

BAB IV

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada hari Senin tanggal 21 Agustus 2023 pukul 10.00 wita di Ruang Bakas RSUD Kabupaten Klungkung pada An.”T” yang mengalami kejang demam. Data diperoleh dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan dan rekam medis.

1. Identitas Klien

Nama	: An.T
Umur	: 4 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Hindu
Pendidikan	: Belum sekolah
Tanggal Masuk	: 21 Agustus 2023
Diagnosa Medis	: Kejang Demam Sederhana (KDS)
No. CM	: 275xxx
Alamat	: Klungkung
Penanggung jawab	
Nama	: Ny.A
Umur	: 29 Tahun
Alamat	: Klungkung
Pekerjaan	: Ibu rumah tangga
Agama	: Hindu
Hubungan dengan klien	: Anak kandung

2. Keluhan utama

Demam dengan kejang selama 2menit

3. Riwayat penyakit sekarang

Pasien datang ke UGD RSUD Klungkung diantar oleh kedua orang tuanya pada tanggal 21 Agustus 2023 pukul 02.00 wita dengan keluhan demam sejak kemarin malam serta mengalami kejang selama 2 menit. Anak mendapatkan pemeriksaan di UGD, dipasang infus dan cek laboratorium. Anak disarankan untuk menjalani rawat inap dengan diagnosis medis kejang demam sederhana (KDS).

4. Riwayat penyakit dahulu

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah memiliki riwayat penyakit kejang sebelumnya.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Ibu pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes melitusdan lainnya, baik itu dari pihak keluarganya maupun dari pihak keluarga suaminya.

6. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

Pasien merupakan anak kedua, riwayat kelahiran secara spontan dengan kehamilan aterm, tidak ada kelainan. Perkembangan anak mulai merangkak pada umur 8 bulan, berdiri 10 bulan dan berjalan umur 14 bulan. Anak juga mendapatkan asi secara lengkap sesuai yang dianjurkan oleh bidan dan puskesmas dan mendapatkan imunisasi lengkap.

7. Pola fungsi Gordon

a. Pemeliharaan dan persepsi terhadap kesehatan

Ibu mengatakan masalah kesehatan baik-baik saja

b. Nutrisi /metabolik

Ibu mengatakan sebelum sakit anaknya makan 3 kali sehari dan makan cemilan seperti coklat. Saat pengkajian ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya baik, frekuensi makan 3 kali sehari, jenis makanan bubur, sayur lauk.

c. Pola eliminasi

saat pengkajian ibu pasien mengatakan BAB anaknya lancar dan BAK sebanyak 5-6 kali sehari dengan warna kuning jernih.

d. Pola aktivitas dan latihan

Ibu mengatakan sebelum sakit anaknya melakukan aktivitas sesuai dengan umurnya, sangat aktif bermain dengan teman-temannya. Saat pengkajian ibu mengatakan anaknya menjadi rewel dan susah untuk melakukan aktivitas seperti biasanya.

e. Pola tidur dan istirahat

Ibu mengatakan sebelum anaknya sakit tidur selama 8-9 jam di malam hari, kemudian tidur siang selama 1 jam. Saat pengkajian ibu mengatakan anaknya susah tidur dan rewel dikarenakan panas dan lemas.

f. Pola kognitif –perseptual

Ibu mengatakan kurang memperhatikan masalah kesehatan pada anaknya.

g. Pola persepsi diri

Ibu mengatakan bahwa ia merasa bersalah karena abai terhadap kesehatan anaknya.

h. Pola seksual dan reproduksi diri

Ibu mengatakan tidak ada masalah dalam pola seksual dan reproduksi anaknya.

i. Peran dan pola hubungan

Ibu mengatakan bahwa anaknya merukan anak kedua.

j. Manajemen koping stress

Ibu mengatakan bahwa ia menyerahkan sepenuhnya proses pengobatan anaknya kepada petugas kesehatan. Dan selanjutnya akan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat kepada anaknya.

k. Pola keyakinan dan nilai

Pasien beragama Hindu dan percaya terhadap Tuhan Yang Maha Esa

8. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum : Pasien sadar, tampak rewel dan digendong oleh bapaknya.

b. Tingkat kesadarn : Compos mentis

c. GCS : E5 V4 M6

d. Tanda-tanda Vital :

1) Tekanan darah : Tidak terkaji

2) Nadi : 120x/menit

3) Respirasi : 22x/menit

4) Suhu : 40,0 OC

5) TB : 100 Cm

6) BB : 11 Kg

e. Pemeriksaan *Head To Toe*

1) Kepala

Bentuk kepala normocephali, rambut berwarna hitam dan terawat, kulit kepala bersih, tidak ada luka dan tidak ada benjolan.

2) Mata

Bentuk simetris, icterus tidak ada, penggunaan kaca mata tidak ada, pergerakan bola mata bebas, respon cahaya positif.

3) Telinga dan hidung

Bentuk simetris, kebersihan baik, tidak ada benjolan, nyeri tekan tidak ada.

4) Mulut

Mukosa bibir lembab dan tidak ada luka.

5) Leher

Tidak tampak adanya benjolan.

6) Dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris kanan dan kiri, pergerakan dada simetris.

Palpasi : Tidak teraba adanya masa maupun benjolan.

Perkusi : Bunyi paru terdengar sonor (normal)

Auskultasi : Tidak terdengar bunyi ronchi, wheezing.

