

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien kelolaan dilakukan pada hari Senin, 5 Mei 2025 pukul 08.00 WITA di Ruang Ayodya RSU Dharma Yadnya. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik serta rekam medis pasien.

1. Identitas Pasien

- a. Nama : An. SS
- b. Umur : 14 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Suku bangsa : Indonesia
- e. Agama : Hindu
- f. Pekerjaan : Pelajar
- g. Pendidikan : SMP
- h. Alamat : Jalan Danau Beratan
- i. No. RM : 16.08. xx
- j. Tanggal MRS : 4 Mei 2025 (pukul 17.00 WITA)
- k. Diagnosis Medis : *Dengue Hemorrhagic Fever* (DHF)
- l. Tanggal Pengkajian : 5 Mei 2025 (pukul 08.00 WITA)

2. Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama

Demam sejak 3 hari yang lalu

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang diantar oleh orang tuanya ke IGD RSUD Dharma Yadnya pada tanggal 4 Mei 2025 pukul 17.00 WITA dengan keluhan demam sejak 3 hari yang lalu. Sebelumnya pasien sempat dibawa ke puskesmas untuk mendapat pengobatan, tetapi tidak kunjung membaik yang kemudian orang tua membawa pasien ke RSUD Dharma Yadnya. Di IGD dilakukan pemeriksaan fisik, pemasangan infus, diberikan injeksi obat, dan dilakukan pengecekan darah lengkap. Setelah mendapatkan penanganan di IGD, pasien disarankan untuk rawat inap di ruang Ayodya untuk mendapatkan perawatan intensif. Saat dilakukan pengkajian, pasien mengatakan masih merasa demam dan juga lemas. Keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran compos mentis, suhu : 38,5°C, tekanan darah 122/80 mmHg, respirasi 20 x/menit, nadi 110 x/menit.

c. Riwayat Kesehatan Terdahulu

Pasien mengatakan tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat operasi, riwayat alergi ataupun riwayat kelainan bawaan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit menular seperti hipertensi ataupun diabetes melitus.

e. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) ANC (Prenatal)

Penyakit ibu yang dialami saat hamil : Tidak ada

2) Natal / cara persalinan : Normal

3) Postnatal

BBL : 3,4 kg, PBL : 51 cm, LK lahir : 34 cm

f. Perubahan Pola Kesehatan

Pola kesehatan yang digunakan dalam melakukan pengkajian yaitu pendekatan Gordon. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan, didapatkan data sebagai berikut:

1) Pola manajemen kesehatan

Keluarga pasien mengatakan jika ada anggota keluarga yang sakit, keluarga segera membawa ke fasilitas kesehatan terdekat untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut.

2) Pola nutrisi

Pasien mengatakan sebelum MRS, pasien makan sebanyak 3x sehari dengan porsi sepiring habis dan minum air putih 6-7 gelas per hari. Saat dirawat di rumah sakit, nafsu makan pasien sedikit menurun sehingga hanya mampu menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi.

3) Pola eliminasi

Pasien mengatakan kebiasaan BAK sebelum MRS dan setelah masuk rumah sakit kurang lebih 4-5 kali per hari, berwarna coklat kekuningan dan kebiasaan BAB 1 kali sehari setiap pagi hari, dengan konsistensi padat.

4) Pola istirahat dan tidur

Keluarga pasien mengatakan pasien istirahat tidur di rumah selama 7-8 jam per hari dan jam tidur pasien tidak menentu. Selama dirawat hanya

dapat istirahat tidur selama 5-6 jam per harinya dikarenakan pasien merasa gelisah dan merasa tidak nyaman saat tidur.

3. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Lemah
- b. Tingkat kesadaran : Compos Mentis
- c. GCS : E4 V5 M6 (15)
- d. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah : 122/80 mmHg

2) Nadi : 110 x/menit

3) Suhu : 38,5°C

4) Respirasi : 20 x/menit

- e. *Head to toe*

1) Kepala

Bentuk simetris, tidak terdapat kelainan, kulit kepala tampak bersih, warna rambut hitam, tidak terdapat lesi.

2) Mata

Bentuk mata simetris, pergerakan bola mata baik, konjungtiva tampak tidak ikterik, sklera tidak anemis, pupil isokor, reflek cahaya +/+, serta penglihatan baik.

3) Hidung

Bentuk simetris, tidak terdapat secret, penciuman baik.

4) Telinga

Bentuk simetris, bersih, tidak terdapat cairan yang keluar melalui telinga, pendengaran baik.

5) Mulut

Bentuk simetris, mukosa kering, gigi lengkap, tidak terdapat pembesaran pada tonsil, kebersihan gigi cukup baik.

6) Leher

Tidak terdapat pembesaran pada kelenjar getah bening, bentuk simetris, tidak terdapat kelainan.

7) Dada

- a) Inspeksi : Bentuk simetris, tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan
- b) Palpasi : Taktil fremitus tampak normal, tidak terdapat lesi.
- c) Perkusi : Sonor.
- d) Auskultasi : Irama napas regular, suara napas normal.

8) Abdomen

Bentuk simetris, tidak terdapat distensi abdomen, tidak terdapat lesi atau odema pada perut, bising usus normal 10 x/menit, tidak ada acites.

9) Ekstremitas

Bentuk simetris, pergerakan aktif, tidak terdapat lesi atau odema, akral teraba hangat, warna kulit kemerahan, CRT < 2 detik, tidak terdapat kelainan pada ekstremitas atas dan bawah.

