, tidak ada suara tambahan ronchi/wheezing, terdengar s1, s2 tunggal.

Klien kedua, inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada luka, palpasi : tidak ada nyeri tekan ataupun nyeri saat bernafas, gerakan dada sama, tidak ada

benjolan, perkusi : hipersonor, auskultasi : suara nafas reguler, tidak ada suara tambahan ronchi/wheezing, terdengar s1,s2 tunggal

#### 10) Abdomen

Klien pertama inpeksi bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hati, palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak tampak asites pada abdomen, perkusi : terdengar timpani, auskultasi bising usus 12x permenit.

Klien kedua inpeksi bentuk simetris, tidak ada luka, tidak ada pembesaran hati, palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak tampak asites pada abdomen, perkusi : terdengar timpani, auskultasi bising usus 10x permenit.

#### 11) Genetalia

Klien pertama, Tidak ada kelainan pada genetalia, rambut pubis belum tumbuh kebersihan cukup, tidak ada lesi atau iritasi pada genetalia

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

#### 12) Anus

Klien pertama, kebersihan cukup, tidak ada hemoroid tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi

Klien kedua kebersihan cukup, tidak ada hemoroid tidak ada kemerahan atau tanda-tanda iritasi

#### 13) Integumen

Klien pertama, saat palpasi, kulit teraba panas, tidak ada lesi atau bekas luka jahitan

Klien kedua, saat palpasi, kulit teraba panas, tidak ada lesi atau bekas luka jahitan

#### 14) Muskuloskeletal

Klien pertama Pada muskuloskeletal tidak ada nyeri sendi, ekstremitas, ekstremitas atas dan bawah dapat digerakan, bebas tanpa tahanan, kekuatan otot 5.

Klien kedua Pada muskuloskeletal tidak ada nyeri sendi, ekstremitas, ekstremitas atas dan bawah dapat digerakan, bebas tanpa tahanan, kekuatan otot 5.

### 11. Pemeriksaan penunjang

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

Pemeriksaan laborat, Tanggal 10 Mei 2014

- |               |   |
|---------------|---|
| 1. Hemoglobin | : 11,2 (N.L : 13,5 – 18, P : 11,5 – 16) |
| 2. Lekosit    | : 11.700 (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 8 tpm macro.
2. Inj Ampicillin 3x350 mg.
3. Inj Salticin 2x20mg.
4. P.o sirup Sanmol 3x1sdk

Pada pemeriksaan laboratorium yang muncul pada klien kedua di dapatkan hasil sebagai berikut :

Pemeriksaan laborat, Tanggal 18 Mei 2014

1. Hemoglobin : 10,8 (N.L : 13,5 – 18, P : 11,5 – 16)
2. Lekosit : 11.100 (N : 4.000 – 11.000)
3. Trombosit : 209.000 (N : 150.000 – 450.000)
4. Hematokrit : 34,1% (L:40,0-50,0, P: 37,0-45,0 )

#### Terapi

1. Infus D5 ¼ NS 8 tpm macro.
2. Inj Ampicillin 3x350 mg.
3. Inj Salticin 2x12,5 mg.
4. P.o Sanmol 3x½ sdk

#### **Daftar masalah keperawatan**

Daftar masalah yang muncul dari klien pertama sebagai berikut :

1. Hipertermi
2. Gangguan pola tidur
3. Hambatan mobilitas fisik

Daftar masalah yang muncul dari klien kedua sebagai berikut :

