

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian

Pengkajian pada pasien kelolaan dilakukan pada hari Senin, 11 Agustus 2025 pukul 10.00 WITA di Ruang Jempiring RSUD Bangli. Sumber data pengkajian ini diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik serta rekam medis pasien.

1. Data Anemis

a. Biodata

1) Identitas Pasien

- a) Nama : An. P
- b) Umur : 6 tahun
- c) Jenis kelamin : laki-laki
- d) Suku bangsa : Indonesia
- e) Agama : Hindu
- f) Pekerjaan : pelajar
- g) Pendidikan : SD
- h) Alamat : Sidembunut, Bangli
- i) Diagnosa medis : Demam Tifoid
- j) Tanggal Pengkajian : 11 Agustus 2025

2) Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien dikeluhkan demam sejak 4 hari yang lalu

b. Riwayat penyakit sekarang

Pasien masuk (IGD) RSUD Bangli pada tanggal 11 Agustus 2025 sekitar pukul 06.00 WITA dengan didampingi oleh orang tuanya. Keluhan utama yang dirasakan adalah demam yang telah berlangsung selama kurang lebih 4 hari sebelum masuk rumah sakit. Sebelumnya, pasien sempat di bawa ke dokter dan mendapat paracetamol syrup 3x2 sendok takar namun kondisi tidak kunjung membaik sehingga keluarga memutuskan untuk membawa pasien ke rumah sakit. Pasien terakhir minum obat paracetamol tanggal 10 agustus 2025 pukul 19.00 wita. Setibanya di IGD, pasien mendapatkan pemeriksaan fisik secara menyeluruh, kemudian dilakukan tindakan pemasangan infus, pemberian terapi obat melalui injeksi, serta pemeriksaan laboratorium berupa darah lengkap. Setelah mendapatkan penanganan awal, pasien dianjurkan oleh tenaga medis untuk menjalani perawatan lanjutan dengan rawat inap di ruang Jempiring agar mendapatkan perawatan yang lebih intensif. Saat dilakukan pengkajian lebih lanjut, pasien masih dikeluhkan demam dan merasa tubuhnya lemas. kondisi pasien tampak lemah, kulit teraba hangat, kulit kemerahan dengan tingkat kesadaran composimentis. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital menunjukkan suhu tubuh 38,7°C, Spo2 96% frekuensi pernapasan 20 kali per menit, dan denyut nadi 115 kali per menit.

c. Riwayat kesehatan terdahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien 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 HIV dan TBC

e. Riwayat kehamilan dan persalinan

1) ANC (Prenatal)

Penyakit yang dialami ibu 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 kesehtan

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 36 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: composmentis

c. GCS: E4 V5 M6 (15)

d. Tanda-tanda vital

1) Tekanan darah : tidak terkaji

2) Nadi : 115

3) Suhu : 38,7 °C

4) Respirasi : 20x/menit

5) SpO₂ : 96 %

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) Ekstermitas

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

10) Anus dan genetalia

Tidak ditemukan masalah dan kelainan.

4) Data penunjang

Hasil Lab pada tanggal 11 Agustus 2025 didapatkan Typhi O positif 1/320, Paratyphi OA positif 1/160, Paratyphi OB positif 1/80, paratyphi OC 1/80, typhi H Negatif, Paratyphi HA 1/80, Paratyphy HB negatif, paratyphi HC positif 1/160.

5) Terapi Medis (obat)

Infus RL 12 tpm, injeksi ranitidine 2x12 mg, injeksi ondansetron 3x2, injeksi paracetamol 12 cc tiap 6 jam, injeksi ceftriaxone 2x500 mg, injeksi dexamethasone 3x0,2 cc.

