

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Dasar

1. Identitas Klien

Nama Inisial Klien : An. R
Nomor Rekam Medis : 259863
Tanggal Masuk RS : 7 Maret 2021, Pukul 12.30
Tanggal Pengkajian : 8 Maret 2021, Pukul 08.00
Umur : 4 Tahun
Alamat : Abung Tengah, Kotabumi
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : Belum Sekolah

2. Identitas Penanggung Jawab

Nama Inisial Klien : Tn. S
Hubungan dengan Klien : Ayah Kandung
Umur : 35 Tahun
Alamat : Abung Tengah, Kotabumi
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Petani

3. Diagnosa Medis : Kejang Demam

4. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang ke IGD pada tanggal 07 Maret 2021 pukul 12.30 WIB diantar oleh keluarga dengan keluhan klien kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit, lama kejang ± 1 menit, dan demam sudah sejak 2 hari sebelum masuk rumah sakit, demam hilang timbul.

5. Keluhan Utama saat Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan klien mengalami kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit, lama kejang ± 1 menit, suhu 38.2°C , dan keluarga mengatakan demam naik turun.

6. Riwayat Penyakit Lalu

Saat dilakukan pengkajian, keluarga mengatakan klien punya riwayat kejang saat umur 3 tahun.

7. Penampilan Umum

Saat dilakukan pengkajian kesadaran klien compos mentis (E4V5M6). Klien tidak dapat melakukan keterampilan/perilaku sesuai usia, klien tidak mampu melakukan perawatan sesuai usianya, afek datar, mudah marah, kontak mata terbatas. Klien pernah menderita kasus Kejang Demam pada usia 3 tahun. N: 104x/menit, S: 38,2°C, TB/BB: 80 cm/18 kg, Lingkar kepala: 40 cm, Lingkar lengan: 14 cm.

8. Pengkajian Respirasi

Saat dilakukan pengkajian klien tidak sesak nafas, pernapasan 25x/menit, klien tidak batuk, tidak ada suara nafas tambahan, klien tidak menggunakan alat bantu pernapasan. Kesadaran klien compos mentis (E4V5M6).

9. Pengkajian Sirkulasi

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil, nadi 104x/menit, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada perdarahan, tidak ada oliguri, tidak kelelahan, tidak ada peningkatan berat badan, pengisian CRT <3 detik.

10. Pengkajian Nutrisi dan Cairan

Saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil BB 18 Kg, klien makan 3kali/hari, tidak ada gangguan menelan, tidak sariawan, tidak diare, tidak ada nyeri abdomen, klien minum 6-7 gelas/hari.

11. Pengkajian Eliminasi

Klien mengatakan selama di RS Bab 2 kali, klien mampu mengontrol BAK, klien BAK 3-4 kali/hari \pm 900cc/hari

12. Pengkajian Aktivitas dan Istirahat

Saat dilakukan pengkajian keluarga klien mengatakan tidak sulit tidur.

13. Pengkajian Neurosensori

Saat dilakukan pengkajian klien tidak sakit kepala, tidak ada cedera medula spinalis, klien tidak sulit menelan, tidak batuk setelah makan/minum.

14. Pengkajian Nyeri dan Kenyamanan

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengeluh nyeri, tidak mengeluh gatal, klien tidak tampak menangis/meringis, klien sedikit terlihat gelisah dan takut kepada perawat.