1. Hipertermi
2. Gangguan pola tidur

### 4.1.2 Analisa Data

Analisa data pada klien pertama An. R / 8 bulan

Tanggal 11 Mei 2015

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p><b>Data Subjektif :</b> Ibu pasien mengatakan klien panas</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral panas.</li> <li>- Mukosa bibir kering.</li> <li>- Terdapat kompres di dahi dan axila.</li> <li>- Suhu axila: 39°C.</li> <li>- Nadi : 118x/menit.</li> <li>- RR : 30x/menit</li> </ul> <p>Leukosit 11.700</p>	Proses infeksi	Hipertermi
<p>DS : klien mengatakan anaknya sulit tidur karena suasana yang ramai</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak tidur 1 jam</li> <li>- Anak gelisah.</li> <li>- Saat tidur sering menangis dan terbangun.</li> <li>- Akral hangat.</li> </ul>	Dampak hospitalisasi	Gangguan pola tidur
<p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya tidak aktif seperti di rumah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat di gendong</li> <li>- Terdapat infus di tangan kanan</li> <li>- Akral panas</li> <li>- Keadaan klien lemah</li> <li>- Klien hanya bisa mika-miki</li> </ul>	Terpasang infus di tangan	Hambatan mobilitas fisik

Analisa data klien kedua An.J / 2bulan

Tanggal 18 Mei 2015

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
<p>Data Subjektif :</p> <p>Ibu pasien mengatakan klien panas</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral panas.</li> <li>- Mukosa bibir kering.</li> <li>- Terdapat kompres di dahi dan axila.</li> <li>- Batuk</li> <li>- Suhu : 39°C.</li> <li>- Nadi : 130x/menit.</li> <li>- RR : 30x/menit</li> </ul> <p>Leukosit 11.100</p>	Proses infeksi	Hipertermi
<p><b>Dau Subyektif :</b></p> <p>mengatakan anaknya sulit tidur karena suasa yang ramai</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anak gelisah.</li> <li>- Saat tidur sering menangis dan terbangun.</li> <li>- Saat perawat melakukan tindakan anak menangis.</li> <li>- Akral panas.</li> <li>- Suhu : 39°C.</li> <li>- Nadi : 130x/menit.</li> <li>RR : 30 kali/menit</li> </ul>	Dampak hospitalisasi	Gangguan pola tidur

#### 4.1.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada An. R / 8 bulan sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan	Intervensi (nic)	Rasional
<p>Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi</p> <p><b>NOC</b></p> <p>1. Thermoregulation</p> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <p>1. Suhu tubuh dalam rentang</p>	<p>1. Monitor suhu tubuh setiap 4 jam</p> <p>2. Observasi tanda-tanda vital (Nadi, RR).</p>	<p>1. Untuk mengetahui perkembangan klien dan intervensi selanjutnya.</p> <p>2. Tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum klien.</p>

<p>normal.</p> <p>2. Nadi dan RR dalam rentang normal.</p> <p>3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</p>	<p>3. Berikan kompres hangat</p> <p>4. Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus.</p> <p>5. Beri minum yang cukup, susu formula ASI (1000-1200 ml)</p> <p>6. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik dan antibiotik</p>	<p>3. Dengan vasodilatasi dapat meningkatkan penguapan yang dapat mempercepat penurunan suhu tubuh.</p> <p>4. Pakaian yang tipis akan memudahkan perpindahan panas dari tubuh.</p> <p>5. Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadi dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.</p> <p>6. Pemberian anti piretik untuk menurunkan demam sesuai dosis yang tepat.</p>
---	--	---

Diagnosa Keperawatan	Intervensi (nic)	Rasional
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan hospitalisasi</p> <p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anxiety reduction</li> <li>2. Comfort level</li> <li>3. Pain level</li> <li>4. Rest : Extent Pattern</li> <li>5. Sleep : Extent Pattern</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal.</li> <li>2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> <li>3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.</li> <li>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyulit tidur.</li> <li>2. Monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari.</li> <li>3. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>4. Fasilita untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur.</li> <li>5. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>6. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat sedasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memgetahui problem tidur dan mnenentukan tindakan selanjutnya.</li> <li>2. Mengetahui lama tidur klien.</li> <li>3. Keluarga faham pentingnya tidur.</li> <li>4. Meningkatkan rasa ngatuk klien.</li> <li>5. Lingkungan yang nyaman membantu klien terlelap.</li> <li>6. Obat sedasi meningkatkan rasa ingin tidur klien.</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Intervensi(NIC)	Rasional
<p>Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasang infus di tangan</p> <p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Joint movement : Active</li> <li>2. Mobility Level</li> <li>3. Self Care</li> <li>4. Transfer performance</li> </ol> <p><b>Criteria hasil :</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.</li> <li>2. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>3. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk menentukan tingkat ketidakmampuan klien dalam beraktifitas</li> <li>2. Untuk mencegah terjadinya edema.</li> <li>3. Untuk melihat sejauh mana kemampuan pasien</li> </ol>



