

BAB IV

TINJAUAN KASUS

I. Pengkajian

Hari/Tanggal : 22 Oktober 2024 Oleh : Emil
Jam : 17.00 Sumber : RM&Pasien

A. IDENTITAS

1. Pasien

Nama : An. K
Umur : 1 tahun
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Pendidikan : Belum sekolah
Pekerjaan : -
Suku/Kebangsaan : Jawa
Tgl. Masuk RS : 22 Oktober 2024
Diagnose Medis : Kejang demam sederhana
No. CM : 853992
Alamat : Kawirejan 005/003, Sogan Wates

2. Penanggung Jawab

Nama : Tn. I
Umur : 30 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Kawirejan 005/003, Sogan Wates
Hub. Dgn Pasien : Ayah

Berdasarkan hasil pengkajian, pasien berada dalam kondisi sakit sedang. Tingkat kesadaran pasien masih dalam batas normal,

yaitu compos mentis (CM). Pasien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun zat lainnya. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital mencatat bahwa suhu tubuh pasien adalah 38,4°C, yang mengindikasikan adanya demam. Frekuensi nadi mencapai 150 kali per menit, laju napas 32 kali per menit, dan SpO₂ sebesar 96%, yang masih berada dalam kisaran normal

Pengukuran Antropometri:

- a. BB: 7,4 kg
- b. TB: 72 cm
- c. LK: 44 cm
- d. LD: 63,9 cm
- e. LILA: 12,5

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

1) Keluhan utama

Ibu pasien menyampaikan bahwa anaknya mengalami demam sejak tadi malam pukul 21.00 wib dengan suhu mencapai 39°C.

Ia juga mengungkapkan bahwa demam anaknya naik turun, dan tubuhnya terasa panas. Ibu pasien langsung meminumkan paracetamol tablet yang dipotong $\frac{1}{4}$, pagi harinya dibawa ke IGD dan dianjurkan rawat jalan. Saat dirumah jam 2 siang setelah minum obat sempat muntah, setelah diganti baju dan popok tidak lama kemudian kejang selama 4 menit dan orang tua pasien langsung membawa ke RS kembali.

2) Lama Keluhan

- a) Lama pasien merasakan sakit/kurang sehat selama sehari
- b) Ibu pasien mengatakan saat klien demam langsung dibawa ke IGD

3) Faktor pencetus

Ibu pasien mengatakan pasien tiba-tiba demam pada malam hari sekitar jam 9.

4) Sifat serangan (kronis atau akut)

() Bertahap

(v) Mendadak

5) Faktor yang memperberat : ibu pasien mengatakan tidak ada

6) Pengobatan yang telah diperoleh

Ibu pasien mengatakan sebelum dirawat inap pada malam harinya sempat diminumkan paracetamol tablet yang dipotong $\frac{1}{4}$, pagi harinya pasien dibawa ke IGD dan dilakukan rawat jalan, tetapi masih belum sembuh dan akhirnya dirujuk untuk rawat inap di jam 17.00 WIB.

b. Riwayat Kesehatan Yang Lalu

Penyakit yang pernah dialami:

a) Kanak kanak : tidak ada

b) Kecelakaan : tidak ada

c) Pernah dirawat : 1x

d) Operasi: tidak pernah

Alergi: tidak ada riwayat alergi

Obat-obatan: tidak ada

2. Riwayat Immunisasi

Hepatitis I II III

Polio : I II III

DPT : I II III

BCG : I

Campak : I

Keterangan: imunisasi lengkap dan belum ada imunisasi tambahan

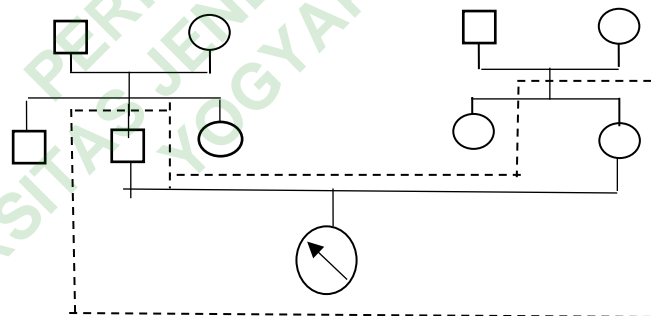
3. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