15. Pengkajian Tumbuh Kembang

Saat dilakukan pengkajian klien menderita microcephal dengan lingkaran kepala 40 cm, TB 80 cm (kurang karena normal 98,6-106,9 cm) dan dengan BB 18 kg, status gizi klien baik (berada diambang batas -1 SD – sampai dengan 1 SD). Klien mengalami gangguan tumbuh kembang karena klien belum bisa melakukan keterampilan/perilaku sesuai usianya yaitu seperti berjalan dan berbicara, klien tidak mampu melakukan motorik halus seperti metakkan 8 buah satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan kubus tersebut, klien tidak bisa menggambar lingkaran. Klien tidak mampu melakukan tindakan sosialisasi dan kemandirian seperti klien tidak bisa mengenakan sepatunya sendiri, klien belum bisa mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter, klien tidak dapat mengenakan celana panjang, kemeja, baju atau kaos tanpa dibantu, klien tidak dapat mengikuti peraturan permainan bila bermain dengan teman temannya. Klien tidak mampu melakukan motorik kasar seperti berdiri satu kaki tanpa berpegangan dan melompati kertas dengan mengangkat kedua kaki secara bersamaan. Klien juga belum bisa melakukan perawatan diri sesuai usia, klien tidak mengalami prematuritas.

16. Pengkajian Psikologi

Saat dilakukan pengkajian, klien tampak gelisah, kontak mata klien buruk, afek datar, dan klien mudah marah, klien masih berkonsentrasi, klien tidak menangis dan tidak meringis.

17. Pengkajian Kebersihan Diri

Klien selama di rawat tidak mandi hanya dilap dengan air hangat pagi dan sore dibantu oleh keluarga. Klien juga tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet secara mandiri.

18. Pengkajian Keamanan dan Proteksi

Saat dilakukan pengkajian integritas kulit klien teraba hangat, klien kejang 1 kali sebelum masuk rumah sakit, klien tidak menderita BBLR saat lahir.

19. Pengobatan

Tabel 3.1
Pemberian Obat terhadap An. R di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-09 Maret 2021

08 Maret 2021	09 Maret 2021
1. Infus Ringer Lactat 20 Tpm melalui IV	1. Infus Ringer Lactat 20 Tpm melalui IV
1. Pct Inj 3x200mg/8jam 2. Diazepam Inj 3x5mg IV	1. Pct Inj 3x200mg/8jam 2. Diazepam Inj 3x5mg IV
1. Pct Inj 3x200mg/8jam 2. Diazepam Inj 3x5mg IV 3. Ceftriaxone 900mg/24 jam 4. Ceterizine 5mg/24 jam	1. Pct Inj 3x200mg/8jam 2. Diazepam Inj 3x5mg IV 3. Ceftriaxone 900mg/24 jam 4. Ceterizine 5mg/24 jam

20. Hasil Laboratorium

Tabel 3.2
Hasil Pemeriksaan Laboratorium An. R dengan Hipervolemia Kasus Kejang Demam di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 07 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	WBC	10,16 x 10 ³ /uL	4.00-12.00
2	RBC	8.48 x10 ⁶ /uL	3.50-5.20
3	HGB	10.00 g/dL	12.0-16.0
4	PLT	277 x10 ³ /uL	100-300
5	GDS	105 mg/Dl	100-200

Tabel 3.3
 Hasil Analisis Data An. R dengan Hipervolemia Kasus Kejang Demam
 di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung
 Utara Tanggal 07 Maret 2021

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds: – Keluarga klien mengatakan kejang 1 jam sebelum masuk rumah sakit Do: 1. Kulit terasa hangat 2. S : 38,2°C 3. N : 104x/menit 4. RR : 25x/menit	Proses Penyakit (Mis. Infeksi)	Hipertermia
2.	Ds: – Do: 1. Tidak mampu melakukan keterampilan / perilaku sesuai usia 2. Tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia 3. Afek datar 4. Kontak mata terbatas 5. Mudah marah	Efek Ketidakmampuan Fisik	Gangguan Tumbuh Kembang
3.	Ds: – Do: –	Perubahan Fungsi Psikomotor	Risiko Cedera

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Hipertermia b.d proses penyakit d.d suhu tubuh 38,2°c, kejang, kulit terasa hangat
2. Gangguan tumbuh kembang b.d efek ketidakmampuan fisik d.d tidak mampu melakukan keterampilan / prilaku sesuai usia, tidak mampu melakukan perawatan diri sesuai usia, afek datar, kontak mata terbatas, mudah marah
3. Risiko cedera d.d perubahan fungsi psikomotor

