

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Biodata Pasien

Nama inisial klien	: An. A
Umur	: 2 Tahun
Alamat	: Jl. Kapten Mustopa Gg. Kurnia 5 Tanjung Senang
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Pendidikan	: Belum Sekolah

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama Inisial Klien	: Tn. A
Umur	: 35 Tahun
Alamat	: Jl. Kapten Mustopa Gg. Kurnia 5 Tanjung Senang
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Agama	: Islam
Pendidikan	: Lulus SMA/Sederajat
Pekerjaan	: Wiraswasta

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD RS Handayani pada tanggal 11 Maret 2021 pukul 08.35 WIB diantar oleh keluarga dengan keluhan anak mengalami kejang dan demam dengan suhu 38,8°C, anak mengalami kejang dengan durasi ± 10 menit disertai mata mendelik ke atas dan seluruh tubuhnya kaku.

4. Keluhan Utama Saat Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian klien demam, suhu 38.5°C, nadi 120x/menit, RR 24x/menit, konjungtiva anemis, mukosa bibir dan mulut sedikit kering.

5. Penampilan Umum

Saat dilakukan pengkajian kesadaran klien composmentis (E4V5M6). Turgor kulit kering kurang elastis, klien tampak gelisah.

Nadi : 100x/menit

RR : 24x/menit

Suhu : 38,5°C

6. Pengkajian Respirasi

Saat dilakukan pengkajian klien tidak sesak nafas, pernapasan 24x/menit, klien tidak batuk, tidak ada suara nafas tambahan, klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Kesadaran klien composmentis (E4V5M6).

7. Pengkajian Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil, nadi 120x/menit, pengisian CRT <3detik.

8. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil BB 11Kg, porsi makan klien hanya 1/3 porsi yang dihabiskan, klien minum 2-5 gelas/hari.

9. Pengkajian Eliminasi

Ibu klien mengatakan An. A selama di RS Bab 1 kali, klien mampu mengontrol BAK, klien BAK 4-5 kali/hari ±250cc/hari

10. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Saat dilakukan pengkajian klien tampak rewel ingin digendong

terus, tidak melakukan aktivitas yang berlebihan, istirahat cukup.

11. Pengkajian Neurosensori

Klien mengeluh sakit kepala, klien tampak rewel.

12. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Klien tampak gelisah dan rewel.

13. Pengkajian Psikologis

Klien tampak gelisah, klien masih berkonsentrasi, kontak mata bagus, dan tidak meringis.

14. Pengkajian Tumbuh Kembang

Fisik klien tidak terganggu, status gizi baik dengan berat badan klien 11 kg, tinggi badan 87cm, dan lingkar kepala 45cm, klien tidak mengalami kelainan genetic/kongenetal, sudah bisa menyebutkan nama dan usianya, sudah bisa memakai dan melepas baju sendiri, dapat berhitung 1-5, dapat mengikuti perintah sederhana. Tumbuh kembangnya sesuai dengan usianya saat ini yaitu 2 tahun.

15. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien selama di rawat tidak mandi hanya dilap dengan air hangat pagi dan sore dibantu oleh keluarga.

16. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat dilakukan pengkajian integritas kulit klien teraba hangat, membran mukosa kering.

17. Pengobatan

Tabel 3.1
Pemberian Obat terhadap An. A di Ruang Edelweis RS Handayani
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 11-13 Maret 2021

Waktu Pemberian	11 Maret 2021	12 Maret 2021	13 Maret 2021
1	2	3	4
Pukul 08.30 WIB dan 20.30 WIB	1. Infus Ringer Lacatat 14 Tpm melalui IV 2. Ceftriaxone 2x1grmelalui IV	1. Infus Ringer Lacatat 14 Tpm melalui IV 2. Ceftriaxone 2x1grmelalui IV	1. Infus Ringer Lacatat 14 Tpm melalui IV 2. Ceftriaxone 2x1grmelalui IV
Pukul 08.00 WIB, 16.00 WIB, dan 21.00 WIB	1. Diazepam 3x1 5,5mg melalui IV	1. Diazepam 3x1 5,5mg melalui IV	1. Diazepam 3x1 5,5mg melalui IV
Pukul 08.00 WIB, 16.00 WIB, dan 21.00 WIB	1. Paracetamol 3x1 5ml diberikan melalui oral	1. Paracetamol 3x1 5ml diberikan melalui oral	1. Paracetamol 3x1 5ml diberikan melalui oral

18. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium An.A dengan Gangguan
Termoregulasi Kasus Kejang Demam di Ruang Edelweis Lantai 2
RS Handayani Kotabumi Lampung Utara Tanggal 11 Maret 2020

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	<i>White Blood Cell</i>	12.00 x10 ³ /uL	4.00-11.00
2	<i>Red Blood Cell</i>	4.2 x10 ⁶ /uL	3.50-5.20
3	Hemoglobin	10.9 g/dL	12.0-16.0
4	Trombosit	175 x10 ³ /uL	150-450