- a. Personal sosial: pasien sudah mengenal kedua orangtuanya, dan dapat menunjukkan perasaan senang atau cemas
- b. Motorik halus: pasien dapat mengambil objek kecil dengan jari telunjuk dan ibu jari serta dapat memberi benda kepada oranglain.
- c. Motorik kasar: pasien masih berdiri dengan dukungan dan berjalan dengan bantuan seperti dipegangi oleh orangtua dan berpegangan pada benda-benda disekitar mereka.
- d. Bahasa: Pasien baru bisa mengucapkan 2 kosakata “mama” dan “dada”

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

Tidak terdapat riwayat penyakit keturunan

GENOGRAM



- ⊙ : Pasien An. K
- : perempuan
- : laki-laki
- : garis perkawinan
- | : garis keturunan
- : tinggal satu rumah

C. PENGKAJIAN PERSISTEM

1. PERNAPASAN

Pasien menunjukkan pola napas yang spontan dan teratur dengan frekuensi respirasi 32 kali per menit. Ditemukan gejala sesak napas, namun tidak disertai retraksi, sianosis, wheezing, ronkhi, maupun rales. Pasien juga mengalami batuk, namun tidak disertai produksi lendir. Konsistensi napas dinyatakan konsisten, dengan warna sputum tidak dilaporkan. Pasien mendapatkan oksigen tambahan sebanyak 2 liter per menit melalui metode nasal kanul, dengan hasil saturasi oksigen (SaO₂) sebesar 96%. Tidak digunakan alat bantu napas seperti ETT maupun ventilator.

Pemeriksaan analisa gas darah tidak menunjukkan adanya gangguan keseimbangan asam-basa seperti asidosis atau alkalosis respiratorik maupun metabolik. Tidak ditemukan masalah keperawatan pada sistem pernapasan

2. KARDIOVASKULER

Pemeriksaan auskultasi menunjukkan bunyi jantung dalam batas normal, tanpa tanda takikardi maupun bradikardi, meskipun frekuensi nadi terdeteksi tinggi yaitu 150 kali per menit. Pengisian kapiler kembali (CRT) tercatat 2 detik, yang masih dalam rentang normal. Pemeriksaan denyut arteri femoralis di kedua sisi, baik kanan maupun kiri, teraba kuat dan simetris. Tidak ditemukan tanda-tanda perdarahan, serta ekstremitas terasa hangat, tanpa gejala sianosis, edema, kekuatan otot menurun, maupun pucat.

Pasien telah terpasang infus melalui long line, dan akses intravena perifer terkonfirmasi ada, sedangkan akses intra arteri tidak digunakan. Jenis cairan yang diberikan adalah D5 ½ NS dengan jumlah tetesan sebesar 15 cc. Berdasarkan hasil laboratorium yang tersedia saat ini, tidak ditemukan adanya anemia, trombositopenia, leukositosis, maupun hipoproteinemia

3. GASTROINTESTINAL

Pasien memiliki berat badan saat ini 7,4 kg. Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, pasien mendapatkan makanan berupa bubur dan tetap menerima ASI secara aktif, tanpa mengonsumsi susu formula. Pasien tidak dalam keadaan puasa, dan asupan cairan diberikan secara oral, bukan melalui NGT, OGT, atau gastrostomi. Jumlah cairan yang dikonsumsi per hari tidak tercatat, namun metode pemberiannya dilakukan melalui oral feeding. Pasien masih disuapi saat makan, belum dapat makan secara mandiri. Frekuensi makan dinilai kurang, namun tidak ditemukan tanda anoreksia. Pemeriksaan rongga mulut menunjukkan bahwa mukosa tampak kering, sedangkan lidah teraba lembab dan bersih. Tidak ditemukan kelainan struktur mulut seperti labio schizis, palato schizis, maupun LPG schizis.