B. Diagnosa Keperawatan

1. Analisa Data

Tabel 2
Analisis data asuhan keperawatan pada anak demam tifoid dengan terapi kompres bawang merah dan minyak kayu putih di Ruang Jempiring RSUD Bangli

Data Fokus	Analisis	Masalah Keperawatan
Data subjektif: Pasien dikeluhkan demam sejak 4 hari yang lalu Data objektif: Saat dikaji suhu tubuh pasien 38,7°C, Nadi 115x/menit, Spo2 96%, RR 20x/menit Kulit teraba hangat dan tampak kemerahan.	Infeksi bakteri <i>salmonella typhi</i> ↓ bakteri masuk ke usus dan aliran darah ↓ tubuh memberikan respon imun ↓ Zat pirogen merangsang (Hipotalamus) ↓ Set point suhu tubuh meningkat ↓ Terjadi peningkatan suhu tubuh ↓ Hipertermia	Hipertermia

2. Perumusan dan Diagnosis Keperawatan

Perumusan diagnosis keperawatan pada An. P menggunakan komponen *Problem (P)*, *Etiology (E)*, *Sign and Symptom (S)*. Bagian *problem* ditemukan masalah hipertermia, pada bagian *etiology* ditemukan penyebab masalah proses penyakit demam tifoid, dan pada *sign and symptom* ditemukan data suhu tubuh pasien 38,7 0C, N: 96x/mnt, RR:20x/mnt, kulit teraba hangat, kulit tampak kemerahan dan pasien dikeluhkan demam sejak 4 hari yang lalu naik turun.

C. Perencanaan Keperawatan

1. Tujuan dan kriteria hasil SDKI

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik SLKI label hipertermia (D.0130) dengan kriteria hasil yaitu, Suhu tubuh membaik (5), Kulit kemerahan menurun(5), Suhu kulit membaik (5).

2. Intervensi keperawatan SIKI

Intervensi utama SIKI dengan label: manajemen hipertermia (I.15506). Definisi mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi

a. Observasi

1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas)

2) Monitor suhu tubuh

b. Terapeutik

1) Sediakan lingkungan yang dingin

2) Longgarkan atau lepaskan pakaian

3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh

- 4) Berikan cairan oral
- 5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
- 6) Berikan kompres bawang merah untuk menurunkan suhu tubuh

c. Edukasi

- 1) Anjurkan tirah baring

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
- 2) Intervensi inovasi

Intervensi inovasi yang diberikan pada An. P untuk menurunkan hipertermia yaitu kompres bawang merah dan minyak kayu putih.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah ditetapkan. Pelaksanaan implementasi dilakukan dari tanggal 12-14 Agustus 2025.

- 1) mengidentifikasi penyebab hipertermia
- 2) memonitor suhu tubuh
- 3) menyediakan lingkungan yang dingin
- 4) melonggarkan pakaian
- 5) mengipasi permukaan tubuh
- 6) menganjurkan memenuhi cairan oral
- 7) mengganti linen
- 8) menganjurkan tirah baring.
- 9) memberikan kompres bawang merah

Setiap pemberian tindakan dilakukan penilaian respon secara subjektif dan objektif untuk mengetahui hasil dari tindakan yang sudah diberikan.

a. Tanggal 12 Agustus 2025

- 1) Data subjektif: keluarga pasien mengatakan demam pasien mulai berkurang, kondisi pasien merasa lebih baik dan mau mengikuti anjuran yang diberikan perawat.
- 2) Data objektif: suhu tubuh pasien Tampak menurun 38°C , Kulit teraba panas dan tampak kemerahan, Pakaian dan linen tampak basah karena keringat berlebih (hiperhidrosis), Mukosa bibir tampak kering.

b. Tanggal 13 agustus 2025

- 1) Data subjektif : pasien mengatakan demam mulai berkurang, kondisi merasa lebih baik dan mau mengikuti anjuran yang diberikan perawat.
- 2) Data objektif: suhu tubuh pasien menunjukkan penurunan dibandingkan hari pertama 37,2°C, Kulit masih teraba hangat, namun kemerahan (*flushing*) pada wajah mulai berkurang, Mukosa bibir mulai tampak lembap (menandakan rehidrasi oral/IV mulai efektif), Produksi keringat (hiperhidrosis) mulai berkurang dibandingkan hari pertama, Linen tampak bersih dan kering (sudah diganti), Pasien kooperatif saat dilakukan kompres bawang merah, Pasien tampak masih menjalani tirah baring (*bedrest*) di lingkungan yang sejuk/ventilasi baik, Intake cairan oral terpenuhi dengan Infus menetes lancar sesuai instruksi kolaborasi.

c. Tanggal 14 agustus 2025

- 1) Data subjektif : pasien mengatakan demam mulai berkurang, kondisi merasa lebih baik dan mau mengikuti anjuran yang diberikan perawat.

