

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Laporan Kasus

1. Kondisi Lokasi Laporan Kasus

Laporan kasus ini dilaksanakan di Ruang Cilinaya (Ruang Rawat Inap Anak) RSD Mangusada, yang terletak di lantai 2 Gedung D. Ruang Cilinaya merupakan unit pelayanan rawat inap khusus bagi pasien anak dengan rentang usia mulai dari 29 hari hingga di bawah 18 tahun. Berbeda dengan unit intensif, pasien yang dirawat di ruangan ini umumnya berada dalam kondisi sub-akut atau stabil yang memerlukan asuhan keperawatan dan pengobatan medik secara komprehensif.

Fasilitas yang tersedia di Ruang Cilinaya meliputi tempat tidur pasien yang terbagi dalam beberapa kelas perawatan, ketersediaan oksigen sentral, alat suction, nebulizer, serta alat pendukung pemberian terapi cairan seperti infus pump dan syringe pump. Ruangan ini juga didesain dengan konsep ramah anak yang dilengkapi dengan area bermain (*playroom*) untuk meminimalkan trauma hospitalisasi pada anak. Tenaga kesehatan yang bertugas di Ruang Cilinaya terdiri dari dokter spesialis anak, perawat dengan kompetensi keperawatan anak, ahli gizi, serta tenaga kesehatan lainnya yang bekerja secara kolaboratif dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi anak.

2. Karakteristik subjek laporan kasus

Karakteristik subjek yang diperoleh pada laporan kasus ini yaitu jenis kelamin, usia, dan agama yang dianut. Data diperoleh yaitu pasien berinisial Anak S, berjenis kelamin Perempuan, berusia 1 tahun 2 bulan, beragama Hindu.

3. Hasil Laporan Kasus

a. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 14 Februari pukul 11.00 WITA di Ruang Cilinaya RSUD Mangusada.

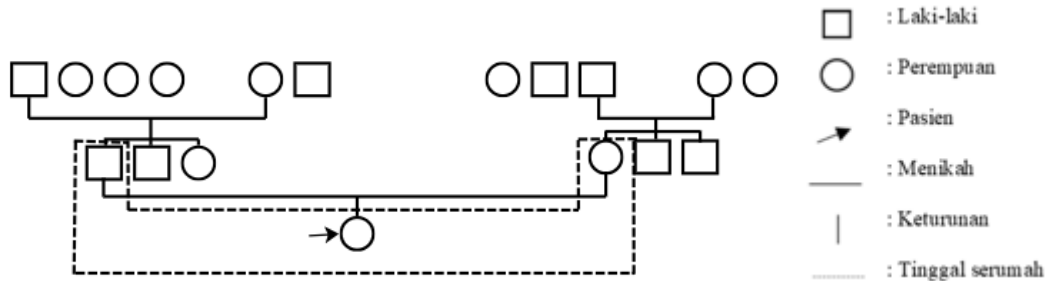
Tabel 5
Pengkajian Keperawatan pada An. S dengan Kejang Demam akibat
Hipertermia di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Data Keperawatan	Keterangan
(1)	(2)
Identitas pasien	Nama : An. S Tanggal lahir : 9 Desember 2024 Umur : 1 Tahun 2 Bulan Jenis kelamin : Perempuan Alamat : Br. Denkayu Baleran Werdi Bhuana, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung Agama : Hindu Pendidikan : Belum sekolah Kewarganegaraan: Warga Negara Indonesia (WNI) Ruangan : Cilinaya No. RM : 290645 Tanggal MRS : 13 Februari 2026 Tanggal Pengkajian: 14 Februari 2026 pukul 11.00 Wita Diagnosis medis: Kejang Demam
Identitas penanggung jawab	Nama : Ny. C Umur : 24 tahun Alamat : Br. Denkayu Baleran Werdi Bhuana, Kecamatan Mengwi, Kabupaten Badung Agama : Hindu Pendidikan : S1 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Keluhan utama	Keluhan utama saat MRS : Kejang sejak 1 jam sebelum MRS Keluhan utama saat pengkajian : Demam 38,9°C
Riwayat Kesehatan	1. Riwayat Kesehatan Dahulu: Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak pernah masuk rumah sakit sebelumnya, ibu pasien mengatakan ini pertama kali anaknya mengalami kejang. 2. Riwayat Kesehatan Sekarang: Ny. C sebagai ibu pasien An. S mengatakan pasien datang ke IGD RSD Mangusada pada 13 Februari 2026 pukul 04.00 WITA dengan keluhan utama kejang sejak 1 jam sebelum masuk RS. kejang 1 kali dengan durasi kurang lebih 2-3 menit, disertai mata mendelik ke atas, mulut kebiruan dan badan kelojotan kurang dari 5 menit. Pasien demam dari sore hari. Di IGD dilakukan pemasangan infus IVFD D5 ¼ NS 10 tpm, injeksi diazepam 2.4 mg intravena. Tanda vital: suhu 39.0°C, RR 28x/menit, Nadi 120x/menit, SpO₂ 100%. Pengkajian tanggal 14 Februari 2025 pukul 11.00 WITA: ibu pasien mengatakan jika anaknya masih demam disertai mukosa bibir kering dan kulit kemerahan, tidak terdapat kejang demam lagi, suhu 38,9°C.