Pemeriksaan perut menunjukkan kondisi yang normal pada inspeksi dan perkusi. Bising usus terdengar sebanyak 15 kali per menit, menunjukkan aktivitas pencernaan yang masih dalam batas normal. Pada palpasi tidak ditemukan adanya benjolan, meskipun pasien dilaporkan mengalami episode muntah, tanpa informasi lanjut mengenai jumlah atau karakter muntahan. Pasien tidak menggunakan NGT, sehingga tidak ada data mengenai produksi residu lambung. Evaluasi hidrasi menunjukkan bahwa turgor kulit masih baik (elastis), menandakan status hidrasi cukup. Hasil pemeriksaan laboratorium tidak menunjukkan adanya kelainan, seperti hipoproteinemia, hipoalbuminemia, gangguan keseimbangan asam-basa (asidosis atau alkalosis metabolik), serta gangguan elektrolit seperti hipokalemia, hipokalsemia, atau hipoglikemia

Rumus menurut kemenkes RI:

10 Kg pertama= 100 cc/kgBB/hari

10 Kg kedua= 50 cc/kgBB/hari

10 Kg ketiga= 20 cc/kgBB/hari

Karena berat badan An.K kurang dari 10 kg (7,4kg), maka kebutuhan cairannya yaitu:

$$7,4 \text{ kg} \times 100 \text{ cc/kg} = 740 \text{ cc/hari}$$

Tabel 1.4 Balance Cairan

Tgl/jam	Intake	Output	Balance
22/10/24	Makan: 100	Urine: 220cc	Intake-Output
	Minum: 350	IWL: 422	450-422
	Total: 450	Total: 642	+28
23/10/24	Makan: 150	Urine: 430cc	Intake-Output
	Minum: 375	IWL: 385	525-815
	Total: 525	Total: 815	-290

4. NEUROSENSORI

Pasien berada dalam keadaan sadar (compos mentis), dengan tidak menunjukkan respon terhadap rangsangan nyeri. Tangisan terdengar kuat, tidak lemah, tidak merintih, dan tidak melengking. Penilaian Glasgow Coma Scale (GCS) tidak dicantumkan. Pemeriksaan kepala menunjukkan bahwa pasien tidak mengalami cephal hematoma, caput succedaneum, hidrosefalus, maupun kelainan bentuk kepala lainnya seperti anensefali. Lingkar kepala tercatat 44 cm, masih dalam batas usia yang perlu pengawasan lebih lanjut untuk menilai pertumbuhan kepala secara berkala. Pasien juga tidak mengeluhkan sakit kepala atau vertigo.

Evaluasi pupil tidak menunjukkan anisokor maupun dilatasi, dan meskipun ukuran pupil tidak disebutkan secara eksplisit, reaksi pupil terhadap cahaya masih ada, menandakan fungsi saraf kranialis II dan III masih utuh. Gerakan tubuh dinilai aktif, tanpa tanda kelemahan atau paralisis. Namun, pasien mengalami episode kejang, yang perlu penatalaksanaan dan pemantauan lanjutan

5. INTEGUMEN

Pemeriksaan kulit menunjukkan bahwa warna kulit tampak kemerahan, tanpa tanda-tanda pucat maupun ikterus. Suhu tubuh teraba panas, menunjukkan kemungkinan adanya proses infeksi atau inflamasi. Turgor kulit masih elastis, yang menunjukkan status hidrasi cukup baik. Secara umum, kulit tampak bersih dan dalam kondisi utuh, tanpa adanya kelainan kulit seperti kulit kering, ruam (rash), bullae, pustula, petekie, plebitis, lesi, nekrosis, ataupun dekubitus. Pemeriksaan area kepala menunjukkan bahwa kulit kepala dalam keadaan bersih, tidak tampak kotor maupun berbau. Pada pemeriksaan mata, tidak ditemukan adanya sekret, menandakan bahwa tidak ada infeksi atau iritasi konjungtiva yang tampak saat ini

6. REPRODUKSI

Pasien adalah seorang perempuan. Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa area vagina dalam kondisi bersih, tanpa tanda-tanda kotoran atau infeksi yang tampak. Saat ini, pasien tidak sedang mengalami menstruasi, dan tidak terdapat pemasangan kateter urinaria

D. PENGKAJIAN ASPEK FISIK-BIOLOGIS

1. Pola Nutrisi

Pasien memiliki frekuensi makan sebanyak dua kali sehari dengan jenis makanan berupa bubur. Berat badan pasien saat ini adalah 7,4 kg, dengan penurunan berat badan sebesar 0,5 kg dalam satu bulan terakhir akibat menurunnya nafsu makan. Tidak ada makanan yang disukai secara khusus, dan pasien tidak memiliki pantangan atau alergi terhadap makanan. Nilai z score pasien:

$$ZBB = \frac{XBB - \mu BB}{\sigma BB} = \frac{7.4 - 9.0}{1.0} = \frac{-1.6}{1.0} = -1.6$$

Jadi, Z-score untuk berat badan adalah -1.6 (normal). Menurut Kemenkes tahun 2020 dikategorikan gizi baik atau normal jika nilai z-score berada pada rentang -2.0 SD hingga +2.0 SD.

