

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Kasus 1 (Pasien Kombinasi)

1. Pengkajian

a. Identitas

An. A umur 6th dengan No. MR 03060*** jenis kelamin laki-laki yang dikaji pada tanggal 20 desember 2023 jam 16.00 dengan berat badan 37 kg, beragama islam, dan saat ini masih bersekolah Paud. Alamat rumah berada di Muara Kaman dan tinggal bersama orang tua.

b. Data khusus

1) Subjektif

a) Keluhan utama

Menurut ibu pasien, sejak tadi malam ia mengalami demam, sesak napas, dan badan panas. Dia juga mendengkur saat dia tidur.

b) Keluhan saat pengkajian

Ibu pasien mengatakan demam belum turun, anak masih merasa sesak namun tidak seberat sebelum diberikan oksigen. Pasien tidak ada alergi terhadap obat ataupun makanan. Sebelum ke RS ibu pasien mengatakan anak diberikan obat *Paracetamol* tablet. terakhir makan tadi pagi. Ibu pasien mengatakan anak tidurnya lebih cepat yaitu setelah magrib dan semalam badan pasien terasa hangat saat tidur, pagi setelah makan anak diberikan *Paracetamol* tablet dan demam tak juga turun sehingga ibu pasien memilih untuk membawa pasien ke IGD.

c) Riwayat Kesehatan masa lalu

Riwayat kejang 2 tahun lalu

d) Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga tidak memiliki Riwayat sakit Asma, HT, jantung, paru dan lain sebagainya.

2) Objektif

a) Air way

Pasien batuk dan ditemukan suara tambahan ronchi.

b) *Breathing*

RR = 20x/menit, tidak ditemukan sianosis, SPO2 = 93%

Pasien terkoneksi oksigen nasal kanul 3 lpm, terdapat retraksi dinding dada.

c) Circulation

TD = 100/70 mmHg , Nadi = 124x/menit, RR = 20x/menit,
T = 38,9 C, MAP = 80 mmHg

d) Disability

Kesadaran compos mentis dengan GCS: E4 V5 M6 = 15

e) Exposure

Kulit tampak kemerahan, turgor kulit <2 detik dan tidak terdapat nyeri pada area tubuh

f) Fluid

Pasien terakhir makan tadi pagi, setelah itu pasien tidak ada makan lagi dan dibawa kerumah sakit. Porsi makan habis saat makan terakhir. Setelah masuk di IGD dan diperiksa oleh dokter pasien di puasakan.

Terapi cairan : pasien mendapatkan terapi cairan RL 10 tpm tangan sebelah kanan

Terapi obat : pasien mendapatkan terapi obat PCT 1x10 ml.

3) Head to Toe Assessment

a) Kepala

Rambut berwarna hitam, bentuk wajah bulat, pupil isokor, konjungtiva berwarna merah muda, terdapat respon pada pupil, tidak terdapat stomatitis pada mulut, gigi lengkap,

lidah bersih, tidak ditemukan perdarahan pada mulut, mulut berfungsi dengan baik, tidak ada perdarahan pada hidung dan dapat berfungsi dengan normal, telinga tidak terdapat perdarahan dan dapat berfungsi dengan baik.

b) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan jugularis

c) Dada

(1) Paru-paru

Inspeksi: ada pergerakan dinding dada, palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: pekak; auskultasi: vesikuler

(2) Jantung

Inspeksi: ictus cordis nampak, palpasi: ictus cordis teraba, perkusi: pekak, auskultasi: bunyi jantung I “Lup” bunyi jantung II “Dup”, tidak ada suara jantung tambahan.

d) Abdomen

Inspeksi : tidak ditemukan asites, auskultasi : tidak ditemukan nyeri tekan, palpasi : 8x/menit, perkusi : pekak

e) Ekstremitas

Akral teraba hangat, turgor kulit baik, tidak terdapat pitting edema, CRT <2 detik dengan kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan 4 dan kiri 5, sedangkan kekuatan otot ekstremitas bawah sebelah kanan 5 dan kiri 5.

f) Eliminasi

Pasien hari ini BAB 1 kali dengan konsistensi agak lunak berwarna kuning dan BAK 2 kali berwarna kuning pucat.

c. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 1 Hasil Laboratorium pasien kelolaan I

No. MR : 03060***	Tgl. Permintaan : 20/12/2023
Nama : An. A	Dr. Pengirim : Effy Setyadi Dr.
TL : 10/10/2017	Keterangan Klinis : ^{TFA}
No. Reg : 1223R14172	
Unit Pengiriman : UGD	

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Masa Pembekuan Darah/CT	5'00"	menit	1-6
Masa Perdarahan/BT	2'00"	menit	1-3
Hemoglobin	11,9	gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
Hematokrit	34	Vol %	P 40-48 – W 37-43
Leukosit	4.500	/mm ³	5.000-10.000
Granulosit	0,5	%	50-70
Limfosit	12,0	%	20-40
Monosit	14,8	%	2-8
Thrombosis	299.000	/mm ³	150.000-450.000
Glukosa Sewaktu	74	mg/dl	60-150
Na ⁺	134	mmol/L	135-155
K ⁺	3,9	mmol/L	3,4-5,3
Cl ⁻	98	mmol/L	98-106
HBSAG	Negatif		

d. Terapi medis

- 1) *Paracetamol* 1x10 ml (IV)
- 2) Infus Ringer Laktat 10 tpm

2. Analisis data

Tabel 3. 2 Analisa data kasus I

DATA	PENYEBAB	MASALAH
Data Subjektif: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu pasien mengatakan Tubuh hangat sejak semalam 2. Ibu pasien mengatakan Demam tidak turun 3. Ibu pasien mengatakan pasien riwayat kejang 4. Ibu pasien mengatakan cuaca di daerah tempat tinggal berubah-ubah sehingga 	Proses Infeksi ↓ Merangsang hipotalamus ↓ Pengaturan suhu tubuh terganggu ↓ Penakan suhu tubuh	Hipertermia