Data Keperawatan	Keterangan
(1)	(2)
Riwayat kesehatan ibu	3. Riwayat Kesehatan Keluarga: Ibu pasien mengatakan keluarganya tidak memiliki penyakit bawaan Pasien lahir pada usia kehamilan 40 minggu dengan jumlah kunjungan <i>antenatal care</i> sebanyak 7 kali hingga waktu persalinan. Riwayat HPHT ibu pasien tercatat pada 4 Maret 2024
Riwayat persalinan ibu	Pasien lahir melalui persalinan <i>sectio caesarea</i> di RSD Mangusada, dibantu dokter, kondisi pasien dan ibu stabil.
Riwayat imunisasi	Imunisasi lengkap, yaitu BCG, Hepatitis B (0, I, II, III), DPT (I, II, III), Polio (I, II, III), Campak, MMR, HIB, Influenza, dan Vitamin K.
Riwayat tumbuh kembang	Pasien mendapat tahapan motorik sesuai usia, yaitu tengkurap pada usia 4 bulan, merangkak pada usia 8 bulan, duduk pada usia 8 bulan, berdiri pada usia 9 bulan, serta berjalan pada usia 10 bulan. Tidak terdapat masalah dalam pertumbuhan dan perkembangan
Pemeriksaan fisik	Kesadaran : compos mentis GCS : E4V5M6 TTV : suhu: 38,9°C, pernafasan: 24x/menit, nadi: 120x/menit, , SpO2:100%.
Pengukuran antropometri	Berat badan : 10 kg Tinggi badan : 68 cm Lingkar kepala : 40 cm
Pemeriksaan <i>head to toe</i>	1. Kepala: keadaan ubun-ubun tampak normal, bentuk kepala normosefali, rambut hitam, dan tidak ditemukan kelainan pada area kepala. 2. Mata: kedua mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera tampak normal, dan tidak ditemukan kelainan pada mata. 3. Telinga: kedua telinga tampak simetris, lubang telinga dalam keadaan normal, dan tidak terdapat kelainan pada telinga. 4. Hidung: Kedua sisi hidung tampak simetris, cuping hidung melebar. 5. Mulut: Mulut tampak kering, mukosa mulut tampak kering, dan lidah sedikit kotor. 6. Leher: tampak simetris, tanpa pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis. 7. Kulit: kulit tampak memerah dan kulit teraba hangat, sedikit pucat, tidak ada ruam atau kelainan pada kulit, turgor kulit tampak baik <2 detik. 8. Dada: bentuk dada tampak normal, pola napas takipnea dengan frekuensi 32x/menit, terdengar bunyi mengi (<i>wheezing</i>), dan ronkhi kering, suara napas lebih panjang pada fase ekspirasi. 9. Abdomen: bentuk abdomen tampak normal, tampak tidak kembung, bising usus normal, dan tidak terdapat kelainan. 10. Ekstremitas atas dan bawah: bentuk dan posisi normal, akral hangat, pergerakan aktif, tidak ditemukan kelainan pada gerak sendi atau otot. 11. Anus dan genitalia: tidak terdapat kelainan atau masalah.

Data Keperawatan	Keterangan
(1)	(2)

Genogram



Keterangan: Pasien merupakan anak pertama. Pasien tinggal bersama kedua orang tuanya.

Data biologis

1. Pola respirasi: Pasien tidak mengalami sesak napas, frekuensi napas 24x/menit, tidak memakai oksigen tambahan, tidak batuk, tidak ada sekret dan tidak ada suara tambahan pada pernafasan.
2. Nutrisi: nafsu makan menurun, minum baik, jenis makanan yang dikonsumsi yaitu bubur diberikan 3x/hari, tidak mengalami kesulitan makan dan kebiasaan makan dan minum dibantu oleh orang tua, mual (-), muntah (-).
3. Eliminasi: Buang air kecil (BAK) normal, berwarna kuning jernih, frekuensi 3x sekitar 1500ml/hari, tidak terdapat masalah perkemihan. Buang air besar (BAB) menunjukkan hasil normal, warna feses kecokelatan, frekuensi BAB 2x1/hari tanpa adanya pendarahan atau keluhan lainnya, tidak terdapat masalah defekasi.
4. Aktivitas dan istirahat tidur: Mobilitas pasien dibantu oleh orang tua, lama tidur pasien 8jam/hari, tidur siang sekitar 1-2 jam.

Tabel 6
Pemeriksaan penunjang hematologi

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HGB (hemoglobin)	12,9	g/dL	10,7 – 15,6
RBC	4,63	$10^6/\mu\text{L}$	3,70 – 5,80
HCT	37,2	%	31,0 – 45,0
MCV	80,3	fL	69,0 – 93,0
MCH	27,9	pg	22,0 – 34,0
MCHC	34,7	g/dL	32,0 – 36,0
RDW-SD	36,3 (H)	fL	37,0 – 54,0
RDW-CV	12,6	%	11,5 – 14,5
WBC	17,23 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	4,50 – 14,50
Hitung Jenis			
NEUT%	86,3 (H)	%	25,0 – 60,0
LYMPH%	8,0 (L)	%	25,0 – 50,0
BASO%	0,5	%	0,0 – 1,0
MONO%	3,9	%	1,0 – 6,0
EOS%	1,3 (L)	%	2,0 – 4,0
IG%	0,3	%	
NEUT#	14,9 (H)	$10^3/\mu\text{L}$	1,5 – 7,0
LYMPH#	1,4	$10^3/\mu\text{L}$	1,0 – 3,7
BASO#	0,1	$10^3/\mu\text{L}$	0,0 – 0,1
MONO#	0,7	$10^3/\mu\text{L}$	0,0 – 0,7
EOS#	0,2	$10^3/\mu\text{L}$	0,0 – 0,4
IG#	0,1	$10^3/\mu\text{L}$	
NLR	10,6 (H)		$\leq 3,13$
PLT	337	$10^3/\mu\text{L}$	150 – 521
PDW	8,1 (L)	fL	9,0 – 17,0
MPV	8,6 (L)	fL	9,0 – 13,0