Nafsu makan pasien tergolong kurang tanpa alasan yang spesifik. Dari segi pencernaan, pasien mengalami muntah tetapi tidak mengalami mual, kesulitan menelan, atau sariawan. Pasien tidak memiliki riwayat operasi atau trauma gastrointestinal.

Dalam hal asupan makanan di rumah sakit, pasien hanya mengonsumsi sekitar setengah porsi dari makanan yang diberikan. Untuk pemenuhan aktivitas sehari-hari (ADL) dalam hal makan, pasien dapat makan secara mandiri atau dengan bantuan sesuai kebutuhan.

2. Pola Eliminasi

a. Eliminasi Bowel

Frekuensi buang air besar pasien sebanyak satu kali sehari tanpa penggunaan pencahar. Waktu buang air besar dapat terjadi pada pagi, siang, sore, atau malam hari. Warna feses tampak normal tanpa adanya darah, dengan konsistensi yang padat lembek.

Pasien tidak mengalami gangguan eliminasi usus seperti konstipasi, diare, atau inkontinensia usus. Untuk pemenuhan aktivitas sehari-hari (ADL) terkait eliminasi usus, pasien dapat melakukannya secara mandiri atau dengan bantuan jika diperlukan.

b. Eliminasi Bladder

Pasien memiliki frekuensi buang air kecil sebanyak 220cc dengan warna urine kuning pucat dan tanpa adanya darah. Tidak terdapat gangguan eliminasi kandung kemih seperti nyeri saat buang air kecil, sensasi terbakar, perasaan kandung kemih masih penuh setelah berkemih, atau inkontinensia urin.

Riwayat penyakit sebelumnya tidak menunjukkan adanya gangguan ginjal, batu ginjal, atau cedera/trauma pada saluran kemih. Penggunaan kateter tidak dilakukan, atau jika digunakan, perlu dicantumkan tanggal pemasangan dan ukurannya. Dalam

hal pemenuhan aktivitas sehari-hari (ADL) terkait eliminasi kandung kemih, pasien dapat melakukannya secara mandiri atau dengan bantuan sesuai kebutuhan.

3. Pola Aktifitas dan Latihan

Pasien belum bekerja dan tidak melakukan olahraga secara rutin. Tidak ada frekuensi olahraga yang tercatat. Pasien tidak menggunakan alat bantu mobilitas seperti walker, kruk, kursi roda, atau tongkat. Tidak ada terapi yang dijalani, seperti traksi atau penggunaan gips. Dalam hal kemampuan gerak sendi (ROM), pasien dapat melakukannya secara pasif atau aktif. Kemampuan ambulasi pasien bervariasi, dapat dilakukan secara mandiri, tergantung, atau dengan bantuan sesuai kebutuhan.

4. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien memiliki durasi tidur sekitar 7 jam setiap hari. Tidur siang dapat dilakukan atau tidak, tergantung kondisi pasien. Di lingkungan rumah sakit, pasien mungkin mengalami atau tidak mengalami kesulitan tidur. Jika terdapat gangguan tidur, kesulitannya dapat terjadi saat menjelang tidur, sering terbangun di malam hari, atau merasa tidak segar setelah bangun tidur.

5. Pola Kebersihan Diri

Sebelum sakit : dibantu

Selama sakit : dibantu

6. Aspek Intelektual-Psikososial-Spiritual

- a. Aspek mental: pasien merasa cemas jika perawat datang
- b. Aspek Intelektual: ibu pasien mengatakan langsung membawa pasien ke rumah sakit saat demam
- c. Aspek Sosial: hubungan pasien dengan keluarga, tetangga, di lingkungannya baik
- d. Aspek Spiritual: pasien dan keluarga beragama islam

7. Aspek Lingkungan Fisik

Ibu pasien mengatakan disekitar rumahnya terdapat beberapa pohon dan jika sore beberapa ada orang jualan jajanan

Dukungan Keluarga Terhadap Klien

Ibu dan bapak pasien sangat mendukung atas kesembuhan pasien, dan sangat berharap untuk segera sembuh dan bisa pulang