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.4

Rencana Keperawatan dengan Hipertermia pada kasus Kejang Demam terhadap An. R di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-09 Maret 2021

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
Hipertermia b.d Proses Penyakit d.d Suhu tubuh diatas normal, Kejang, Kulit terasa hangat, S : 38,2°C	<p>Termoregulasi (L.14134)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh normal 2. Suhu kulit normal 3. Tidak kejang 	<p>Manajemen Hipertermia (I.15506)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (misalnya dehidrasi) 2. Monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami keringat berlebihan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan menggunakan pakaian tipis <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian Inf RL 1560ml/hari <ol style="list-style-type: none"> a. Ceftriaxone 1x900 mg b. Diazepam 3x5mg c. Paracetamol 3x200mg d. Cetirizine 1x5mg

1	2	3
<p>Gangguan Tumbuh Kembang b.d Efek Ketidakmampuan Fisik d.d Tidak mampu melakukan keterampilan / prilaku sesuai usia</p>	<p>Status Perkembangan (L.10101) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterampilan/perilaku sesuai usia meningkat 2. Kemampuan melakukan perawatan diri meningkat 3. Kontak mata meningkat 4. Tidak mudah marah 5. Afek membaik 	<p>Perawatan perkembangan (I.10329) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pencapaian tugas perkembangan anak <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivasi anak berinteraksi dengan anak lain 2. Pertahankan kenyamanan anak 3. Fasilitasi anak melatih keterampilan pemuhan kebutuhan secara mandiri (misalnya makan, sikat gigi, cuci tangan, memakai baju) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan orangtua berinteraksi dengan anak 2. Jelaskan kepada orangtua tentang milestone perkembangan anak dan perilaku anak <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujuk untuk konseling

1	2	3
<p>Risiko Cedera d.d Perubahan Fungsi Psikomotor</p>	<p>Tingkat Cedera (L.14136) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 2x24 jam diharapkan klien mencapai kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kejadian cedera 2. Tidak ada luka/lecet 	<p>Pencegahan Cedera (I.14537)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan pencahayaan yang memadai 2. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misalnya lokasi kamar mandi) 3. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 4. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 5. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 6. Diskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 7. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

D. Catatan Perkembangan

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan dengan Hipertermi pada Kasus Kejang Demam terhadap An. R di Ruang Anak RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-09 Maret 2021

No.	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul: 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Mengidentifikasi penyebab hipertermia 3. Memonitor suhu tubuh 4. Melonggarkan pakaian 5. Menganjurkan menggunakan pakaian yang tidak tebal (tipis) 6. Memberikan cairan oral 1200cc/5gelas 7. Menganjurkan tirah baring 8. Memberikan infus RL 1560cc 20tpm IV <p>Pukul 13:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan obat <ol style="list-style-type: none"> a. Pct Inj 1x200mg/8jam b. Diazepam Inj 1x5mg IV 	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S : -</p> <p>O : N : 94x/menit RR:20x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak kejang 2. Kulit teraba hangat 3. Suhu tubuh 37,7°C <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor TTV, Monitor suhu kulit 2. Anjurkan keluarga untuk melakukan kompres hangat saat demam dan perbanyak asupan cairan oral 3. Anjurkan tirah baring dan menggunakan pakaian yang tipis 4. Kolaborasi dengan pemberian infus RL 1560cc 20tpm IV dan pemberian obat <ol style="list-style-type: none"> a. Pct Inj 200mg/8jam b. Diazepam Inj 5mg IV c. Ceftriaxone 900mg/24 jam d. Ceterizine 5mg/24 jam