Tabel 7
Terapi Obat yang Diberikan

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Cefotaxime 1000mg/ vial	3x300 mg	IV
2	Paracetamol 60mg	3x1 ml	Oral
3	Diazepam 5mg	3 mg, jika kejang	IV
4	Wida D5 ¼ DS	30 tpm mikro	IV

b. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian di atas, selanjutnya dilakukan analisis data untuk mengidentifikasi diagnosis keperawatan yang dialami oleh pasien. Diagnosis keperawatan yang dirumuskan pada An. S berdasarkan analisis data keperawatan adalah:

Tabel 8
Analisis Data Keperawatan pada An. S dengan Kejang Demam akibat Hipertermia di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Data fokus	Analisis	Masalah keperawatan
(1)	(2)	(3)
DS : Ny. C mengatakan anaknya demam sejak kemarin sore belum menurun serta Ny. C mengatakan anaknya mengalami kejang dengan durasi kurang dari 2 menit, anaknya tampak lemas, rewel. Ny. C juga mengatakan sebelumnya anaknya belum pernah dirawat inap dan anaknya juga jarang mengalami sakit, sebelumnya juga anaknya tidak memiliki Riwayat kejang DO : An. S tampak lemas, kulit kemerahan dan teraba hangat tanda- tanda vital: Suhu tubuh 38,9°C, Nadi: 120x/menit, RR: 20x/menit, SpO2 : 100%.	Infeksi bakteri atau virus ↓ Reaksi inflamasi ↓ Kenaikan suhu tubuh ↓ Ketidakseimbangan potensi membran membran ATPASE ↓ Difusi Na⁺ dan Ca⁺ ↓ Ketidakseimbangan Na⁺ dan Ca⁺ ↓ Kejang Demam ↓ Aktivitas otot meningkat ↓ Metabolisme meningkat ↓ Ketidakefektifan termoregulasi ↓ Hipertermia	Hipertermia (D.0103)

Berdasarkan uraian di atas, didapatkan diagnosis keperawatan Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi), dibuktikan dengan suhu tubuh di atas nilai normal, kulit memerah, kejang, dan kulit teraba hangat.

c. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang disusun untuk menangani masalah kejang demam pada anak akibat hipertermia adalah sebagai berikut:

Tabel 9
Rencana Keperawatan pada An. S dengan Kejang Demam akibat Hipertermia di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(1)	(2)	(3)
Hipertermia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit, dibuktikan dengan suhu tubuh di atas nilai normal, kulit memerah, kejang, takikardia, takipnea, dan kulit teraba hangat	Termoregulasi (L.14134) Termoregulasi Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 5 x 7 jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil 1. Kulit merah menurun 2. Kejang menurun 3. Pucat menurun 4. Suhu tubuh membaik 5. Suhu kulit membaik	Intervensi utama Manajemen Hipertermia (I.15506) <i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia <i>Terapeutik</i> 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. Lakukan pendinginan eksternal yaitu baring <i>Edukasi</i> 1. Anjurkan tirah baring <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena jika perlu Regulasi Temperatur (I.14578) <i>Observasi</i> 1. Monitor suhu anak tiap dua jam, jika perlu 2. Monitor frekuensi pernapasan dan nadi 3. Monitor warna dan suhu kulit 4. Monitor dan catat tanda dan gejala hipotermia atau hipertermia

Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
(1)	(2)	(3)
		<i>Terapeutik</i> 1. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Sesuaikan suhu lingkungan dengan kebutuhan pasien. <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan cara pencegahan hipotermia karena terpapar udara dingin <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian antipiretik Intervensi Pendukung Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh (1.12414) <i>Observasi :</i> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <i>Terapeutik</i> 1. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan 2. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <i>Edukasi</i> 1. Jelaskan prosedur pengukuran suhu tubuh 2. Anjurkan terus memegang bahu dan menahan dada saat pengukuran aksila 3. Ajarkan memilih lokasi pengukuran suhu oral atau aksila Ajarkan cara meletakkan ujung thermometer di bawah lidah atau di bagian tengah aksila

d. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang diterapkan pada laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan yang telah ditetapkan berdasarkan dengan kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan pada An. S dengan kejang demam akibat hipertermia dilakukan selama 5x7 jam pada tanggal 14-18 Februari 2026 di Ruang Cilinaya RSD Mangusada.