2) Data objektif : Suhu tubuh berada dalam rentang normal 36,7°C, Kulit teraba normal (tidak panas) dan warna kulit tidak lagi kemerahan (*flushing* hilang), Mukosa bibir dan mulut tampak lembap, Hiperhidrosis (keringat berlebih) sudah tidak ditemukan, Turgor kulit elastis (kembali cepat dalam < 2 detik), Intake cairan oral adekuat (pasien minum dengan baik), Pasien tampak lebih segar dan mulai melakukan aktivitas ringan di sekitar tempat tidur, Lingkungan tetap terjaga kesejukannya, Penggunaan kompres bawang merah dihentikan (hanya dilakukan jika suhu meningkat kembali).

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang didapatkan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam pada An. P dengan hipertermia yang dilakukan pada tanggal 15 Agustus 2025 pukul 10.00 WITA yaitu data subjektif keluarga pasien menyatakan bahwa kondisi tubuh An.P sudah stabil, suhu kulit membaik, kemerahan pada kulit menurun dan tidak lagi terasa panas/hangat saat disentuh. Data objektif keadaan umum, Pasien tampak tenang dan merasa nyaman, Suhu Tubuh: 36,7 °C , Nadi: 87 x/menit, Spo2 98% Respirasi (RR): 20 x/menit, Akral teraba hangat, tidak ada tanda-tanda dehidrasi, Masalah keperawatan Termoregulasi Tidak Efektif dinyatakan teratasi. Hal ini didasarkan pada tercapainya kriteria hasil setelah pemberian asuhan keperawatan selama 3x24 jam, *Planning* Intervensi dihentikan, namun edukasi pemeliharaan kesehatan tetap diberikan kepada keluarga, meliputi, Pemantauan suhu tubuh secara berkala secara mandiri, Penyediaan lingkungan ruangan yang sejuk dan sirkulasi udara yang baik, Penggunaan pakaian yang tipis dan menyerap keringat, Optimalisasi asupan cairan oral untuk menjaga hidrasi, Menganjurkan keluarga pemberian kompres tradisional (campuran bawang

merah dan minyak kayu putih) sebagai pertolongan pertama jika suhu tubuh kembali meningkat.

F. Pelaksanaan Terapi Bawang Merah dan Minyak Kayu Putih

Pemberian terapi kompres bawang merah dalam studi kasus ini dilakukan dengan komposisi 10 siung bawang merah yang dihaluskan, kemudian dan dengan 15 tetes minyak kayu putih. Campuran tersebut dioleskan secara merata ke seluruh tubuh pasien sebanyak satu kali sehari dengan durasi 15 menit selama tiga hari berturut-turut sesuai dengan rencana asuhan keperawatan. Intervensi ini bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh pada anak yang mengalami hipertermia, khususnya pada An. P dengan diagnosa medis Demam Tifoid. Sebelum pelaksanaan terapi, prosedur diawali dengan pengukuran suhu tubuh *pre-test* menggunakan termometer digital. Selanjutnya, pakaian pasien dilepaskan untuk memudahkan pengolesan campuran bawang merah dan minyak kayu putih ke seluruh tubuh. Setelah prosedur pengolesan selesai, pasien dipakaikan baju kembali dan didiamkan selama 15 menit sebelum dilakukan pengukuran suhu tubuh pasca-intervensi (*post-test*).

Hasil Evaluasi Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama tiga hari, didapatkan hasil bahwa pemberian terapi kompres bawang merah dan minyak kayu putih efektif dalam menurunkan suhu tubuh An. P. Pasien mencapai suhu tubuh normal pada hari ketiga dengan hasil pengukuran akhir yaitu 36,7°C. Selama proses keperawatan, pasien menunjukkan sikap kooperatif dan mampu mengikuti instruksi dengan baik berkat dukungan serta pendampingan dari keluarga.