<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik.</li> <li>2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas</li> <li>3. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah</li> <li>4. Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi (walker)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan.</li> <li>5. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk memenuhi kebutuhan pasien secara mandiri</li> <li>5. Untuk mengurangi resiko cedera pada pasien</li> </ol>
---	---	--

Intervensi keperawatan yang muncul pada An. J / 2 bulan sebagai berikut :

Diagnosa Keperawatan	Intervensi (nic)	Rasional
<p>Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi</p> <p><b>NOC</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Thermoregulation</li> </ol> <p><b>Kriteria hasil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tubuh dalam rentang normal.</li> <li>2. Nadi dan RR dalam rentang normal.</li> <li>3. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh sesering mungkin.</li> <li>2. Observasi tanda-tanda vital (Nadi, RR).</li> <li>3. Berikan kompres hangat.</li> <li>4. Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus.</li> <li>5. Beri minum yang cukup, susu formula dan ASI (1000-1200 ml).</li> <li>6. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui perkembangan klien dan intervensi selanjutnya.</li> <li>2. Tanda vital merupakan acuan untuk mengetahui keadaan umum klien.</li> <li>3. Dengan vasodilatasi dapat meningkatkan penguapan yang dapat mempercepat penurunan suhu tubuh.</li> <li>4. Pakaian yang tipis akan memudahkan perpindahan panas dari tubuh.</li> <li>5. Dengan minum yang cukup dapat menghindari terjadi dehidrasi karena suhu tubuh yang meningkat.</li> <li>6. Pemberian anti piretik untuk menurunkan demam sesuai dosis yang tepat (sanmol).</li> </ol>

Diagnosa Keperawatan	Intervensi (Nic)	Rasional
<p>Gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisasi.</p> <p><b>NOC</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyulit tidur.</li> <li>2. Monitor kebutuhan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memgetahui problem tidur dan mnentukan tindakan selanjutnya.</li> <li>2. Mengetahui lama tidur</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anxiety reduction</li> <li>2. Comfort level</li> <li>3. Pain level</li> <li>4. Rest : Extent Pattern</li> <li>5. Sleep : Extent Pattern</li> </ol> <p><b>Kriteria Hasil :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah jam tidur dalam batas normal.</li> <li>2. Pola tidur, kualitas dalam batas normal</li> <li>3. Perasaan segar sesudah tidur atau istirahat.</li> <li>4. Mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur.</li> </ol>	<p>tidur pasien setiap hari.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Jelaskan pentingnya tidur yang adekuat.</li> <li>4. Fasilita untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur.</li> <li>5. Ciptakan lingkungan yang nyaman.</li> <li>6. Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat sedasi.</li> </ol>	<p>klien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Keluarga faham pentingnya tidur.</li> <li>4. Meningkatkan rasa ngatuk klien.</li> <li>5. Lingkungan yang nyaman membantu klien terlelap.</li> <li>6. Obat sedasi meningkatkan rasa ingin tidur klien.</li> </ol>
--	--	--

#### 4.1.4 Implementasi

Diagnosa Keperawatan	11 Mei 2015		12 Mei 2015		13 Mei 2015	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
Kasus 1	08.00	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan..            Monitor suhu tubuh sesering mungkin.            Observasi tanda-tanda vital.            Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan.            Memberikan terapi Inj. Ampicilin 3x400 mg            Inj. Salticin 2x20 mg            Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik</p>	10.00	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan..            Monitor suhu tubuh sesering mungkin.            Observasi tanda-tanda vital.            Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan.            Memberikan terapi Inj. Ampicilin 3x400 mg            Inj. Salticin 2x20 mg            Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik</p>	09.00	<p>Mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan.            Monitor suhu tubuh sesering mungkin.            Observasi tanda-tanda vital.            Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan.            Memberikan terapi Inj. Ampicilin 3x400 mg            Inj. Salticin 2x20 mg            Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik</p>