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tanggal : 22/10/2024

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Interpretasi
Hemoglobin	11.3g/dl	9.00-15.00g/dl	Normal
Hematokrit	34.7vol%	34.00-40.00vol%	Normal
Trombosit	321ribu/ul	150-450ribu/ul	Normal
Leukosit	8.51 ribu/ul	5.5 – 17.5 ribu/ul	Normal
Limfosit	58.1%	22-46%	Meningkat
Monosit	28.1%	37-73%	Menurun
Eosinofil	0.1%	1-4%	Menurun
Basofil	0.0%	0.0-2.0 %	Normal
GDS	130mg/dl	65-140mg/dl	Normal

TERAPI PENGOBATAN PASIEN

Tanggal : 22/10/2024

No	Obat	Dosis	Indikasi
1.	D5 1/2	15 cc	Pengganti cairan&kalori
2.	Paracetamol	80mg/12jam	Meredakan demam dan nyeri
3.	Ondansentron	1,5mg/8jam	Meredakan mual & muntah
4.	Diazepam	2mg/8 jam	Mengobati asietas
5.	Cefadroxil	62.5mg/12jam	Infeksi saluran pernapasan
6.	Cetirizine	2.5mg/24 jam	Meredakan gejala akibat alergi
7.	MP	2.5mg/8 jam	Antiinflamasi/imunosupresan

E. ANALISIS DATA

NO	Tanggal/ Jam	DATA FOKUS	MASALAH	ETIOLOGI
1		<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ibu pasien mengatakan pasien tiba-tiba demam pada malam hari sekitar jam 9 dengan S 39°C b. Ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya naik turun c. Ibu pasien mengatakan badan anaknya panas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Wajah pasien tampak kemerahan b. Mukosa bibir pasien kering c. Suhu 38,4°C d. Nadi 150x/menit e. RR 32x/menit f. SpO2 96% g. Eusonofil 0.1% h. Limfosit 58.1% 	Hipertermia	Proses infeksi

F. PRIORITAS DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Hipertermia (**D0130**) b.d proses infeksi d.d suhu 38,4°C, Eusonofil menurun, Limfosit meningkat.

G. RENCANA KEPERAWATAN

NO. DX	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi (D.0130) b.d proses infeksi d.d suhu 38,4°C, Eusonofil menurun, Limfosit meningkat.</p>	<p>Termogolulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan Termogolulasi membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kulit merah menurun Kejang menurun Konsumsi oksigen menurun Pucat menurun Suhu tubuh membaik Suhu kulit membaik 	<p>Manajemen Hipertermia I.15506</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi penyebab hipertermia Monitor suhu tubuh <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> Longgarkan atau lepaskan pakaian Berikan cairan oral Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis Lakukan pendinginan eksternal <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena

H. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO. DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	Evaluasi	TTD
(D.0130)	22/10/24 17.00 WIB	a. Mengkaji keluhan utama pasien b. Melakukan pengukuran TTV c. Mengelola infus D5 ½ 15 cc/jam d. Memonitor suhu tubuh	S: Ibu pasien mengatakan badan pasien masih panas panas O: pasien tampak rewel dan menangis	
	20.10WIB	a. Mengompres pasien menggunakan aloe vera selama 15 menit b. Mengevaluasi pasien	S: a. Ibu pasien mengatakan anak sudah bisa tidur O: a. Keadaan umum sedang b. Infus DG ½ 15 cc/jam c. Suhu 37,8°C, SpO2 99%, N 130 A: Masalah hipertermia teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi dengan monitor suhu tubuh dan edukasi keluarga tentang kejang demam	Emil

NO. DX	TGL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI	TTD
(D.0130)	23/10/24 08.00	a. Mengkaji keluhan pasien b. Mengukur TTV	S: Ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak rewel O: Pasien tampak kooperatif	
	08.15	a. Mengompres pasien dengan aloe vera selama 15 menit b. Memonitor suhu c. Mengevaluasi keluhan pasien	S: Ibu pasien mengatakan anak sudah tidak demam O: a. Akral teraba hangat b. Suhu 36,8°C, SpO2 100%, Nadi 131 A: Masalah Hipertermia teratasi P: Hentikan intervensi	Emil

PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD
YOGYAKARTA