<p>berpotensi mengubah imun pasien.</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh pasien 38,9 C 2. Pasien tampak lemas 3. Akral hangat 4. wajah merah 5. kulit hangat dan memerah 6. TD 100/70 mmHg <p>Nadi 124x/menit</p>		
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ibu pasien mengatakan pasien sempat sesak saat dirumah 2. ibu pasien mengatakan asupan cairan/air putih yang diminum pasien hanya sedikit <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SPO2 93%, RR 20x/menit 2. Cuping hidung 3. Suara napas rongki 4. Pola nafas abnormal 5. Fase ekspirasi memanjang 	<p>Depresi pusat pernapasan</p> <p>↓</p> <p>hambatan upaya napas</p> <p>↓</p> <p>deformitas dinding dada</p> <p>↓</p> <p>gangguan neurologis</p> <p>↓</p> <p>kerusakan investasi diafragma</p>	<p>Pola napas tidak efektif</p>
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan lelah 2. ibu pasien mengatakan makan dan minum pasien cukup, setelah masuk di igd dokter mengatakan pasien dipuaskan sementara <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 100/70 mmHg 2. N 124x/menit 3. Terpasang cairan RL 	<p>Dehidrasi</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya asupan cairan</p> <p>↓</p> <p>Kekurangan intake cairan</p>	<p>Risiko hipovolemik</p>

3. Intervensi keperawatan

Tabel 3. 3 Intervensi kasus I

NO.	SDKI	SLKI	SIKI
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	<p>Termogulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan termoregulasi pasien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah dari skala 4 ke 1 2. Takikardi dari skala 4 ke 1 <p>Ket:</p> <p>(1) menurun</p>	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi penyebab hipertermi 1.2 monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian 1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres aloe vera

		<p>(2) cukup menurun</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup meningkat</p> <p>(5) meningkat</p> <p>3. suhu tubuh dari skala 1 ke 5</p> <p>4. suhu kulit dari skala 1 ke 5</p> <p>ket:</p> <p>(1) memburuk</p> <p>(2) cukup memburuk</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup membaik</p> <p>(5) membaik</p>	<p>pada area dahi, aksila, leher dan area selangkangan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5 anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian <i>Paracetamol</i>.</p>
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>Pola Napas</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Pola Nafas pasien dapat membaik dengan kriteria hasil:</p> <p>1. dispnea dari skala 2 ke 5</p> <p>2. pernapasan cuping hidung dari skala 2 ke 5</p> <p>ket:</p> <p>(1) meningkat</p> <p>(2) cukup peningkat</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup menurun</p> <p>(5) menurun</p> <p>3. frekuensi napas dari skala 2 ke 5</p> <p>4. kedalaman nafas dari skala 2 ke 5</p> <p>ket:</p> <p>(1) memburuk</p> <p>(2) cukup memburuk</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup membaik</p> <p>(5) membaik</p>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor pola napas</p> <p>2.2 Monitor bunyi napas</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Posisikan semo fowler atau fowler</p> <p>2.4 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i></p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.6 kolaborasi pemberian analgetic, <i>jika perlu</i>.</p>
3	Risiko Hipovolemik	<p>Status Cairan</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan status cairan</p>	<p>Edukasi Manajemen Demam</p> <p>Observasi</p>

		<p>pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kekuatan nadi dari skala 2 ke 5 2. turgor kulit dari skala 2 ke 5 3. pengisian vena dari skala 2 ke 5 ket: <ol style="list-style-type: none"> (1) menurun (2) cukup menurun (3) sedang (4) cukup meningkat (5) meningkat 	<p>3.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik</p> <p>3.2 sediakan materi Pendidikan Kesehatan</p> <p>3.3 jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan Edukasi</p> <p>3.4 anjurkan cara memberikan kompres hangat</p> <p>3.5 anjurkan menggunakan pakaian yang menyerap keringat Kolaborasi</p> <p>3.6 kolaborasi pemberian analgetic, <i>jika perlu.</i></p>
--	--	---	--

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 1 Implementasi dan Evaluasi Kasus I

WAKTU	DIAGNOSIS	JAM	IMPLEMENTASI DAN EVALUASI	P A R A F
Rabu, 20/12/2023	Hipotermia	16.00	<p>1.1 identifikasi penyebab hipertermi S: ibu pasien mengatakan anak memiliki riwayat kejang dan cuaca di daerah tempat tinggal juga berubah-ubah sehingga berpotensi mengubah imun pasien. O: pasien tampak lemas, akral hangat, wajah dan kulit memerah serta hangat</p> <p>1.2 identifikasi penyebab hipertermi S: Ibu pasien mengatakan Demam tidak turun sejak pagi tadi O: suhu tubuh 38,9 C</p> <p>1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian S: Ibu pasien mengatakan Tubuh hangat sejak semalam</p>	

			<p>O: melepaskan jaket pasien dan memasang selimut</p> <p>1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres aloe vera pada area dahi, aksila, leher dan area selangkangan S: Ibu pasien mengatakan Demam tidak turun</p> <p>O: memberikan kompres <i>Aloe vera</i> 1x20 menit pada area lipatan tubuh (dahi, aksila, area selangkangan dan leher)</p> <p>1.5 anjurkan tirah baring S: Ibu pasien mengatakan Demam tidak turun</p> <p>O: mengedukasi keluarga pasien untuk menerapkan tirah baring sementara kepada pasien</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena dan <i>Paracetamol</i> S: Ibu pasien mengatakan Demam turun</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memasang teflon/surflo ukuran 24 pada tangan sebelah kanan 2. memberikan cairan RL 10 tpm pada pasien melalui IV 3. pemberian pct 110 ml (IV) <p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan lega karena suhu pasien sudah membaik, walaupun akral dan suhu kulit pasien masih hangat dan warna kulit sudah tidak semerah sebelumnya</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memerah pada wajah dan warna kulit sudah berkurang 2. TD 110/60, N 115x/menit RR 22x/menit SPO2 99% 3. Suhu tubuh 36,9 C <p>A: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit sebagian teratasi</p>	
		16.45		
		16.45		
		17.30		
		20.00		