Diagnosa Keperawatan	18 Mei 2015		19 Mei 2015		20 Mei 2015	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
Kasus 2	18:00	Monitor suhu tubuh setiap 4 jam sekali atau panas timbul Observasi TTV Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan. Memberikan terapi Inj.Ampicilin 3x250mg Inj.salticin 1x12,5mg Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik.	16:00	Monitor suhu tubuh setiap 4 kali atau panas timbul Observasi TTV Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan Memberikan terapi. Inj.Ampicilin 3x250mg Inj.Salticin 1x2,5mg Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik	20:00	Monitor suhu tubuh setiap 4 jam sekali atau bila panas timbul. Observasi TTV Visite Dr.Ika Sp.U terapi dilanjutkan. Memberikan terapi inj.Ampicilin 3x250mg inj. Salticin 1x2,5mg Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus. Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik

#### 4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dx	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Kasus 1			
Dx 1	DS:Ibu pasien mengatakan anaknya panas DO: - Akral panas. - Mukosa bibir kering. - Observasi TTV - Suhu : 39 °C. - Nadi 118x/menit - RR : 30x/menit A : masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	DS:Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas. DO: - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - Observasi tanda-tanda vital - suhu 37,8°C - Nadi 114x/menit - RR 30x/menit A : masalah teratasi sebagian P : ntervensi dilanjutkan	DS:Ibu Pasien mengatakan anaknya tidak panas dan hari boleh pulang. DO : - Akral dingin - Mukosa bibir Lembab - Observasi Tanda-Tanda Vital - Suhu 36,2°C - Nadi 110x/Minit - RR :28x/menit A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan
Dx 2	DS : Ibu klien mengatakan	DS : Ibu klien mengatakan	DS: Ibu mengatakan klien

	<p>pasien sulit tidur karena suasana baru</p> <p>DO : klien gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat tidur sering terbangun.</li> </ul> <p>Observasi tanda-tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu : 39°C.</li> <li>- Nadi : 118x/menit.</li> <li>- RR : 30x/menit</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>masih sulit tidur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menangis</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Suhu 37,8°C</li> <li>- Nadi 114x/menit</li> <li>- RR 30x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>dah bisa tidur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tenang</li> <li>- klien terlihat tidur nyenyak</li> <li>- observasi tanda-tanda vital</li> <li>- suhu 36,2°C</li> <li>- nadi 110x/menit</li> <li>- RR : 28x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
DX 3	<p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya tidak aktif seperti dirumah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat di gendong</li> <li>- Terdapat infus di tangan kanan</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- Keadaan klien lemah</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>DS : Ibu klien mengatakan anaknya masih lemah</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat di tempat tidur</li> <li>- Terdapat infus di tangan kanan</li> <li>- Akral hangat</li> <li>- Keadaan klien lemah</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	<p>DS : Ibu klien mengatakan klien sudah mau merangkak</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat</li> <li>- Tidak terdapat infus di tangan</li> <li>- Akral dingin</li> <li>- Keadaan klien cukup</li> </ul> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dihentikan</p>
Kasus 2	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Dx 1	<p>DS : Ibu pasien mengatakan anaknya panas</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat.</li> <li>- Mukosa bibir kering.</li> <li>- Observasi TTV</li> <li>- Suhu : 39 °C.</li> <li>- Nadi 120x/menit</li> <li>- RR : 30x/menit</li> </ul> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>DS : Ibu pasien mengatakan anaknya masih panas.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral hangat</li> <li>- Mukosa bibir lembab</li> <li>- Observasi TTV</li> <li>- suhu 38°C</li> <li>- Nadi 120x/menit</li> <li>- RR 30x/menit</li> </ul> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : masalah teratasi sebagian</p>	<p>DS : Ibu Pasien Mengatakan Anaknya Tidak Panas Dan Hari Dah Boleh Pulang</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Akral dingin</li> <li>- Mukosa Bibir Lembab</li> <li>- Observasi TTV</li> <li>- Suhu 36°C</li> <li>- Nadi 118x/Menit</li> </ul> <p>A : Masalah teratasi</p>
Dx 2	<p>DS : Ibu klien mengatakan pasien sulit tidur karena suasana baru</p> <p>DO : klien gelisah.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat tidur sering terbangun.</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Suhu : 39°C.</li> </ul>	<p>DS : Ibu klien mengatakan masih sulit tidur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien menangis</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital</li> <li>- Suhu 37,8°C</li> <li>- Nadi 114x/menit</li> </ul>	<p>DS: Ibu mengatakan klien dah bisa tidur</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tenang</li> <li>- klien terlihat tidur nyenyak</li> <li>- observasi tanda-tanda vital</li> <li>- suhu 36,2°C</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi : 118x/menit.</li> <li>- RR : 30x/menit</li> </ul> A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RR 30x/menit</li> </ul> A : Gangguan pola tidur P : masalah teratasi sebagian	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nadi 110x/menit</li> <li>- RR : 28x/menit</li> </ul> A : gangguan pola tidur P : masalah teratasi
--	---	---	---