19. Analisa Data

Tabel 3.3 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1.	Ds: 1. Ibu klien mengatakan An. A demam 2. Ibu mengatakan An. A kejang 1 kali di rumah dengan durasi kurang lebih 10 menit dengan suhu 38,8°C Do: 1. Frekuensi nadi: 110x/menit 2. Suhu Tubuh 38,5°C 3. Kulit teraba hangat 4. An. A mendapatkan terapi obat diazepam 3x1 5,5mg 5. An. A mendapat terapi obat Paracetamol 3x1 5ml 6. An. A mendapatkan terapi infus RL1500cc 12 tpm	Hipertermia	Proses Penyakit
2.	Ds:- Do: -	Risiko Defisit Nutrisi	Faktor psikologis (keengganan untuk makan)
3.	Ds: - Do: -	Risiko Cedera	Riwayat Kejang

B. Diagnosa Keperawatan

Dari data diatas ditegakkan 3 diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas yaitu:

- a. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan Ibu klien mengatakan An. A demam, Suhu Tubuh 38,5°C, kulit teraba hangat.
- b. Risiko Defisit Nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).
- c. Risiko Cedera ditandai dengan Riwayat Kejang.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan dengan Gangguan Termoregulasi pada kasus Kejang Demam
terhadap An. A di Ruang Edelweis Lantai 2 RS Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 11-13 Maret 2021

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	Luaran	Intervensi
1	2	3
Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit ditandai dengan Suhu Tubuh diatas Normal DS: 1. Ibu klien mengatakan An. A demam 2. Ibu mengatakan An. A kejang 1 kali di rumah dengan durasi kurang lebih 10 menit dengan suhu 38,8°C Do: 1. Frekuensi nadi: 110x/menit 2. Suhu Tubuh 38,5°C 3. Turgor kulit teraba hangat	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 hari maka diharapkan termoregulasi membaik dengan mencapai kriteria hasil: 1. Tidak kejang 2. Tidak pucat 3. Suhu Tubuh normal 36,5°C-37°C 4. Suhu kulit normal	Manajemen Hipertermia (L.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh Terapeutik 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan cairan oral 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebihan) Edukasi 1. Anjurkan tirahbaring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena.

1	2	3
Risiko Defisit Nutrisi ditandai dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan)	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 hari diharapkan status nutrisi membaik dengan mencapai kriteria hasil: 1. Menghabiskan porsi makanan yang diberikan 2. Tidak merasa cepat kenyang 3. Frekuensi makan baik 4. Nafsu makan baik	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil pemeriksaan lab Terapeutik 1. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan

1	2	3
Risiko Cedera ditandai dengan Riwayat Kejang	Tingkat Cedera (L.14136) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 hari diharapkan tingkat cedera menurun dengan mencapai kriteria hasil: 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Pola istirahat/tidur cukup 3. Agitasi menurun 4. Iritabilitas menurun	Pencegahan Cedera (l.14537) Observasi 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Sediakan pencahayaan yang memadai Terapeutik 1. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan

D. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5
Catatan Perkembangan dengan Gangguan Termoregulasi pada Kasus Kejang Demam
terhadap An. A di Ruang Edelweis Lantai 2 RS Handayani Kotabumi Lampung Utara

No.	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	Tanggal 11-03-2021 Pukul: 10:00 WIB 1. Mengganti cairan infus RL 1500cc 12tpm melalui IV 2. Melonggarkan pakaian klien 3. Mengukur suhu tubuh 4. Menyediakan lingkungan yang dingin (menghidupkan ac ruangan) Pukul 12:00 WIB 1. Mengukur TTV	Tanggal 11-03-2021 S : Pukul 10:30 WIB 1. Ibu mengatakan klien masih demam O : Pukul 10.30 WIB 1. Tidak kejang 2. Turgor kulit teraba hangat Pukul 12:00 WIB 1. S : 38,5°C 2. N: 110x/menit 3. Turgor kulit kering A : Masalah belum teratasi

1	2	3	4
			P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Anjurkan memperbanyak minum 3. Anjurkan keluarga untuk mengompres hangat saat demam di dahi 4. Monitor pernapasan dan nadi 5. Observasi pemberian cairan melalui intravena 6. Monitor warna kulit Perawat  Alda Carolina
2.	2	Tanggal 11-03-2021 Pukul 12:00 WIB 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi makanan yang disukai	Tanggal 11-03-2021 S: Pukul 12:30 WIB 1. Ibu mengatakan nafsu makan An. A berkurang

1	2	3	4
		3. Memonitor asupan makanan 4. Memonitor berat badan 5. Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan	O: 1. Kurang minat pada makanan 2. Membran mukosa pucat 3. Cepat kenyang setelah makan 4. BB 11 kg 5. Klien makan hanya 1/3 porsi makanan yang diberikan A: Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Memonitor asupan makanan 2. Memonitor berat badan 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Perawat  Alda Carolina