			P: Intervensi dihentikan karena pasien pulang																				
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>takikardi</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	Kulit merah	4	2	1	takikardi	4	1	1	Suhu tubuh	1	4	5	Suhu kulit	1	4	5
keterangan	Pre	Post	Target																				
Kulit merah	4	2	1																				
takikardi	4	1	1																				
Suhu tubuh	1	4	5																				
Suhu kulit	1	4	5																				
	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	16.00	2.1 Monitor pola napas S: ibu pasien mengatakan pasien sempat sesak saat dirumah O: tanpa O2, SPO2 93%, RR 20x/menit, cuping hidung																				
		16.15	2.2 Monitor bunyi napas S: ibu pasien mengatakan pasien sempat sesak saat dirumah O: suara napas rongki																				
		15.50	2.3 Posisikan semi fowler atau fowler S: ibu pasien mengatakan anak sempat sesak saat dirumah O: posisikan pasien semi fowler dan mengatur napas secara perlahan																				
		16.45	2.4 Berikan oksigen, jika perlu S: ibu pasien mengatakan anak sempat sesak saat dirumah O: terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm																				
		17.00	2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> S: ibu pasien mengatakan asupan cairan/air putih yang diminum pasien hanya sedikit O: edukasi pentingnya memenuhi asupan cairan bagi tubuh																				
		20.00	EVALUASI S: ibu pasien mengatakan pasien sudah lebih baik dan nafasnya nya sudah lebih teratur O: 1. Sesak berkurang 2. Tidak ada cuping hidung 3. TD 110/60,																				

			<p>N 115x/menit</p> <p>RR 22x/menit</p> <p>SPO2 99%</p> <p>4. O2 dilepas</p> <p>A: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya nafas sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan karena pasien pulang</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dispnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>pernapasan cuping hidung</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kedalaman napas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	dispnea	2	5	5	pernapasan cuping hidung	2	5	5	frekuensi napas	2	5	5	kedalaman napas	2	5	5	
keterangan	Pre	Post	Target																					
dispnea	2	5	5																					
pernapasan cuping hidung	2	5	5																					
frekuensi napas	2	5	5																					
kedalaman napas	2	5	5																					
	Risiko hypovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan	16.05	3.1 identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S: ibu pasien mengatakan siap menerima informasi O: menanyakan kesediaan menerima informasi yang akan disampaikan																					
		16.10	3.2 sediakan materi Pendidikan Kesehatan S: ibu pasien mengatakan siap menerima informasi O: menyediakan materi penkes																					
		16.11	3.3 jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan S: ibu pasien mengatakan siap menerima informasi O: kontrak waktu untuk memberikan penkes																					
		16.45	3.4 anjurkan cara memberikan kompres hangat S: ibu pasien mengatakan sudah mengetahui pemberian kompres hangat pada pasien O: menganjurkan untuk rutin mengganti kompres selama pasien masih demam																					
			3.5 anjurkan menggunakan pakaian yang menyerap keringat																					

		16.50	<p>S: ibu pasien mengatakan pasien saat dirumah sudah menggunakan baju longgar dan menyerap keringat</p> <p>O: menganjurkan untuk mengganti baju pasien ketika baju sudah basah karena keringat</p>																
		20.00	<p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan sudah mengganti baju pasien karena basah/lembab dan pasien sudah mulai banyak berbicara daripada sebelumnya</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan lelah berkurang 2. frekuensi napas 22x/menit 3. TD 110/60, N 115x/menit RR 22x/menit SPO2 99% 4. GCS: E4 V5 M6= 15 <p>A: Risiko hypovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan Sebagian teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan karena pasien pulang</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Targ et</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kekuatan nadi</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pengisian Vena</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Targ et	kekuatan nadi	2	4	5	Turgor kulit	2	5	5	Pengisian Vena	2	4	5
keterangan	Pre	Post	Targ et																
kekuatan nadi	2	4	5																
Turgor kulit	2	5	5																
Pengisian Vena	2	4	5																

B. Kasus 2 (Intervensi)

1. Pengkajian

a. Identitas

An. S umur 5 tahun dengan No. MR 030521** jenis kelamin Perempuan yang dikaji pada tanggal 19 desember 2023 jam 15.00 dengan berat badan 29 kg, beragama Islam. Alamat rumah berada di Jl. Ahmad Dahlan bersama Orang tua.

b. Data khusus

1) Subjektif

a) Keluhan utama

Ibu pasien mengatakan pasien demam sudah 2 hari, sempat diberikan obat penurun panas dan demam pasien naik turun, nafsu makan berkurang dan pasien batuk kering dan sempat muntah 1x

b) Keluhan saat pengkajian

Ibu pasien mengatakan anak masih demam saat ini, pasien mengatakan ingin muntah, sesak nafas, belum ada makan makanan berat sejak pagi tadi. Pasien tidak ada alergi terhadap obat ataupun makanan. Sebelum ke RS ibu pasien mengatakan anak diberikan byebye fever dan sanmol sirup. terakhir makan tadi malam. Ibu pasien mengatakan anak selalu mengantuk, badan pasien terasa hangat, setelah 2 hari demam pasien naik turun ibu pasien memutuskan untuk membawa pasien ke IGD.

c) Riwayat Kesehatan masa lalu

Tidak ada

d) Riwayat Kesehatan keluarga

Keluarga tidak memiliki Riwayat sakit Asma, HT, jantung, paru dan lain sebagainya.

2) Objektif

a) *Airway*

Pasien mengatakan sedikit sesak.

b) *Breathing*

RR = 21x/menit, tidak terdapat sianosis, SPO₂ = 92%

Terpasang O₂ 4 lpm, dengan nasal kanul, terdapat retraksi dinding dada

c) *Circulation*

TD = 95/60 mmHg, Nadi = 118x/menit, RR = 21x/menit, T = 38,5 C, MAP = 72 mmHg

d) Disability

Kesadaran compos mentis dengan GCS: E4 V5 M6 = 15

e) Exposure

Kulit tampak kemerahan, turgor kulit <2 detik dan tidak terdapat nyeri pada area tubuh

f) Fluid

Pasien terakhir makan nasi malam, setelah itu pasien tidak ada makan lagi selain roti dan di bawa ke IGD. Porsi makan tidak habis saat makan terakhir. Setelah masuk di IGD dan pasien diberikan resep obat oleh dokter.