## 4.2 Pembahasan

Setelah mempelajari teori dan melaksanakan asuhan keperawatan klien pada kejang demam di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya maka dalam bab ini penulis akan mengungkapkan kesenjangan-kesenjangan yang diuraikan sesuai dengan langkah-langkah dalam proses keperawatan.

### 4.2.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pertama (An.R) dan tinjauan kasus kedua (An.J) didapatkan kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus dimana tinjauan teori ditemukan masalah peningkatan suhu tubuh (hipertermi) (Riyadi,2009). Maka tidak terjadi kesejangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori yang mana pada tinjauan kasus pertama maupun tinjauan kasus yang kedua.

Dalam pengkajian pola tidur pada tinjauan kasus pertama dan kedua mengalami gangguan pola tidur, dalam pasien didapatkan data anak mengalami gangguan pola tidur, anak rewel, menangis, tidur hanya 1 jam, baik pada pasien pertama maupun pasien kedua, namun dalam tinjauan teori tidak ditemukan adanya masalah yang muncul (Nanda, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama maupun tinjauan kasus kedua dengan tinjauan teori yang mana pada tinjauan kasus pertama maupun tinjauan kasus kedua oleh karena

suasana yang baru dan ramai sehingga membuat klien kesulitan tidur yang disebabkan tidak berhasilnya klien dalam beradaptasi dengan lingkungan.

Dalam pengkajian intoleransi aktifitas pada tinjauan kasus pertama ibu klien mengatakan klien tidak bisa aktif seperti di rumah sedangkan pada tinjauan kasus kedua tidak mengalami intoleransi aktifitas, namun dalam tinjauan teori tidak ditemukan adanya masalah yang muncul (Nanda, 2013). Maka terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus pertama dengan tinjauan teori karena oleh karena pasien pertama tidak mampu beradaptasi dengan sedangkan pasien kedua bisa beradaptasi dengan

#### **4.2.2 Diagnose keperawatan**

Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kejang demam berdasarkan (Nanda, 2013) adalah

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Resiko asfiksia berhubungan dengan udara yang tidak adekuat untuk inhalasi, penurunan kemampuan motoric
3. Resiko keterlambata perkembangan berhubungan dengan peningkatan frekwensi kekambuhan
4. Resiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.

Namun, tidak semua diagnosa muncul dalam tinjauan kasus. Pada tinjauan kasus pertama pada kejang demam ditemukan diagnose keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisasi
3. Hambatan molilitas fisik berhubungan terpasang infus di tangan

Sedangkan pada tinjauan kasus kedua pada kejang demam ditemukan diagnose keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisasi

Berdasarkan kedua kasus tidak sesuai dengan teori pada kasus pertama dan kasus kedua karena sudah mendapatkan pengobatan.

#### **4.2.3 Perencanaan keperawatan**

Setelah menentukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan yang mana perencanaan disusun berdasarkan standart oprasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Muhammadiyah dan dengan bantuan keluarga klien. Pada tinjauan teori ditemukan tiga perencanaan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA, 2013 yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisasi, gangguan intoleransi aktivitas berhubungan dengan tepasang infus pada tangan.