1	2	3	4
3	3	Tanggal 11-03-2021 Pukul 10:00 WIB 1. Mengontrol area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Menghidupkan lampu dengan cahaya yang memadai 3. Mengatur posisi tempat tidur di posisi terendah 4. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 5. Memasang pengaman tempat tidur	Tanggal 11-03-2021 S : Pukul 10.30 1. Ibu mengatakan klien rewel O: Pukul: 19:00 WIB 1. Klien tampak gelisah 2. Aktivitas klien masih dibantu keluarga 3. Sangat iritabilitas A: Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi 1. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan Perawat  Alda Carolina

Perawatan hari kedua (12 Maret 2021)

No.	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	Tanggal 12-03-2021 Pukul 15.00 WIB 1. Memonitor suhu tubuh 2. Menganjurkan memperbanyak minum 3. Menganjurkan keluarga untuk mengompres hangat saat demam didahi 4. Monitor warna kulit Pukul 20.00 1. Memonitor suhu, pernapasan dan nadi 2. Memberikan terapi obat diazepam 5,5mg melalui IV 3. Memberikan obat Paracetamol 5ml diberikan melalui oral 4. Memberikan asupan cairan melalui IV infus RL 1500cc	Tanggal 12-03-2021 S: Pukul 20:30 WIB 1. Ibu mengatakan klien berkeringat 2. Ibu klien mengatakan klien masih lemah O: Pukul 15.35 1. Turgor kulit teraba hangat 2. Klien tidak pucat Pukul 20:30 WIB 1. N: 94x/menit 2. RR: 24x/menit 3. S: 37.8°C 4. Tidak kejang A : Masalah Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Anjurkan memperbanyak minum

1	2	3	4
			3. Anjurkan keluarga untuk mengompres hangat saat demam didahi 4. Monitor pernapasan dannadi 5. Observasi pemberian cairan melalui intravena 6. Monitor warna kulit Perawat  Alda Carolina
2	2	Tanggal 12-03-2021 Pukul 15:00 WIB 1. Memonitor asupan makanan 2. Memonitor berat badan Pukul 18.10 1. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan makanan yang tinggi serat untuk mencegah konstipasi 3. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein	Tanggal 12-03-2021 S: Pukul 18:30 WIB 1. Ibu klien mengatakan nafsu makan klien bertambah O: Pukul 18:15WIB 1. Klien menghabiskan $\frac{3}{4}$ porsi makan yang diberikan 2. Klien hanya banyak memakan lauknya saja, nasinya hanya 2-3 sendok 3. Membran mukosa tidak pucat 4. BB 11 kg

1	2	3	4
			A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi 1. Memonitor asupan makanan 2. Memonitor berat badan 3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 4. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein Perawat  Alda Carolina
3.	3	Tanggal 12-03-2021 Pukul 15.00 WIB 1. Mempertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Memasang pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan	Tanggal 11-03-2021 S: - O: Pukul 15.30 WIB 1. Aktivitas anak masih dibantu karena anak masih rewel 2. Saat perawat datang klien langsung menangis karena takut 3. Klien tampak gelisah

1	2	3	4
			A: Masalah Teratasi Sebagai P: Lanjutkan Intervensi 1. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 2. Pastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan Perawat  Alda Carolina

Perawatan hari ketiga (13 Maret 2021)

No.	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	Tanggal 13-03-2021 Pukul 22.00 Memberikan cairan infus RL 1500cc 12tpm melalui IV Pukul 06:00 WIB 1. Mengukur suhu tubuh 2. Menganjurkan keluarga untuk mengelap badan klien 3. Memonitor warna kulit	Tanggal 13-03-2021 S: Pukul 06:30 WIB 1. Ibu klien mengatakan klien tidak demam lagi O: Pukul 22:30 WIB 1. Tidak pucat Pukul 05:40 WIB 1. Tidak kejang 2. Suhu Tubuh normal 3. Suhu kulit normal 4. S : 36,8°C 5. N: 102x/menit 6. RR: 24x/menit A: Masalah Teratasi P: Hentikan Intervensi Perawat  Alda Carolina

1	2	3	4
2.	2	Tanggal 13-03-2021 Pukul 22:00 WIB Memonitor asupan makanan Pukul 06:00 WIB 1. Menyajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 2. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 3. Memonitor berat badan	Tanggal 13-03-2021 S: Pukul 22:00 WIB Ibu klien mengatakan klien menghabiskan 1 porsi makanan yang diberikan Pukul 06:30 Ibu klien mengatakan anaknya sudah nafsu makan O: Pukul 06:30 WIB 1. BB : 11kg 2. Tidak merasa cepat kenyang 3. Frekuensi makan baik 4. Nafsu makan baik A: Masalah Teratasi P : Hentikan Intervensi 1. Rujuk An. A ke puskesmas untuk monitoring gizi dan perawatan di rumah. Perawat  Alda Carolina

1	2	3	4
3	3	Tanggal 13-03-2021 Pukul 22:00 WIB 1. Mempertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan 2. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci 3. Menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan	Tanggal 13-03-2021 S: - O: Pukul 07:00 WIB 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Pola istirahat/tidur cukup 3. Agitasi menurun 4. Iritabilitas menurun A: Masalah Teratasi P: Hentikan Intervensi Perawat  Alda Carolina