Terapi cairan : pasien mendapatkan terapi cairan RL 10 tpm tangan sebelah kanan

Terapi obat : pasien mendapatkan terapi obat PCT 1x10 mg dan Ondansetron 1x1 mg

3) Head to Toe Assessment

a) Kepala

Rambut berwarna hitam, bentuk wajah bulat, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis dan berwarna merah muda, terdapat respon pada pupil, tidak terdapat stomatitis pada mulut, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada perdarahan pada mulut, mulut berfungsi dengan baik, tidak ada perdarahan pada hidung dan dapat berfungsi dengan normal, telinga tidak terdapat perdarahan dan dapat berfungsi dengan baik.

b) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan jugularis

c) Dada

(1) Paru-paru

Inspeksi: terdapat pergerakan dinding dada, palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, perkusi: pekak, auskultasi: vesikuler

(2) Jantung

Inspeksi: ictus cordis nampak, palpasi: ictus cordis

teraba, perkusi: pekak, auskultasi: bunyi jantung I “Lup” bunyi jantung II “Dup”, tidak ada suara jantung tambahan.

d) Abdomen

Inspeksi : tidak terdapat asites, auskultasi : tidak terdapat nyeri tekan, palpasi : 9x/menit, perkusi : pekak

e) Ekstremitas

Akral teraba hangat, turgor kulit baik, tidak terdapat pitting edema, CRT <2 detik dengan kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan 4 dan kiri 5, sedangkan kekuatan otot ekstremitas bawah sebelah kanan 5 dan kiri 5.

f) Eliminasi

Pasien hari ini belum ada BAB dan BAK 1 kali berwarna kuning pucat

c. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 5 Hasil Laboratorium Kasus II

No. MR : 03060***	Tgl. Permintaan : 19/12/2023
Nama : An. S	Dr. Pengirim : Effy Setyadi Dr.
TL : 08/05/2018	Keterangan Klinis : ^{TFA}
No. Reg : 1332J18****	
Unit Pengiriman : UGD	

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	12,7	gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
Hematokrit	38	Vol %	P 40-48 – W 37-43
Leukosit	5.500	/mm ³	5.000-10.000
Granulosit	50	%	50-70
Limfosit	12,0	%	20-40
Monosit	14,8	%	2-8
Thrombosis	255.000	/mm ³	150.000-450.000
Glukosa Sewaktu	62	mg/dl	60-150
Na ⁺	134	mmol/L	135-155
K ⁺	3,9	mmol/L	3,4-5,3
Cl ⁻	98	mmol/L	98-106
HBSAG	Negatif		

d. Terapi medis

- PCT 1x10 ml (IV)
- Ringer Laktat 10tpm
- Ondancetron 1x1 mg

2. Analisis data

Tabel 3. 6 Analisa Data Kasus 2

DATA	PENYEBAB	MASALAH
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari 2. ibu pasien mengatakan selalu menggunakan pakaian yang longgar pada pasien <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh pasien 38,5 C 2. Pasien tampak lemas 3. Akral hangat 4. wajah merah 5. TD 95/60 mmHg Nadi 118x/menit 	<p>Proses Infeksi</p> <p>↓</p> <p>Merangsang hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Pengaturan suhu tubuh terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penaikan suhu tubuh</p>	Hipertermia
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan merasa sesak 2. ibu pasien mengatakan pasien batuk kering 3. ibu pasien mengatakan pasien minum sangat sedikit <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SPO2 92% 2. RR 21x/menit 3. pola nafas abnormal 4. fase ekspirasi memanjang 	<p>Depresi pusat pernapasan</p> <p>↓</p> <p>hambatan upaya napas</p> <p>↓</p> <p>deformitas dinding dada</p> <p>↓</p> <p>gangguan neurologis</p> <p>↓</p> <p>kerusakan investasi diafragma</p>	Pola napas tidak efektif
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pasien mengatakan mual saat ingin makan 2. pasien mengatakan ingin muntah 3. pasien muntah 1x saat dirumah 4. tidak ada nafsu untuk makan 	<p>Aktivitas lambung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Asam lambung meningkat</p> <p>↓</p>	Nausea

<p>5. ibu pasien mengatakan anak terakhir makan tadi malam dan tidak habis</p> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pucat pada bibir 2. lemas 3. putih pada lidah 4. TD 95/60 mmHg 5. N 118x/menit 	<p>Kontraksi otot lambung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Mual</p>	
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu pasien mengatakan pasien terakhir makan nasi tadi malam 2. Ibu pasien mengatakan timbangan anak terakhir sebelum sakit sekitar 30 kg <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB saat ini 29 kg 2. TB 121 cm 3. Makanan tidak habis 4. lemas 	<p>Energi menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Berat badan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kebutuhan metabolisme meningkat</p>	<p>Risiko defisit nutrisi</p>

3. Intervensi keperawatan

Tabel 3. 7 Intervensi Kasus II

NO.	SDKI	SLKI	SIKI
1	<p>Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit</p>	<p>Termogulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan termoregulasi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah dari skala 4 ke 1 2. Takikardi dari skala 4 ke 1 <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) menurun (2) cukup menurun (3) sedang (4) cukup meningkat (5) meningkat 	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi penyebab hipertermi 1.2 monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian 1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres <i>Aloe vera</i> pada area dahi, aksila,

		<p>3. suhu tubuh dari skala 1 ke 5</p> <p>4. suhu kulit dari skala 1 ke 5 ket:</p> <p>(1) memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik</p>	<p>leher dan area selangkangan.</p> <p>Edukasi</p> <p>1.5 anjurkan tirah baring</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian <i>Paracetamol</i>.</p>
2	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas	<p>Pola Napas</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Pola Nafas pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. dispnea dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) meningkat (2) cukup peningkat (3) sedang (4) cukup menurun (5) menurun</p> <p>2. frekuensi napas dari skala 2 ke 5</p> <p>3. kedalaman napas dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik</p>	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Monitor pola napas 2.2 Monitor bunyi napas</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.3 Posisikan semo fowler atau fowler 2.4 Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i></p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.6 kolaborasi pemberian analgetic, <i>jika perlu</i>.</p>
3	Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak	<p>Tingkat Nausea</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Tingkat nausea pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Nafsu makan dari skala 2 ke 5 ket:</p>	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 identifikasi dampak mual (mis. Aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) 3.2 identifikasi faktor penyebab mual</p>