Pada tinjauan kasus yang pertama ditemukan tiga diagnosa yaitu diagnosa yang pertama hipertermi berhubungan dengan proses infeksi dengan 6 perencanaan dimana tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu Monitor suhu tubuh setiap 4 jam , monitor tanda-tanda vital (Nadi, RR) setiap 4 jam, Berikan kompres hangat, Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus, Beri minum yang cukup, susu formula dan ASI (1000-1200 ml). Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik. Diagnosa kedua tidak sam

dengan sesuai dengan tinjauan teori yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisa dengan 6 perencanaan dimana terjadi kesejangan oleh karena diagnosa yang muncul berbeda dengan diagnosa teori, adapun perencanaannya yaitu Identifikasi penyulit tidur, monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, fasilita untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman, Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat sedasi. Diagnosa ketiga tidak sesuai dengan tinjauan teory yaitu hambatan molitas fisik berhubungan dengan terpasang infus di tangan dengan 5 perencanaan yaitu Monitor vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai kemampuan, Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien.

Pada tinjauan kasus yang kedua ditemukan 2 diagnosa yaitu diagnosa yang pertama hipertermi berhubungan dengan proses infeksi dengan 6 perencanaan dimana tidak terjadi kesenjangan dengan tinjauan teori yaitu Monitor suhu tubuh setiap 4 jam , monitor tanda-tanda vital (Nadi, RR) setiap 4 jam, Berikan kompres hangat, Berikan pakaian yang tipis dari bahan yang halus, Beri minum yang cukup, susu formula dan ASI (1000-1200 ml). Kolaborasi dengan tim dokter untuk pemberian anti piretik(sirup sanmol 3x1 sdk). Diagnosa kedua tidak sam dengan sesuai dengan tinjauan teori yaitu gangguan pola tidur berhubungan dengan dampak hospitalisa dengan 6 perencanaan dimana terjadi kesejangan oleh karena diagnosa yang muncul berbeda dengan diagnosa teori,



adapun perencanaannya yaitu Identifikasi penyulit tidur, monitor kebutuhan tidur pasien setiap hari, jelaskan pentingnya tidur yang adekuat, fasilita untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur, ciptakan lingkungan yang nyaman, Kolaborasi dengan tim medis pemberian obat sedasi

Pada perencanaan keperawatan ini penulis juga akan berfokus kepada perencanaan diagnosa hipertermi yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan teori maupun tinjauan kasus pertama maupun kedua. Perencanaan tersebut merupakan tindakan non farmokologi yakni kompres hangat, maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana tujuan dari kompres hangat menurunkan panas.

#### **4.2.4 Pelaksanaan**

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 di lahan praktek, maka pelaksanaan harus disesuaikan dengan standart oprasional prosedur (SOP) 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 kedua pada kejang demam mengikuti standart oprasional prosedur(SOP) di Rumah Sakit Muhammadiyah Surabaya.

Dalam pelaksanaan tindakan kejang demam tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang ditemukan bersumber dari satu masalah yaitu hipertermi. Dengan adanya masalah tersebut akan muncul beberapa diagnose keperawatan yang saling berkaitan akibat respon pasien. Semisal pada tinjauan kasus pertama hipertermi berhubungan dengan proses infeksi berkaitan gangguan intoleransi aktivitas berhubungan dengan terpasang infus di tangan kanan. Begitu juga pada tinjauan kasus yang kedua memunculkan masalah hipertermi berhubungan dengan proses infeksi sebagai masalah utama berkaitan dengan gangguan pola tidur berhubungan dengan terpasang infus di tangan kanan. Sehingga dalam pelaksanaannya penulis berfokus dalam pelaksanaan manajemen hipertermi dalam mengatasi masalah-masalah keperawatan yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainnya.