Tabel 10
Implementasi Keperawatan pada An. S dengan Kejang Demam akibat
Hipertermia di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

No	Hari, Tanggal, Waktu	Intervensi Keperawatan	Respons	TTD
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	Sabtu, 14 Februari 2026 11.00 WITA	1. Melakukan pengkajian pada An. S melalui Ibu pasien (Ny. C) 2. Mengidentifikasi penyebab hipertermia mis. (Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 3. Memonitor komplikasi akibat hipertermia 4. Memonitor suhu tubuh, frekuensi pernapasan, dan nadi pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan An. S demamnya belum turun, demam sejak kemarin sore, rewel, dan nafsu makan berkurang 2. Ny. C mengatakan setelah An. S mengalami kejang tidak mengalami sesak DO : 1. Ny. C tampak menjelaskan penyebab demam tinggi anaknya S : 38,9 °c, RR : 24x/menit, N : 128x/menit, SpO2 : 100%	 Natasya
	11.20 WITA	1. Memonitor warna dan suhu kulit pasien 2. Sediakan lingkungan yang dingin 3. Mengganti linen saat pasien mengalami hyperhidrosis	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Pasien tampak menggunakan diapers dan diganti setiap 3- 4 jam	 Natasya
	11.30 WITA	1. Memonitor pengeluaran urine 2. Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Pasien tampak menggunakan diapers dan diganti setiap 3- 4 jam	 Natasya
	14.00 WITA	1. Kolaborasikan pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol 60mg/0.6ml tetes dengan dosis 3x1ml jika demam 2. Menganjurkan kepada ibu pasien untuk banyak minum air putih	DS : - DO : Obat sudah masuk dan tidak ada alergi obat	 Natasya

15.00 WITA	1. Memonitor suhu tubuh pasien dan TTV lainnya	DS : 1. Ny. C mengatakan demam anaknya belum turun DO : 1. Hasil TTV : S : 38,5 °c RR : 24x/menit, N : 125x/menit, SpO2 : 100%	 Natasya
18.00 WITA	1. Kolaborasi pemberian obat paracetamol 3x1 ml	DS : - DO : Obat sudah diberikan	Perawat
19.00 WITA	1. Menganjurkan ibu pasien untuk melakukan kompres hangat	DS : 1. Ibu An. S mengatakan akan mengompres anaknya DO : 1. An. S tampak diberikan kompres hangat	Perawat
21.00 WITA	1. Memonitor kembali suhu tubuh pasien	DS : - DO : 1. S : 38 °c 2. An. S tampak tertidur	Perawat
23.30 WITA	1. Mengganti cairan infus pasien	DS : - DO : 1. Infus tampak sudah diganti	Perawat
2. Minggu, 15 Februari 2026 05.00 WITA	1. Memonitor suhu tubuh, frekuensi pernapasan, dan nadi pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan demam anaknya belum turun DO : 1. Hasil TTV : S : 37,9°c, RR : 24x/menit, N : 125x/menit, SpO2 : 100%	Perawat
06.00 WITA	1. Kolaborasi pemberian obat cefotaxime 3x300 m	DS : - DO : Obat sudah diberikan	Perawat
08.10 WITA	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia mis. (Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Memonitor warna dan suhu kulit pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan demam anaknya belum turun DO : 1. An. S masih tampak lemas dan menangis dengan kulit kemerahan dan kulit teraba hangat dengan suhu, S : 37,9 °c	 Natasya
08.20 WITA	1. Melakukan kompres hangat kepada pasien 2. Pilih lokasi kompres dan lakukan kompres hangat pada daerah dahi selama 30 menit	DS : - DO : 1. An. S tampak nyaman dan kooperatif saat diberikan kompres hangat, dan terjadi penurunan suhu tubuh setelah	 Natasya

		dilakukan kompres hangat menjadi 37,5°C	
08.50 WITA	1. Memonitor suhu tubuh pasien setiap 2 jam 2. Memonitor frekuensi pernapasan dan nadi pasien	DS : 1. Ibu pasien mengatakan badan An. S teraba hangat DO : 1. S : 37,3 °c, RR : 20x/menit, N : 120x/menit, SpO2 : 99%	 Natasya
10.30 WITA	1. Menganjurkan pasien untuk tirah baring 2. Memonitor pengeluaran urine	DS : 1. Ny. C mengatakan pasien banyak minum air putih dan diapers sudah diganti setiap 3 – 4 jam DO : 1. Pasien tampak terbaring dengan suhu tubuh teraba hangat dan kulit tampak memerah	 Natasya
12.00 WITA	1. Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Memberikan cairan oral	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Ny. C tampak memberikan susu kepada An. S	 Natasya
14.00 WITA	1. Kolaborasi pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : 1. Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	 Natasya
14.30 WITA	1. Mengganti cairan infus pasien	DS : - DO : 1. Infus sudah diganti	 Natasya
18.00 WITA	1. Kolaborasi pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : 1. Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	Perawat
22.00 WITA	1. Memonitor kembali suhu tubuh pasien 2. Memonitor warna kulit pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan bahwa anaknya demam DO : 1. Kulit pasien teraba hangat dengan Hasil TTV : S : 38,5°C, RR : 20x/menit, N : 120x/menit, SpO2 : 98%	Perawat