		<p>(1) menurun (2) cukup menurun (3) sedang (4) cukup meningkat (5) meningkat</p> <p>2. keluhan mual dari skala 2 ke 5</p> <p>3. perasaan ingin muntah dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) meningkat (2) cukup peningkat (3) sedang (4) cukup menurun (5) menurun</p> <p>4. pucat dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik</p>	<p>(mis. Pengobatan dan prosedur)</p> <p>3.3 monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan Tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>3.6 ajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk meredakan mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur)</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.7 kolaborasi pemberian <i>antiemetic</i>, jika perlu</p>
4	Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan faktor fisiologis	<p>Status Nutrisi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Status Nutrisi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. porsi makan yang dihabiskan dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) menurun (2) cukup menurun (3) sedang (4) cukup meningkat (5) meningkat</p> <p>2. Frekuensi makan dari skala 2 ke 5</p> <p>3. Nafsu makan dari skala 2 ke 5 Ket:</p>	<p>Manajemen gangguan makan</p> <p>Observasi</p> <p>4.1 monitor asupan dan keluarnya makanan dan carian serta kebutuhan kalori</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.2 timbang berat badan secara rutin</p> <p>4.3 perencanaan program pengobatan untuk perawatan di rumah</p> <p>Edukasi</p> <p>4.4 ajarkan keterampilan koping untuk menyelesaikan</p>

		(1) Memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik	masalah perilaku makan Kolaborasi 4.5 kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan.
--	--	--	---

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

WAKTU	DIAGNOSIS	JAM	IMPLEMENTASI DAN EVALUASI	PARAF
Selasa, 19/12/2023	Hipertermi	15.40	1.1 identifikasi penyebab hipertermi S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari. O: pasien tampak lemas, akral hangat, wajah memerah, dan suhu kulit hangat	
		15.40	1.2 identifikasi penyebab hipertermi S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari O: suhu tubuh 38,5 C	
		15.45	1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian S: ibu pasien mengatakan selalu menggunakan pakaian yang longgar pada pasien O: pasien menggunakan pakaian longgar dan diberikan selimut	
		17.00	1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres Aloe vera pada area dahi, aksila, leher dan area selangkangan S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari O: memberikan kompres Aloe vera 1x20 menit pada area lipatan tubuh (dahi, aksila, area selangkangan dan leher) sebelum diberikan PCT	
			1.5 anjurkan tirah baring	

		17.20	<p>S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari</p> <p>O: mengedukasi keluarga pasien untuk menerapkan tirah baring sementara kepada pasien</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena dan <i>Paracetamol, jika perlu.</i></p> <p>S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari</p> <p>O:</p>																					
		15.10 17.30	<ol style="list-style-type: none"> 1. memasang surflo ukuran 24 pada tangan sebelah kanan 2. memberikan cairan RL 10 tpm pada pasien melalui IV 3. pemberian pct 110 ml (IV) <p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien sudah turun walau tidak signifikan, akral dan suhu kulit pasien masih teraba hangat dan warna kulit sudah tidak semerah waktu awal masuk IGD</p> <p>O:</p>																					
		20.00	<ol style="list-style-type: none"> 1. memerah pada wajah dan warna kulit berkurang 2. TD 110/70 N 124x/menit SPO2 99% RR 24x/menit 3. Suhu tubuh 37,5 C <p>A: Hipotermia berhubungan dengan proses penyakit sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>takikardi</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	target	Kulit merah	4	2	1	takikardi	4	1	1	Suhu tubuh	1	4	5	Suhu kulit	1	4	5	
keterangan	Pre	Post	target																					
Kulit merah	4	2	1																					
takikardi	4	1	1																					
Suhu tubuh	1	4	5																					
Suhu kulit	1	4	5																					
	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan	16.00	<p>2.1 Monitor pola napas</p> <p>S: pasien mengatakan merasa sesak</p>																					

	hambatan upaya napas		<p>O: tanpa O₂, SPO₂ 92%, RR 19x/menit</p> <p>16.15 2.2 Monitor bunyi napas S: pasien mengatakan merasa sesak</p> <p>O: suara napas vesikuler</p> <p>16.30 2.3 Posisikan semi fowler atau fowler S: pasien mengatakan merasa sesak</p> <p>O: posisikan pasien semi fowler dan mengatur napas secara perlahan</p> <p>16.45 2.4 Berikan oksigen, jika perlu S: ibu pasien mengatakan anak ada batuk</p> <p>O: terpasang oksigen nasal kanul 4 lpm</p> <p>2.5 Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> S: ibu pasien mengatakan pasien minum sangat sedikit</p> <p>O: edukasi pentingnya memenuhi asupan cairan bagi tubuh</p> <p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan pasien sudah lebih stabil dari sebelumnya</p> <p>20.00 O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesak berkurang 2. Tidak ada cuping hidung 3. SPO₂ 99% RR 24x/menit <p>TD 110/70</p> <p>N 124x/menit</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. O₂ dilepas <p>A: Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya napas teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <table border="1" data-bbox="778 1711 1219 1980"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dispnea</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>kedalaman napas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	dispnea	2	5	5	frekuensi napas	2	5	5	kedalaman napas	2	5	5	
keterangan	Pre	Post	Target																	
dispnea	2	5	5																	
frekuensi napas	2	5	5																	
kedalaman napas	2	5	5																	