Pada pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologi yaitu kompres terhadap masalah keperawatan hipertermi yang akan disajikan dalam tabel

Analisa berbasis P-I-C-O-T di Rumah Sakit Muhammadiyah surabaya :

<b>Tgl</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Comprasion</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
11-05-2015	An.R (L/8 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan diagnosa medis KDS 2. Suhu 39°C 3. Mukosa bibir kering 4. Riwayat panas	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres hangat, didaerah didahi dan axila setiap 4 jam atau setiap panas timbul	Panas berkurang Suhu 37°C	Penurunan panas melalui kompres hangat, teory konduksi (Djuwiyah, 2011)
<b>Tgl</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Comprasion</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
12-05-2015	An.R (L/8 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres air hangat, didaerah dahi dan axila setiap 4 jam atau setiap	Panas berkurang Suhu 36,5°C	Penurunan panas melalui kompres hangat, teory

	diagnosa medis KDS 2. Suhu axila 38,3°C 3. Mukosa bibi kering 4. Riwayat panas		panas timbul		konduksi (Djuwiyah, 2011)
<b>Tgl</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Compration</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
13-05-2015	An.R (L/8 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan diagnosa medis KDS 2. Suhu axila 37,8°C 3. Mukosa bibi lembab 4. Riwayat panas.	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres air hangat, didaerah dahi dan axila setiap 8 jam atau setiap panas timbul	Panas berkurang suhu 36° C	Penurunan panas melalui kompres hangat, teory konduksi (Djuwiyah, 2011)
<b>Tgl</b>	<b>Pasien 2</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Compration</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
18-05-2015	An.J (L/2 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan diagnosa medis KDS+DADS 2. Suhu axila 37,8°C 3. Mukosa bibi lembab 4. Riwayat panas.	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres air hangat, didaerah dahi dan axila setiap 4 jam atau setiap panas timbul	Panas berkurang suhu 36° C	Penurunan panas melalui kompres hangat teory konduksi (Djuwiyah, 2011)
<b>Tgl</b>	<b>Pasien 2</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Compration</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
19-05-2015	An.J (L/2 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan diagnosa medis KDS+DADS 2. Suhu axila 37,8°C 3. Mukosa bibi lembab 4. Riwayat panas.	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres air hangat, didaerah dahi dan axila setiap 4 jam atau setiap panas	Panas berkurang suhu 36° C	Penurunan panas melalui kompres hangat, teory konduksi (Djuwiyah, 2011)
<b>Tgl</b>	<b>Pasien 2</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Compration</b>	<b>Outcome</b>	<b>Teory</b>
20-05-2015	An.J (L/2 bulan) 1. Diagnosa keperawatan Hipertermi dengan diagnosa medis KDS+DADS 2. Suhu axila 37,8°C 3. Mukosa bibi lembab 4. Riwayat panas.	Memberikan kompres hangat	Melakukan kompres air hangat, didaerah dahi dan axila setiap 4 jam atau setiap panas	Panas berkurang suhu 36° C	Penurunan panas melalui kompres hangat, teory konduksi (Djuwiyah, 2011)

#### 4.2.5 Evaluasi

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

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi. Masalah teratasi dari jangka waktu yang di targetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 11 mei 2015 masalah belum taratasi dan rencana tindakan dilanjutkan 1,2,3, dan 6 dilanjutkan, tanggal 12 mei 2015 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan 1,2, dan 3 dilanjutkan dan tanggal 13 mei 2015 masalah sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.
2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan hospitalisasi. Masalah teratasi dari jangka waktu yang di targetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 11 mei 2015 masalah belum taratasi dan rencana tindakan dilanjutkan 2,3,4 dan 6 dilanjutkan, tanggal 12 mei 2015 masalah teratasi sebagian dan rencana tindakan 2 dan 6 dilanjutkan dan tanggal 13 mei 2015 masalah sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan terpasang infus di tangan. Masalah teratasi dari jangka waktu yang di targetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 11 mei 2015 masalah belum taratasi dan rencana tindakan dilanjutkan 3,4, dan 5 dilanjutkan, tanggal 12 mei 2015 masalah

teratasi sebagian dan rencana tindakan 3 dan 5 dilanjutkan dan tanggal 13 mei 2015 masalah sudah teratasi sehingga intervensi dihentikan.

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