22.05 WITA	1. Kolaborasi pemberian paracetamol dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	Perawat
22.10 WITA	1. Menganjurkan pemberian kompres hangat	DS : 1. Ibu An. S mengatakan akan mengompres anaknya DO : 1. An. S tampak diberikan kompres hangat	Perawat
23.30 WITA	1. Memonitor kembali suhu tubuh pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan panasnya sudah turun DO : 1. Kulit pasien teraba hangat dengan suhu, S : 37,9 °c	Perawat
3. Senin, 16 Februari 2026 00.30 WITA	1. Mengganti cairan infus pasien	DS : - DO : Infus tampak sudah diganti	Perawat
06.00 WITA	1. Memonitor kembali suhu tubuh pasien 2. Kolaborasi pemberian obat cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol dengan dosis 3x1 ml	DS : - DO : Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat dengan suhu : 37,8 °c	Perawat
08.15 WITA	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia mis. (Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Memonitor suhu tubuh, frekuensi pernapasan, dan nadi pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan suhu tubuh anaknya sudah menurun DO : 1. An. S tampak menangis dan gelisah, dengan hasil TTV : S : 37,9 °c, RR: 24x/menit, N: 120x/menit, SpO2 : 100%	 Natasya
08.25 WITA	1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan baju pasien 3. Ganti linen pasien jika mengalami hiperhidrosis	DS : 1. Ny. C mengatakan sudah mengerti apa yang sudah dijelaskan DO : 1. Membantu pasien untuk melonggarkan baju pasien dan pasien tampak lebih nyaman	 Natasya
08.35 WITA	1. Melakukan kompres hangat kepada pasien 2. Pilih lokasi kompres dan lakukan kompres hangat pada daerah dahi selama 30 menit	DS : - DO : 1. An. S tampak kooperatif dan nyaman saat dilakukan kompres kulit pasien teraba hangat	 Natasya
09.05 WITA	1. Memonitor suhu tubuh pasien setiap 2 jam	DS : - DO :	

		1. Setelah diberikan kompres hangat pasien tampak mengeluarkan keringat suhu tubuh pasien yaitu S : 37.3°C,	Natasya
11.00 WITA	1. Memonitor pengeluaran urine	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah banyak minum air putih DO : 1. Pasien tampak menggunakan diapers dan diganti setiap 3- 4 jam	 Natasya
12.10 WITA	1. Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Ny. C tampak menyuapi bubur kepada An. S	 Natasya
14.00 WITA	1. Kolaborasikan pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol 60mg/0.6ml tetes dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : 1. Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	 Natasya
15.00 WITA	1. Membantu keluarga pasien mengganti linen dan pakaian	DS : - DO : 1. An. R dipakaikan pakaian yang nyaman dan linen sudah diganti	 Natasya
16.00 WITA	1. Menganjurkan memenuhi cairan oral 2. Menganjurkan tirah baring	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah minum air dan susu yang cukup DO : 1. An. S tampak terduduk dengan mainan ditangan kirinya	 Natasya
18.00 WITA	1. Kolaborasikan pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol 60mg/0.6ml tetes dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	Perawat
19.30 WITA	1. Mengganti cairan infus pasien	DS : - DO : Infus sudah tampak diganti	Perawat
23.00 WITA	1. Memonitor kembali suhu tubuh pasien 2. Menyediakan lingkungan yang sejuk dan nyaman untuk pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan tubuh anaknya teraba hangat DO : 1. Tubuh pasien teraba hangat dengan suhu 37.9°C,	Perawat

23.15 WITA	1. Mengajukan untuk melakukan kompres hangat pada An. S	DS : 1. Ibu An. S mengatakan akan mengompres anaknya DO : 1. An. S tampak diberikan kompres hangat	Perawat
4. Selasa, 17 Februari 2026 05.30 WITA	1. Memonitor TTV pasien 2. Kolaborasi pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol 60mg/0.6ml tetes dengan dosis 3x1ml	DS : - DO : 1. Pasien tampak sudah tidak pucat lagi, pasien tampak berkeringat S : 37,6 °c, RR : 24x/menit, N : 120x/menit, SpO2 : 99%	Perawat
08.10 WITA	1. Memonitor warna dan suhu kulit pasien	DS : - DO : 1. Pasien tampak sudah tidak pucat lagi, pasien tampak berkeringat S : 37,6 °c, RR : 20x/menit, N : 122x/menit, SpO2 : 100%	 Natasya
08.20 WITA	1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Mengganti linen saat pasien mengalami hyperhidrosis	DS : 1. Ny. C mengatakan linen sudah diganti oleh perawat DO : 1. Pasien tampak tertidur	 Natasya
11.00 WITA	1. Mengajukan tirah baring 2. Memonitor suhu tubuh pasien setiap 2 jam	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah tirah baring DO : 1. Pasien tampak tertidur dengan suhu tubuh 37,5 °c,	 Natasya
13.00 WITA	1. Memonitor pengeluaran urine pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah banyak minum air putih DO : 1. Pasien tampak menggunakan diapers dan sudah diganti selama 3-4 jam	 Natasya
13.15 WITA	1. Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 2. Memberikan cairan oral	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Ny. C tampak menyuapi bubur kepada An. R	 Natasya
14.00 WITA	1. Kolaborasi pemberian obat, cefotaxime 3x300 mg dan paracetamol	DS : - DO : 1. Obat sudah masuk dan tidak ada reaksi alergi obat	 Natasya