	Nausea	16.05	3.1 identifikasi dampak mual (mis. Aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) S: pasien mengatakan ingin muntah saat ingin makan O: pucat pada bibir	
		16.10	3.2 identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) S: pasien mengatakan ingin muntah saat mencium aroma makanan O: aroma makanan adalah faktor utama pasien merasa ingin muntah	
		16.11	3.3 monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan Tingkat keparahan) S: pasien muntah 1x saat dirumah O: putih pada lidah	
		16.45	3.4 berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik S: ibu pasien mengatakan pasien makan dalam jumlah sangat sedikit O: anjurkan untuk makan sedikit demi sedikit tetapi sering	
		16.50	3.6 ajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk meredakan mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur) S: pasien muntah 1x saat dirumah O: anjurkan untuk merelaksasikan diri dan memposisikan tidur senyaman mungkin	
		17.05	3.7 kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu S: pasien muntah 1x saat dirumah O: pemberian Ondansetron untuk mengurangi rasa mual EVALUASI S: ibu pasien mengatakan pasien sudah tidak ada lagi perasaan untuk muntah dan sudah diberikan makan sedikit demi sedikit O: 1. keluhan lelah berkurang 2. frekuensi napas 24x/menit 3. tidak ada muntah 4. rasa mual berkurang 5. TD 100/70	

		20.00	<p>N 124x/menit</p> <p>RR 24x/menit</p> <p>SPO2 99%</p> <p>6. GCS: E4 V5 M6= 15</p> <p>A: Nausea Sebagian teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pulang</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan mual</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>pucat</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	Nafsu makan	2	3	5	Keluhan mual	2	4	5	Perasaan ingin muntah	2	4	5	pucat	2	4	5	
keterangan	Pre	Post	Target																					
Nafsu makan	2	3	5																					
Keluhan mual	2	4	5																					
Perasaan ingin muntah	2	4	5																					
pucat	2	4	5																					
	Risiko defisit nutrisi	<p>16.00</p> <p>15.50</p> <p>16.15</p> <p>20.00</p>	<p>4.1 monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori</p> <p>S: ibu pasien mengatakan pasien terakhir makan nasi tadi malam</p> <p>O: pasien tampak lemas</p> <p>4.2 timbang berat badan secara rutin</p> <p>S: ibu pasien mengatakan terakhir timbang pada saat di triase saat masuk di IGD</p> <p>O: BB sebelum sakit 30 kg dan BB sekarang 29 kg, TB 121 cm</p> <p>4.4 ajarkan keterampilan koping untuk menyelesaikan masalah perilaku makan</p> <p>S: ibu pasien mengatakan pasien tidak mau makan karena sedang sakit saja dan pasien termasuk anak yang tidak memilih-milih makanan</p> <p>O: makanan tidak dihabiskan</p> <p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan anak anak sudah makan jam 19.00 tadi, di habiskan setengah porsi oleh pasien</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> BB 29 kg S: 37,5 C TD 100/70 <p>N 124x/menit</p>																					

			RR 24x/menit SPO2 99%													
			3. Porsi makan masih ½ 4. Tidak ada muntah 5. lemas													
			A: Risiko defisit nutrisi belum teratasi P: Intervensi dihentikan pasien pulang													
			<table border="1"> <tr> <td>Porsi makan yang dihabiskan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table>	Porsi makan yang dihabiskan	2	3	5	Frekuensi makan	2	3	5	Nafsu makan	2	3	5	
Porsi makan yang dihabiskan	2	3	5													
Frekuensi makan	2	3	5													
Nafsu makan	2	3	5													

C. Kasus 3 (Pasien kontrol)

1. Pengkajian

a. Identitas

An. H umur 7 tahun dengan No. MR 12178**** jenis kelamin laki-laki yang dikaji pada tanggal 27 Desember 2023 jam 16.00 dengan berat badan 32 kg, beragama Islam, alamat rumah berada di Loa Ipuh dan tinggal bersama Orang tua.

b. Data khusus

1) Subjektif

a) Keluhan utama

Demam 2 hari, lemas dan rewel saat malam, tidak ada sesak, batuk dan flu, muntah 1x saat dirumah, berkeringat malam hari saat tidur

b) Keluhan saat pengkajian

Badan hangat, akral dingin, lemas, pasien tidak ada alergi terhadap makanan ataupun obat, suhu 38,8 C

c) Riwayat Kesehatan masa lalu

Pernah di rawat di RS juga karena demam tinggi tahun lalu

d) Riwayat Kesehatan keluarga

Tidak ada

2) Objektif

a) *Airway*

Pasien tidak ada batuk dan tidak terdapat suara tambahan, tidak ada gangguan jalan napas

b) *Breathing*

RR = 23x/menit, tidak terdapat sianosis, SPO2 = 97%
Tidak terpasang O2, terdapat retraksi dinding dada.

c) *Circulation*

TD = 110/70 mmHg , nadi = 100x/menit, RR = 23x/menit,
T = 38,3 C, MAP = 83 mmHg

d) *Disability*

Kesadaran compos mentis dengan GCS: E4 V5 M6 = 15

e) *Exposure*

Kulit tampak kemerahan, turgor kulit <2 detik dan tidak terdapat nyeri pada area tubuh

f) *Fluid*

Pasien terakhir makan jam 12.30 tadi, minum hanya sedikit.
Porsi makan terakhir tidak habis.

Terapi cairan : pasien mendapatkan terapi cairan Nacl 20 tpm tangan sebelah kiri

Terapi obat : pasien mendapatkan terapi obat
Paracetamol 20cc/6 jam, inj. Cefotaxime 500mg

3) Head to Toe Assessment

a) *Kepala*

Rambut berwarna hitam, bentuk wajah bulat, pupil isokor, konjungtiva anemis, terdapat respon pada pupil, tidak terdapat stomatitis pada mulut, gigi lengkap, lidah bersih, tidak ada perdarahan pada mulut, mulut berfungsi dengan baik, tidak ada perdarahan pada hidung dan dapat berfungsi dengan normal, telinga tidak terdapat perdarahan dan dapat berfungsi dengan baik

b) Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan getah bening

c) Dada

(1) Paru-paru

Inspeksi: terdapat pergerakan dinding dada, Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, Perkusi: pekak; Auskultasi: vesikuler