7) Abdomen

Tidak adanya bekas luka ataupun jejas, tidak ada nyeri tekan, tidak teraba benjolan dan peristaltik usus 5x/menit. Distensi tidak ada.

8) Ekstremitas

Tidak ada edema di kedua ekstremitas, tidak ditemukan gangguan pada ekstremitas atas ataupun bawah. Kulit pada ekstremitas diraba hangat.

9. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Darah lengkap

b. Terapi Medis

IVFD D51/4NS IV 30 tpm makro

Inj Ceftriaxone 350 mg tiap 12 jam IV

Parasetamol 140 mg tiap 8 jam IV

Diazepam 5mg tiap 8 jam IV

10. Analisis data

Tabel 6		
Analisa Data Asuhan Keperawatan Hipertermia Pada An.T Dengan Kejang Demam Di Ruang Bakas RSUD Klungkung Tahun 2024		
Data fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
Data subjektif : Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin malam serta mengalami kejang selama 2 menit. Data Objektif: Kulit pasien tampak merah dan teraba panas, suhu : 40,0 ° C	Infeksi bakteri, virus dan parasit ↓ reaksi inflamasi ↓ peningkatan suhu tubuh ↓ ketidakseimbangan potensial membran ATP ASE ↓ Pelepasan muatan listrik semakin meluas ke seluruh sel maupun membrane sel sekitarnya dengan bantuan neurotransmitter ↓ Kejang (<15 menit/>15 menit) ↓ Kontraksi otot meningkat ↓ Metabolisme meningkat ↓ Suhu tubuh semakin meningkat ↓ Hipertermia	Hipertermia

B. Diagnosis Keperawatan

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan kulit pasien tampak merah, badan pasien terasa panas, kulit pasien terasa hangat suhu 40,0 °C.

C. Rencana Keperawatan

Rencana asuhan keperawatan dalam penelitian KIAN ini dilakukan agar dapat mengatasi masalah keperawatan hipertermia pada anak yang mengalami kejang demam. Rencana keperawatan An.T sebagai berikut :

1. Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)

Asuhan keperawatan dilakukan selama 3x 24 jam diharapkan setelah diberikan tindakan termoregulasi pasien membaik dengan kriteria hasil :

- a. Mengkilat menurun (5)
- b. Kulit merah menurun (5)
- c. Kejang menurun (5)
- d. Suhu tubuh membaik (5)
- e. Suhu kulit membaik (5)

Intervensi keperawatan (SIKI) untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermia pada An.T dengan label manajemen hipertermia sebagai berikut:

- a. Observasi
 - 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas)
 - 2) Monitor suhu tubuh
 - 3) Monitor komplikasi akibat hipertermia
- b. Terapeutik
 - 1) Sediakan lingkungan yang dingin

- 2) Longgarkan atau lepaskan pakian
- 3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- 4) Berikan cairan oral
- 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis
- 6) Berikan kompres daun jinten dan bawang merah

c. Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada An.T akan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan pada intervensi. Implementasi keperawatan yang telah dilakukan yaitu seperti mengidentifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh pasien, monitor komplikasi akibat hipertermia, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan pakian, menganjurkan tirah baring.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 7
Evaluasi Keperawatan Hipertermia Pada An.T Dengan Kejang Demam Di Ruang Bakas RSUD Klungkung Tahun 2024

No	Tgl / jam	Catatan perkembangan	Paraf
1	24 Agustus 2023 pukul 08.30 wita	S : - Ibu pasien mengatakan anaknya tidak mengalami kejang lagi dan badan anaknya sudah tidak panas. O : - Mengkil menurun - Kulit merah menurun - Kejang menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik - Nadi : 110x/menit - Respirasi : 21x /menit - Suhu : 36,7 °C A : - Masalah teratasi tujuan tercapai P : - Pertahankan kondisi pasien - Lanjutkan perawatan pasien sampai pasien diijikan pulang - KIE keluarga pasien tentang cara penanganan kejang demam dan hipertermia secara non farmakologis.	Tika

F. Pelaksanaan Inovasi Kompres Daun Jinten Dan Bawang Merah

Pemberian terapi inovasi dengan kompres daun jinten dan bawang merah pada penelitian KIAN ini diberikan kepada pasien yang mengalami hipertermia selama 10 menit dalam 3 hari sesuai dengan rencana keperawatan dengan menggunakan acuan standar operasional prosedur (SOP). Tujuan pemberian terapi ini yaitu untuk menurunkan suhu tubuh pasien pada anak yang mengalami hipertermia. Sebelum melakukan kompres daun jinten dan bawang merah ini pertama suhu tubuh pasien

akan diukur terlebih dahulu dengan termometer digital kemudian baju pasien dilepas dan irisan bawang merah dicampurkan dengan daun jinten dioleskan pada bagian dahi, leher dan ketiak pasien setelah kompres selama 10 menit suhu tubuh pasien akan diukur kembali.

Hasil yang diperoleh setelah dilakukan kompres daun jinten dan bawang merah pada An.T yang mengalami hipertermia setelah diberikan kompres satu kali sehari selama tiga hari asuhan keperawatan yang diberikan yaitu suhu tubuh pasien menurun dengan hasil pengukuran suhu tubuh pasien yaitu 36,7⁰C. selama melaksanakan terapi pemberian kompres daun jinten dan bawang merah An.T kooperatif.