		dengan dosis 3x1ml jika demam		
18.00 WITA	1. Menganjurkan pasien memenuhi cairan oral dan nutrisi yang adekuat	DS : 1. Ny. C mengatakan nafsu makan dan minum An. S sudah mulai membaik DO : 1. Mukosa bibir An. S tampak lembab dan tidak kering	Perawat	
5. Rabu, 18 Februari 2026 08.30 WITA	1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia mis. (Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Memonitor suhu tubuh, frekuensi pernapasan, dan nadi pasien	DS : 1. Ny. C mengatakan suhu tubuh anaknya sudah menurun DO : 1. An. S tampak menangis dengan hasil TTV : S : 37,3°C, RR : 20x/menit, N : 125x/menit, SpO2 : 100%	Natasya	
08.40 WITA	1. Memonitor warna dan suhu kulit pasien	DS : - DO : 1. An. S tampak tidak pucat lagi, kulitnya sudah tidak memerah	Natasya	
08.50 WITA	1. Sediakan lingkungan yang dingin	DS : - DO : 1. Menganjurkan kepada ibu pasien melonggarkan pakaian An. S dan memberikan tempat tidur yang nyaman	Natasya	
09.15 WITA	1. Memonitor suhu tubuh pasien setiap 2 jam	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah tidak demam lagi DO : 1. Suhu tubuh pasien 36,9°C	Natasya	
10.00 WITA	1. Memonitor pengeluaran urine	DS : 1. Ny. C mengatakan anaknya sudah banyak minum air putih DO : 1. Pasien tampak menggunakan diapers dan diganti setiap 3- 4 jam	Natasya	
11.30 WITA	1. Memberikan edukasi terkait dengan pengukuran suhu tubuh, karena dengan mengetahui suhu tubuh secara tepat, orang tua dapat segera mengidentifikasi kondisi demam tinggi	DS : - DO : 1. Ny. C tampak paham dengan edukasi yang telah diberikan	Natasya	

	yang berisiko memicu kejang dan mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk mencegah komplikasi.		
12.00 WITA	1. Meningkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat	DS : 1. Ny. C mengatakan akan selalu mendampingi pasien dalam memberikan asupan nutrisi seperti susu dan bubur DO : 1. Ny. C tampak memberikan bubur kepada An. S	 Natasya
14.00 WITA	1. Menganjurkan melakukan kompres hangat jika demam 2. Memonitor Kembali suhu tubuh pasien	DS : 1. Ny. T mengatakan bersedia memberikan kompres hangat jika An. S mengalami demam DO : 1. Suhu tubuh pasien : 36,5 °c	 Natasya

e. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi yang diperoleh setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5x7 jam, maka termoregulasi membaik dan dijabarkan dengan metode SOAP yaitu:

Tabel 11

Evaluasi Keperawatan pada An. S dengan Kejang Demam akibat Hipertermia di Ruang Cilinaya RSD Mangusada

Tanggal Jam	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
(1)	(2)	(3)	(4)
Rabu, 18 Februari 2026 pukul 13.00 Wita	Hipertermia (D.0130)	Subjektif: Ny. C mengatakan anaknya sudah tidak kejang lagi, sudah tidak demam lagi. Objektif: Pasien tampak nyaman dengan suhu kulit membaik, kulit merah menurun, kejang menurun, dengan hasil tanda – tanda vital : S : 36,5 o c, RR : 20x/menit, N : 125x/menit, SpO2 : 100% <i>Assessment:</i> Masalah keperawatan hipertermia sudah teratasi <i>Planning:</i> Berikan kompres hangat jika pasien mengalami demam Kembali, monitor suhu tubuh pasien mencukupi cairan oral, dan memberikan keluarga pasien edukasi tentang cara pengukuran suhu tubuh, penanganan kejang demam.	 Natasya

B. Pembahasan

Bagian ini menguraikan tentang asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien An. S dengan kejang demam akibat hipertermia di Ruang cilinaya RSD Mangusada. Analisis pembahasan ditekankan pada studi komparatif antara teori keperawatan yang relevan dengan temuan klinis di lapangan. Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi ada atau tidaknya kesenjangan (*gap*) antara standar teori

dengan praktik keperawatan yang ditemukan selama proses pemberian asuhan keperawatan kepada pasien.

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian pada An. S dengan kejang demam akibat hipertermia di Ruang cilinaya RSD Mangusada dilakukan dengan wawancara serta observasi, data yang diperoleh dari hasil wawancara dan observasi adalah informasi mengenai identitas anak, penanggung jawab, riwayat kesehatan yang mencakup keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit terdahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat kehamilan, riwayat persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat imunisasi. Pengkajian keadaan umum anak, pengukuran antropometri, pemeriksaan fisik, pola kebutuhan dasar, data psikologi, pemeriksaan penunjang, serta terapi obat yang diberikan.

Berdasarkan hasil pengkajian, didapatkan data yaitu Anak S berusia 1 tahun 2 bulan dengan jenis kelamin Perempuan. Pengkajian data subjektif didapatkan data melalui wawancara dengan ibu pasien yang dimana pasien dibawa ke UGD RSD Mangusada oleh keluarganya dengan keluhan demam sejak sore pada pukul 04.00 WITA dengan keluhan utama kejang sejak 1 jam sebelum masuk RS. kejang 1 kali dengan durasi kurang lebih 2-3 menit, disertai mata mendelik ke atas, mulut kebiruan dan badan kelojotan kurang dari 5 menit, batuk (-), pilek (-), mual (-), muntah (-). Sementara itu, data objektif ditemukan bahwa pasien mengalami demam 39°C, pasien tampak lemas, mukosa bibir kering, kulit kemerahan dan terasa hangat. Pemeriksaan tanda – tanda vital yang didapatkan yaitu S : 39 °C, RR : 28x/menit, N : 120x/menit, SpO2 : 100%