1	2	3	4
2	2	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pencapaian tugas perkembangan anak dengan menggunakan kpsp 2. Mempertahankan kenyamanan anak dengan cara tidak membuat takut dan cemas, serta merapikan tempat tidur anak 3. Menganjurkan orangtua berinteraksi dengan anaknya 4. Menjelaskan kepada orangtua tentang milestone perkembangan dan perilaku anak menggunakan media leaflet 	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul 13.20 WIB</p> <p>S: - O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum mampu melakukan keterampilan/perilaku sesuai dengan usia 2. Belum mampu melakukan perawatan diri sesuai usia 3. Afek datar, kontak mata terbatas, mudah marah <p>A: Masalah Belum Teratasi P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor perkembangan anak 2. Monitor saat anak berinteraksi dengan orang lain 3. Pertahankan kenyamanan anak 4. Anjurkan orangtua berinteraksi dengan anaknya 5. Anjurkan keluarga untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri <p style="text-align: center;">Perawat</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Garnis Ranar Anjani</p>

1	2	3	4
3	3	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Mengidentifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera 3. Mensosialisasi pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (misalnya lokasi kamar mandi) 4. Memastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 5. Memastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 6. Menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 7. Mendiskusikan bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien 8. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan 9. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 	<p>Tanggal 08-03-2021 Pukul 13.30 WIB</p> <p>S: - O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kejadian cedera 2. Tidak ada luka/lecet <p>A: Masalah Teratasi Sebagian P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 2. Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 3. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 4. Anjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan <p style="text-align: right;">Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Garnis Ranar Anjani</p>

Perawatan hari kedua (09 Maret 2021)

No.	No.dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	1	<p>Tanggal 09-03-2021 Pukul 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor TTV 2. Memonitor suhu kulit 3. Menganjurkan keluarga untuk melakukan kompres hangat saat demam 4. Menganjurkan pasien menggunakan pakaian yang tidak tebal (tipis) 5. Menganjurkan tirah baring 6. Memberikan infus RL 1560cc 20tpm IV <p>Pukul 13:00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan untuk memperbanyak cairan oral 	<p>Tanggal 10-03-2021 Pukul 11.00 WIB</p> <p>S:-</p> <p>O : N : 94x/menit RR:20x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak kejang 2. Suhu kulit normal 3. Suhu tubuh normal 37,2°C <p>A : Masalah Teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan, pasien sudah diperbolehkan pulang oleh dokter dan anjurkan keluarga untuk selalu menyimpan obat antipiretik dan termometer guna mencegah demam berulang pada anak.</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Garnis Ranar Anjani</p>

1	2	3	4
2.	2	<p>Tanggal 09-03-2021 Pukul 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor perkembangan anak menggunakan kpsp 2. Memonitor saat anak berinteraksi dengan orang lain 3. Mempertahankan kenyamanan anak 4. Menganjurkan orangtua berinteraksi dengan anaknya 5. Menganjurkan keluarga untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menganjurkan keluarga untuk melatih keterampilan pemenuhan kebutuhan secara mandiri 	<p>Tanggal 09-03-2021 Pukul 13.15 WIB</p> <p>S: -</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Belum mampu melakukan keterampilan/perilaku sesuai dengan usia 2. Belum mampu melakukan perawatan diri sesuai usia 3. Afek membaik 4. Kontak mata meningkat 5. Tidak mudah marah <p>A: Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan, pasien sudah diperbolehkan pulang oleh dokter dan anjurkan keluarga untuk konsul ke poli tumbuh kembang.</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Garnis Ranar Anjani</p>

1	2	3	4
3	3	<p>Tanggal 09-03-2021 Pukul 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 2. Memastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 3. Menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu mendampingi pasien 5. Meningkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan 	<p>Tanggal 09-03-2021 Pukul 13.25 WIB</p> <p>S: - O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada kejadian cedera 2. Tidak ada luka/lecet <p>A: Masalah Teratasi P: Intervensi dihentikan, pasien sudah diperbolehkan pulang oleh dokter</p> <p style="text-align: right;">Perawat</p> <p style="text-align: right;"></p> <p style="text-align: right;">Garnis Ranar Anjani</p>