(2) Jantung

Inspeksi: ictus cordis nampak, palpasi: ictus cordis teraba, perkusi: pekak, auskultasi: bunyi jantung I “Lup” bunyi jantung II “Dup”, tidak ada suara jantung tambahan.

d) Abdomen

Inspeksi: tidak terdapat asites, auskultasi : tidak terdapat nyeri tekan, palpasi : 6x/menit, perkusi : pekak

e) Ekstremitas

Akral teraba hangat, turgor kulit baik, tidak terdapat pitting edema, CRT <2 detik dengan kekuatan otot ekstremitas atas sebelah kanan 5 dan kiri 4, sedangkan kekuatan otot ekstremitas bawah sebelah kanan 5 dan kiri 5.

f) Eliminasi

Pasien hari ini BAB 1 kali dengan konsistensi agak lunak berwarna kuning dan BAK 3 kali berwarna kuning pucat

c. Pemeriksaan penunjang

Tidak ada pemeriksaan penunjang

d. Terapi medis

1. Cairan infus Nacl 20 tpm
2. PCT 20cc/6 jam
3. Cefotaxime 1x500mg

2. Analisis data

Tabel 3. 8 Analisa data kasus 3

DATA	PENYEBAB	MASALAH
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> ibu pasien mengatakan demam pasien sudah 2 hari dan pasien sedikit rewel ibu pasien mengatakan selalu menggunakan pakaian yang longgar pada pasien <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> Suhu tubuh pasien 38,5 C Pasien tampak lemas Akral hangat wajah merah TD 95/60 mmHg Nadi 118x/menit 	<p>Proses Infeksi</p> <p>↓</p> <p>Merangsang hipotalamus</p> <p>↓</p> <p>Pengaturan suhu tubuh terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penaikan suhu tubuh</p>	Hipertermia
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari dan sedikit rewel ibu pasien mengatakan saat tubuh pasien mulai berkeringat pasien pasti terbangun ibu pasien mengatakan pola tidur pasien berubah <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> konjungtiva anemis TD 110/70 mmHg N 100x/menit RR 23x/menit Lemas 	<p>Hambatan lingkungan</p> <p>↓</p> <p>Berkeringat</p> <p>↓</p> <p>Baju basah</p> <p>↓</p> <p>Kualitas dan kuantitas tidur menurun</p>	Gangguan pola tidur
<p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> pasien muntah 1x saat berada dirumah nafsu makan berkurang ibu pasien mengatakan anak terakhir makan tadi siang dan habis hanya ½ porsi <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> pucat pada bibir lemas TD 100/70 mmHg N 100x/menit 	<p>Aktivitas lambung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Asam lambung meningkat</p> <p>↓</p> <p>Kontraksi otot lambung</p> <p>↓</p> <p>Mual</p>	Nausea

3. Intervensi keperawatan

Tabel 3. 9 Intervensi kasus 3

NO.	SDKI	SLKI	SIKI
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	<p>Termogulasi</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan termoregulasi pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah dari skala 4 ke 1 2. Takikardi dari skala 4 ke 1 <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) menurun (2) cukup menurun (3) sedang (4) cukup meningkat (5) meningkat <ol style="list-style-type: none"> 3. suhu tubuh dari skala 1 ke 5 4. suhu kulit dari skala 1 ke 5 <p>ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 identifikasi penyebab hipertermi 1.2 monitor suhu tubuh <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian 1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres <i>Aloevera</i> pada area dahi, aksila, leher dan area selangkangan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5 anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.6 kolaborasi pemberian <i>Paracetamol</i>.
2	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	<p>Pola Tidur</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Pola Tidur dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan sulit tidur dari skala 2 ke 5 	<p>Dukungan Tidur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur <p><i>Terapeutik</i></p>

		<p>2. Keluhan pola tidur berubah dari skala 2 ke 5</p> <p>Keterangan:</p> <p>(1) menurun</p> <p>(2) cukup menurun</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup meningkat</p> <p>(5) meningkat</p>	<p>2.3 Modifikasi lingkungan</p> <p>2.4 Batasi waktu tidur siang</p> <p>2.5 Fasilitasi hilangkan stress sebelum tidur</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>2.6 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</p> <p><i>Kolaborasi</i></p> <p>2.7 Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</p>
3	Nausea berhubungan dengan rasa makanan/minuman yang tidak enak	<p>Tingkat Nausea</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan Tingkat nausea pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>1. Nafsu makan dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) menurun</p> <p>(2) cukup menurun</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup meningkat</p> <p>(5) meningkat</p> <p>2. keluhan mual dari skala 2 ke 5</p> <p>3. perasaan ingin muntah dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) meningkat</p> <p>(2) cukup peningkat</p> <p>(3) sedang</p> <p>(4) cukup menurun</p> <p>(5) menurun</p>	<p>Manajemen Mual</p> <p>Observasi</p> <p>3.1 identifikasi dampak mual (mis. Aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</p> <p>3.2 identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur)</p> <p>3.3 monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan Tingkat keparahan)</p> <p>Terapeutik</p> <p>3.4 berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</p> <p>Edukasi</p> <p>3.5 anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</p> <p>3.6 ajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk meredakan mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur)</p>

		<p>4. pucat dari skala 2 ke 5 ket:</p> <p>(1) memburuk (2) cukup memburuk (3) sedang (4) cukup membaik (5) membaik</p>	<p>Kolaborasi</p> <p>3.7 kolaborasi pemberian <i>antiemetic</i>, <i>jika perlu</i></p>
--	--	--	--

4. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi dan Evaluasi kasus 3

WAKTU	DIAGNOSIS	JAM	IMPLEMENTASI DAN EVALUASI	PARAF
Selasa, 19/12/2023	Hipertermi	17.00	<p>1.1 identifikasi penyebab hipertermi S: ibu pasien mengatakan demam pasien sudah 2 hari dan pasien sedikit rewel</p> <p>O: pasien tampak lemas, akral hangat, wajah memerah, dan suhu kulit hangat</p>	
		17.05	<p>1.2 identifikasi penyebab hipertermi S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari</p> <p>O: suhu tubuh 38,5 C</p>	
		17.10	<p>1.3 longgarkan atau lepaskan pakaian S: ibu pasien mengatakan selalu menggunakan pakaian yang longgar pada pasien</p> <p>O: pasien menggunakan pakaian longgar dan diberikan selimut</p>	
		17.20	<p>1.4 lakukan pendinginan eksternal menggunakan kompres <i>Aloevera</i> pada area dahi, aksila, leher dan area selangkangan S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari</p> <p>O: memberikan kompres <i>Aloevera</i> 1x20 menit pada area lipatan tubuh (dahi, aksila, area</p>	