10) Anus dan Genetalia

Tidak ditemukan masalah dan kelainan.

4. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1
Hasil Pemeriksaan Hematologi Tanggal 4 Mei 2025

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Keterangan
WBC	2.44	$10^3/\text{uL}$	3.80 – 10.6	<i>Low</i>
NEU	1.58	%	1.63 – 6.96	<i>Low</i>
LYM	0.698	%	1.09 – 2.99	<i>Low</i>
MONO	0.133	%	0.240 – 0.790	<i>Low</i>
EOS	0.002	%	0.300 – 0.440	<i>Low</i>
BASO	0.025	%	0.00 – 0.080	
RBC	5.53	$10^6/\text{uL}$	4.40 – 5.90	
HGB	15.8	g/dL	13.2 – 17.3	
HCT	46.3	%	40 – 52	
MCV	83.7	fL	84 – 96	<i>Low</i>
MCH	28.6	Pg	25 – 34	
MCHC	34.2	g/dL	32 – 36	
RDW	8.40	%	11.5 – 14.5	<i>Low</i>
PLT	69.3	$10^3/\text{uL}$	150 – 440	<i>Low</i>
MPV	8.75	fL	7.20 – 11.1	

5. Terapi Medis

- IVFD RL 20 tpm
- Omeprazole 40 mg @12 jam (IV)
- Paracetamol 500 mg @8 jam (IV) bila suhu $\geq 38,2^\circ\text{C}$

B. Diagnosis Keperawatan

1. Analisis Data

Tabel 3. 2
Analisis Data Asuhan Keperawatan Hipertermia pada An “SS” dengan
Dengue Hemorrhagic Fever Menggunakan Terapi Kompres *Aloevera* di
Ruang Ayodya RSUD Dharma Yadnya

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
Data subjektif : Pasien dikeluhkan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, demam naik turun.	Proses penyakit (virus dengue) ↓ Reaksi antigen antibodi ↓ Termoreseptor sentral (Hipotalamus) ↓ Kontrol produksi panas ↓ Hipertermia	Hipertermia
Data objektif : Saat dikaji suhu tubuh pasien 38,5°C, tekanan darah 122/80 mmHg, N:110 x/menit, RR: 20x/menit, PLT : 69,3 10 ³ /uL, kulit teraba hangat dan kulit tampak kemerahan.		

2. Perumusan Diagnosis

Berdasarkan analisis data diatas, dapat dirumuskan diagnosis keperawatan aktual yakni, hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue) dibuktikan dengan pasien mengatakan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, demam naik turun, suhu tubuh 38,5°C,

tekanan darah 122/80 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi 20x/menit, PLT : 69,3 10³/uL, kulit teraba hangat dan kulit tampak kemerahan.

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3. 3

Rencana Asuhan Keperawatan Hipertermia pada An “SS” dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* Menggunakan Terapi Kompres *Aloevera* di Ruang Ayodya RSUD Dharma Yadnya

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit (infeksi virus dengue) dibuktikan dengan pasien mengatakan demam sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, demam naik turun, suhu tubuh 38,5°C, tekanan darah 122/80 mmHg, nadi 110 x/menit, respirasi 20x/menit, PLT : 69,3 10 ³ /uL, kulit teraba hangat dan kulit tampak kemerahan.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka termoregulasi membaik (L.14134) dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Tekanan darah membaik 4. Menggigil menurun 5. Kulit merah menurun 6. Takikardi menurun	Intervensi utama Manajemen hipertermia (I.15506) 1. Observasi a. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas) b. Monitor suhu tubuh c. Monitor komplikasi akibat hipertermia 2. Terapeutik a. Sediakan lingkungan yang dingin b. Longgarkan atau lepaskan pakaian c. Berikan cairan oral d. Basahi atau dan kipasi permukaan tubuh e. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis f. Berikan kompres <i>aloevera</i> untuk menurunkan suhu tubuh 3. Edukasi a. Anjurkan tirah baring 4. Kolaborasi a. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

SDKI (PPNI,2016), SLKI (PPNI,2019), SIKI (PPNI,2018)

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan. Implementasi keperawatan dilakukan pada tanggal 5-7 Mei 2025 di Ruang Ayodya RSUD Dharma Yadnya. Implementasi keperawatan yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah hipertermia pada An. SS yaitu mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh, menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan pakaian, mengipasi permukaan tubuh, menganjurkan memenuhi cairan oral, mengganti linen, memberikan kompres *aloevera*, menganjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian obat serta cairan intravena.

E. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 4
Evaluasi Keperawatan Hipertermia pada An “SS” dengan *Dengue Hemorrhagic Fever* di Ruang Ayodya RSUD Dharma Yadnya

Tanggal/ Jam	Evaluasi Keperawatan	Nama/ Paraf
Rabu, 7 Mei 2025 Pukul 16.00	S : Pasien mengatakan demam sudah turun dan tidak menggigil namun masih merasa lemas. O : 1. Suhu tubuh membaik yaitu 36,7°C 2. Tekanan darah 110/70 mmHg 3. Nadi 80 x/menit 4. Suhu kulit membaik 5. Kemerahan pada kulit menurun A : Hipertermia teratasi P : Pertahankan kondisi pasien. Lanjutkan intervensi keperawatan : 1. Monitor suhu tubuh 2. Berikan cairan oral 3. Berikan kompres <i>aloevera</i> apabila suhu tubuh kembali naik 4. Anjurkan tirah baring	Yeni