Hipertermia adalah peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas. Hipertermia dapat menyebabkan dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, hingga kejang jika tidak segera ditangani (Mahardani et al., 2025)

Hasil pengkajian didapatkan bahwa keluhan utama pasien sesuai dengan fakta dan teori yaitu suhu tubuh pasien berada di atas nilai normal yaitu 38,5°C, kulit kemerahan dan akral terasa hangat. Data ini menunjukkan kesesuaian dengan data penelitian yang dilakukan oleh (Febrina Ayu Putri, Penyami, & Hartono, 2022) dengan judul “Asuhan Keperawatan Hipertermi Pada Anak Dengan Kejang Demam” yang menunjukkan kesesuaian dengan data hasil pengkajian kasus I, pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, suhu tubuh tinggi 38,7°C, kulit teraba hangat, pasien tampak pucat.

Berdasarkan keseluruhan hasil wawancara dan observasi, kondisi An. S konsisten dengan teori serta temuan penelitian terdahulu. Tidak ditemukan perbedaan yang berarti antara kondisi klinis pasien dengan gambaran hipertermia yang telah diuraikan, sehingga memperkuat keterkaitan antara diagnosis hipertermia dengan kondisi klinis An. S.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan pada laporan kasus ini berdasarkan hasil pengkajian keperawatan yang kemudian dilakukan analisis data sehingga menjadi diagnosis keperawatan pada An. S dengan menggunakan komponen *Problem – Etiology – Sign and Symptom*. Problem atau masalah keperawatan yang ditemukan adalah hipertermia, pada etiologi ditemukan masalah proses penyakit (infeksi bakteri) dan pada bagian *sign and symptom* diperoleh data pasien mengalami kejang dengan

demam tinggi dan suhu tubuh pasien 38,5°C, kulit memerah, kulit terasa hangat dan pasien tampak pucat.

Berdasarkan (SDKI DPP PPNI, 2016), bahwa diagnosis keperawatan dapat ditegakkan apabila tanda dan gejala mayor yang ditemukan pada pasien sebanyak 80% - 100% untuk validasi. Berdasarkan hasil analisis data pengkajian, tanda dan gejala mayor ditemukan sekitar 80% sehingga mendukung penegakkan diagnosis keperawatan yaitu hipertermia. Kasus An. S diagnosis hipertermia didapatkan 100% tanda dan gejala mayor yaitu suhu tubuh di atas nilai normal (39°C).

Masalah Keperawatan sejalan dengan penelitian (Mahardani et al., 2025) dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Untuk Mencegah Masalah Hipertermia Pada Anak Yang Mengalami Kejang Demam Dengan Kombinasi Water Tepid Sponge Dan Pemberian Obat Antipiretik Di Ruang Kaswari Rsud Wangaya Kota Denpasar” menyatakan bahwa diagnosis yang menjadi prioritas pasien dengan insial An. A yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit di mana hasil pemeriksaan menunjukkan suhu tubuh 39,0°C, wajah tampak kemerahan, dan akral teraba hangat dan mukosa bibir kering.

Berdasarkan uraian tersebut, didapatkan diagnosis keperawatan An. S yaitu Hipertermia berhubungan dengan (b.d) proses penyakit (mis, infeksi) dibuktikan (d.d) dengan suhu tubuh di atas nilai normal 38,9 °C, kulit memerah, kejang, dan kulit teraba hangat.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan pada laporan kasus ini didapatkan hasil diagnosis keperawatan hipertermia yang mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia dengan label termogulasi dan pada Standar Intervensi Keperawatan

Indonesia dengan intervensi utama manajemen hipertermia dan regulasi temperatur, serta dengan intervensi pendukung yaitu edukasi pengukuran suhu tubuh. Intervensi keperawatan yang diberikan yaitu identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator), monitor suhu tubuh, monitor pengeluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang sejuk, longgarkan pakaian pasien, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami *hyperhidrosis* (keringat berlebih), memberikan kompres hangat pada daerah dahi, menganjurkan tirah baring, memonitor suhu tubuh anak setiap 2 jam, memonitor frekuensi pernapasan dan nadi, monitor warna dan suhu kulit, monitor dan tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat, kolaborasikan pemberian antipiretik, jika perlu (SDKI DPP PPNI, 2016)

Intervensi keperawatan dalam laporan kasus ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dini, Kusuma, Lintang Suryani, & Cahyaningrum, 2023) dengan judul “Kompres Hangat Untuk Mengatasi Masalah Hipertermia Pada Penderita Kejang Demam”, intervensi yang dilakukan yaitu manajemen hipertermia, adapun tindakan yang dilakukan yaitu: monitor suhu tubuh, identifikasi penyebab hipertermi, sediakan lingkungan yang nyaman dan sejuk, longgarkan atau lepaskan pakaian, lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat), anjurkan tirah baring, kolaborasi untuk pemberian terapi antipiretik jika perlu.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan yang optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan

merupakan realisasi dari rencana keperawatan yang mencakup perawatan langsung atau tidak langsung.

Implementasi pada laporan kasus ini dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang sudah disusun dan ditetapkan berdasarkan kebutuhan pasien. Implementasi keperawatan pada An. S dengan masalah hipertermia dilakukan selama 5x7 jam dimulai pada tanggal 14 Februari – 18 Februari 2026 di Ruang Cilinaya RSD Mangusada.