		18.00	<p>selangkangan dan leher) sebelum diberikan PCT</p> <p>1.5 anjurkan tirah baring S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun sudah 2 hari</p> <p>O: mengedukasi keluarga pasien untuk menerapkan tirah baring sementara kepada pasien</p> <p>1.6 kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena dan <i>Paracetamol</i>. S: ibu pasien mengatakan demam pasien naik turun</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memasang surflo ukuran 24 pada tangan sebelah kanan 2. memberikan cairan RL 10 tpm pada pasien melalui IV 3. pemberian pct 110 ml (IV) <p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien sudah turun walau tidak signifikan, akral dan suhu kulit pasien masih teraba hangat dan warna kulit sudah tidak semerah waktu awal masuk IGD</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memerah pada wajah dan warna kulit berkurang 2. TD 110/70 N 100x/menit SPO2 98% RR 23x/menit 3. Suhu tubuh 36,5 C <p>A: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit sebagian teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pindah ruang Enggang 2</p>																					
		20.00	<table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kulit merah</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>takikardi</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Suhu tubuh</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	Kulit merah	4	2	1	takikardi	4	1	1	Suhu tubuh	1	4	5	Suhu kulit	1	4	5	
keterangan	Pre	Post	Target																					
Kulit merah	4	2	1																					
takikardi	4	1	1																					
Suhu tubuh	1	4	5																					
Suhu kulit	1	4	5																					

Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan	17.00	2.1 Identifikasi pola aktivitas dan tidur S: ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari dan sedikit rewel O: lemas
	17.05	2.2 Identifikasi faktor pengganggu tidur S: ibu pasien mengatakan saat tubuh pasien mulai berkeringat pasien pasti terbangun O: konjungtiva anemis
	17.25	2.3 Modifikasi lingkungan S: ibu pasien mengatakan saat tubuh pasien mulai berkeringat pasien pasti terbangun O: TD 100/70 mmHg, N 100x/menit, RR 23x/menit
	17.30	2.4 Batasi waktu tidur siang S: ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari dan sedikit rewel O: anjurkan mengurangi tidur siang agar saat malam hari tidur lebih maksimal
	18.20	2.5 Fasilitasi hilangkan stress sebelum tidur S: ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari dan sedikit rewel O: merelaksasikan pasien dengan memposisikan pasien dengan nyaman dan tarik napas dalam sebelum tidur
	18.25	2.6 Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit S: ibu pasien mengatakan anak sering terbangun saat malam hari dan sedikit rewel O: menjelaskan kebutuhan tidur cukup bagi tubuh
	20.00	EVALUASI S: ibu pasien mengatakan pasien sudah merasa lebih baik dari sebelumnya O: 1. Konjungtiva pink pucat 2. Keluhan tidur terganggu berkurang

			<p>3. TD 110/70 mmHg N 100x/menit</p> <p>RR 23x/menit</p> <p>SPO2 98%</p> <p>A: Gangguan pola tidur belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruang Enggang 2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Keluhan sulit tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan pola tidur berubah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	Keluhan sulit tidur	2	3	5	Keluhan pola tidur berubah	2	3	5	
keterangan	Pre	Post	Target													
Keluhan sulit tidur	2	3	5													
Keluhan pola tidur berubah	2	3	5													
Nausea	17.25	3.1 identifikasi dampak mual (mis. Aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur) S: pasien sempat muntah 1 kali dirumah O: pucat pada bibir	17.28	3.2 identifikasi faktor penyebab mual (mis. Pengobatan dan prosedur) S: ibu pasien mengatakan anak terakhir makan tadi siang dan habis hanya ½ porsi O: tidak ada nafsu makan	17.30	3.3 monitor mual (mis. Frekuensi, durasi, dan Tingkat keparahan) S: pasien muntah 1x saat dirumah O: obs. Mual muntah	18.30	3.4 berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik S: ibu pasien mengatakan anak terakhir makan tadi siang dan habis hanya ½ porsi O: anjurkan untuk makan sedikit demi sedikit tetapi sering	18.45	3.6 ajarkan penggunaan teknik non farmakologi untuk meredakan mual (mis. Biofeedback, hypnosis, relaksasi, terapi music, akupresur) S: pasien muntah 1x saat dirumah O: anjurkan untuk merelaksasikan diri dan memposisikan tidur nyaman mungkin						

		15.30	<p>3.7 kolaborasi pemberian antiemetic, jika perlu S: pasien muntah 1x saat dirumah O: pemberian antibiotik Ceftriaxone</p>																					
		20.00	<p>EVALUASI</p> <p>S: ibu pasien mengatakan tidak ada perasaan mual pada pasien selama di IGD dan sudah diberikan makan sedikit demi sedikit</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluhan lelah berkurang 2. frekuensi napas 23x/menit 3. tidak ada muntah 4. rasa mual berkurang 5. TD 100/70 N 100x/menit RR 23x/menit SPO2 98% 6. GCS: E4 V5 M6= 15 <p>A: Nausea Sebagian teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan pasien pindah ke ruangan Enggang 2</p>																					
			<table border="1"> <thead> <tr> <th>keterangan</th> <th>Pre</th> <th>Post</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan mual</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Perasaan ingin muntah</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>pucat</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	keterangan	Pre	Post	Target	Nafsu makan	2	3	5	Keluhan mual	2	4	5	Perasaan ingin muntah	2	4	5	pucat	2	4	5	
keterangan	Pre	Post	Target																					
Nafsu makan	2	3	5																					
Keluhan mual	2	4	5																					
Perasaan ingin muntah	2	4	5																					
pucat	2	4	5																					