Implementasi keperawatan yang telah diberikan yaitu identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator), guna mengetahui faktor utama yang memicu peningkatan suhu tubuh secara signifikan, monitor suhu tubuh, monitor pengeluaran urine, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang sejuk, longgarkan pakaian pasien, berikan cairan oral, ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih), menganjurkan tirah baring, memonitor suhu tubuh anak setiap 2 jam hingga mencapai kisaran normal, memonitor frekuensi pernapasan dan nadi, monitor warna dan suhu kulit, monitor dan catat tanda dan gejala hipotermi atau hipertermia, tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat, kolaborasikan pemberian obat antipiretik dengan perawat, pasien mendapatkan terapi obat diazepam 3x1 mg, serta paracetamol sirup 3.3 ml per 4 jam, mengedukasi cara pengukuran suhu tubuh yaitu menganjurkan terus memegang bahu dan menahan dada saat pengukuran, memberikan kompres hangat pada daerah dahi tujuan dari kompres hangat ini yaitu untuk menurunkan suhu tubuh yang tinggi. Kompres hangat adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Pemberian kompres hangat pada daerah pembuluh darah besar

merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptic hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh. Sinyal hangat yang dibawa oleh darah ini menuju hipotalamus akan merangsang area pre optic hipotalamus mengakibatkan pengeluaran sinyal oleh sistem efektor. Sinyal ini akan menyebabkan terjadinya pengeluaran panas tubuh yang lebih banyak melalui 2 mekanisme yaitu dilatasi pembuluh darah perifer dan berkeringat. (Dini et al., 2023)

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Viantri Kurdaningsih & Arisandy, 2023) dengan judul Penerapan Kompres Hangat Untuk Menurunkan Hipertermia Pada Anak Yang Mengalami Kejang Demam, penelitian tersebut mendapatkan hasil yang di mana setelah dilakukan pemberian kompres hangat pada pasien An. A selama 3 hari membuktikan bahwa suhu pasien An. R menurun dari 39,3 °C menjadi 36,9°C. Hal ini membuktikan bahwa pemberian kompres hangat merupakan salah satu tindakan yang efektif untuk menurunkan suhu pada pasien yang mengalami hipertermia, tetapi terapi ini tidak dianjurkan untuk menjadi terapi utama pada kasus hipertermia.

Pelaksanaan (implementasi) asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien An. S dengan masalah hipertermia telah sesuai dengan intervensi yang direncanakan sebelumnya, namun terdapat beberapa tindakan yang tidak dilaksanakan karena disesuaikan dengan kondisi pasien.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang diperoleh pada laporan kasus ini sesuai dengan diagnosis medis kejang demam dengan masalah keperawatan hipertermia setelah diberikan Tindakan manajemen hipertermia, regulasi temperature yaitu anaknya sudah tidak kejang lagi dan sudah tidak demam lagi. Data secara objektif

didapatkan, Pasien tampak nyaman dengan suhu kulit membaik, kulit merah menurun, kejang menurun, dengan hasil tanda – tanda vital : S : 36,5°C, RR : 20x/menit, N : 125x/menit, SpO2 : 100% . Assesment/analisis yaitu termogulasi membaik dan masalah hipertermia teratasi. Planning yang diberikan yaitu memberikan kompres hangat jika pasien mengalami demam kembali, monitor suhu tubuh pasien, mencukupi cairan oral, dan memberikan keluarga pasien edukasi tentang cara pengukuran suhu tubuh, penanganan kejang demam.

Evaluasi tersebut sejalan dengan penelitian (Dhewa & Haryani, 2024) dengan judul Pengelolaan Hipertermi pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dadap Serep RSUD Pandanarang Boyolali, setelah 3 hari proses keperawatan yang telah dilakukan yaitu masalah hipertermi pada pasien sudah teratasi. Ditunjukkan dengan adanya suhu tubuh menurun ke batas normal serta respon pasien tidak pucat, ceria, serta tidak tampak kemerahan pada kulit.

Berdasarkan hasil evaluasi keperawatan, setelah pemberian intervensi keperawatan yaitu manajemen hipertermia dan regulasi temperatur mampu mengatasi masalah hipertermia pada kasus An. S yang mengalami kejang demam dengan masalah keperawatan hipertermia, dengan menunjukan adanya perubahan kondisi menjadi lebih baik secara bertahap.

C. Kelemahan

Kelemahan dalam laporan kasus An. S dengan kejang demam akibat hipertermia terletak pada pelaksanaan tindakan kompres hangat. Tindakan kompres hangat hanya terbatas pada area dahi, tanpa disertai kompres di area tubuh lainnya yang memiliki aliran darah besar seperti ketiak dan lipatan paha. Secara teori, penerapan kompres hangat pada daerah tersebut dapat mempercepat proses penurunan suhu

tubuh secara optimal. Keterbatasan ini terjadi karena pasien menunjukkan tanda-tanda ketidaknyamanan saat akan dilakukan kompres di area tersebut. Tindakan keperawatan disesuaikan dengan kondisi serta kenyamanan pasien, dengan tetap mengedepankan prinsip *informed consent* terhadap hak – hak pasien, khususnya dalam perawatan anak.