

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis tanggal 16 bulan Januari 2020 pukul 07.30 di ruang Amarilis RSUD Ungaran dengan metode *Allowanamnesa* dan *Autoanamnesa*.

a. Identitas Klien

Nama	: An.A
Tempat/Tanggal Lahir	: Semarang, 22 Agustus 2015
Usia	: 4 Tahun 5 Bulan
Pendidikan	: Belum Sekolah
Alamat	: Kalisidi
Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: Kejang Demam Simpleks
Tanggal Masuk	: 15 Januari 2020
Nama Ayah dan Ibu	: Tn.Y dan Ny.F
Pekerjaan Ayah	: Swasta
Pekerjaan Ibu	: Ibu Rumah Tangga
Pendidikan Ayah	: SMP
Pendidikan Ibu	: SMP
Agama	: Islam
Suku atau Bangsa	: Jawa atau Indonesia
Alamat	: Kalisidi

b. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 4 hari, kejang selama ± 5 menit, batuk pilek.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan dirumah anaknya sudah demam selama 4 hari, batuk pilek selama 5 hari sudah dipriksakan ke bidan desa tetapi tidak sembuh-sembuh dan demamnya semakin meningkat, pada hari rabu pagi pasien mengalami kejang selamat ± 5 menit sehingga langsung dibawa ke IGD RSUD Ungaran pada hari rabu tanggal 15 januari 2020 pukul 09.00 WIB. Di IGD pasien mendapatkan terapi injeksi ceftriaxone 500 mg, ondansetron 0,7 mg, OBH syrup 5 ml, parasetamol 7,5 ml. Pasien saat ini mengalami demam tinggi yaitu S: 38,3°C. Pasien juga mengalami batuk berdahak tetapi dahaknya susah untuk dikeluarkan. Kulit pasien tampak kemerahan dan teraba hangat.

d. Riwayat Masa Lampau

1) Prenatal

Ibu pasien mengatakan pada saat hamil An. A tidak mengalami keluhan saat hamil. *Antenatal Care* atau pemeriksaan kehamilan An.A dilakukan di bidan desa terdekat. An. A lahir dengan umur kehamilan 42 minggu, selama hamil ibu pasien tidak mengkonsumsi jamu atau minuman herbal lainnya. Ibu pasien hanya mengkonsumsi obat Fe dan vitamin dari bidan.

2) Natal

Pasien lahir secara spontan dirumah bersalin.

3) Post natal

Ibu pasien mengatakan pasien dilahirkan dalam keadaan sehat berat badan lahir 2400 gram, panjang badan lahir 50 cm tidak terdapat kelainan konginental.

4) Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan anaknya sering demam pasien hanya berobat di bidan tidak dibawa ke Rumah Sakit.

5) Pernah dirawat di Rumah Sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien baru pertama kali masuk ke Rumah Sakit.

6) Obat-obatan yang digunakan

Ibu pasien mengatakan jika anaknya panas diberi obat parasetamol yang selalu tersedia dirumah.

7) Alergi

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki riwayat alergi obat, makanan, minuman, binatang dan lain sebagainya.

8) Kecelakaan

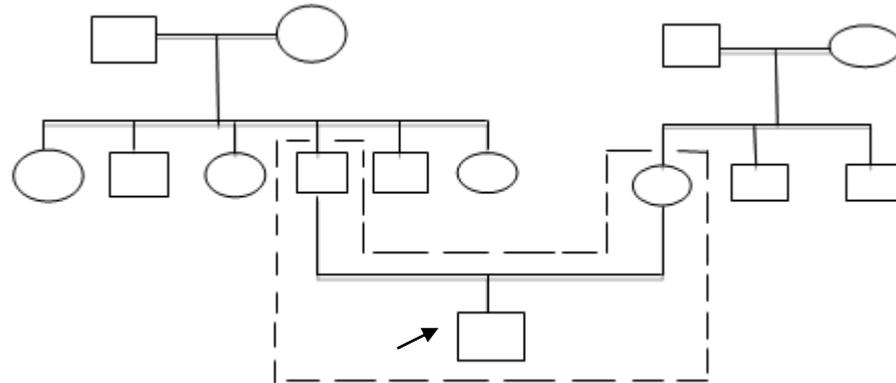
Keluarga mengatakan pasien tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.

9) Imunisasi

- a) Hepatitis B 1 kali usia 0-7 hari, tidak menimbulkan reaksi
- b) BCG 1 kali usia 1 bulan, reaksi demam 2 hari setelah imunisasi
- c) Polio 4 kali usia 1,2,3 dan 4 bulan, tidak ada reaksi
- d) DPT 3 kali usia 9 bulan tidak ada reaksi

e. Riwayat Keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit seperti penyakit diabetes, jantung, hipertensi dan penyakit menular misalnya TBC, hepatitis dan HIV-AIDS



Bagan 3.1 Genogram

Keterangan :

- : laki-laki
- : perempuan
- ↗ : pasien
- — — : tinggal satu rumah
- ┌ — — —┐ : garis perkawinan
- ┌ — — —┐ : garis keturunan

f. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan An. A tinggal bersama ibu dan ayahnya. Sejak kecil An. A diasuh sendiri oleh ibunya karena ibunya sebagai ibu rumah tangga. An. A sifatnya periang dan memiliki kebiasaan menghisap jari tengah, jari manis dan selalu membawa bantal guling kemana-mana.

g. Keadaan saat ini

- 1) Diagnosa medis : Kejang Demam Simplek
- 2) Tindakan operasi : tidak ada
- 3) Obat-obatan : ada tanggal 16 Januari 2020
 - a) Injeksi ceftriaxone 500 mg per12 jam
 - b) Injeksi ondansentrone 0,7 mg per 12 jam
 - c) OBH syrup 3 kali 5 ml per oral
 - d) Parasetamol syrup 3 kali 7,5 ml per oral
 - e) Infuse asering 15 tetes per menit
- 4) Tindakan keperawatan
Tanggal 16 Januari 2020
 - a) Memonitor suhu tubuh
 - b) Memberikan cairan oral
 - c) Melakukan pendinginan eksternal
 - d) Berkolaborasi pemberian obat
- 5) Hasil laboratorium
Tanggal 15 Januari 2020
 - a) Hemoglobin 13,2 g/dl
 - b) MCHC 35,9%
 - c) Monosit 6,8 %
- 6) Hasil rontgen : tidak ada

h. Pengkajian pola fungsional menurut gordon

1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Ibu pasien mengatakan status kesehatan pasien sejak lahir baik, saat kecil pasien rutin dibawa keposyandu untuk pemeriksaan kesehatan dan imunisasi. Ibu pasien mengatakan tidak mengetahui bagaimana cara untuk menangani kejang demam, ibu pasien tampak bingung saat ditanya bagaimana penanganan kejang demam, ibu pasien tampak cemas. Pasien belum sekolah sehingga tidak pernah absen, didalam keluarga yang merokok yaitu ayah pasien. Ibu pasien mengatakan menyimpan barang-barang berbahaya dan obat-obatan sesuai pada tempatnya. Setiap hari pasien berganti pakaian 2 kali.

2) Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan anaknya makan 3 kali sehari pasien suka cemilan roti dan pasien suka minum susu. Pasien minum air putih \pm 1400 cc tiap hari.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan anaknya makan 3 kali sehari dengan porsi $\frac{1}{2}$ dari biasanya. Pasien suka minum susu \pm 300 cc tetapi tetap minum air putih \pm 1000 cc setiap hari.

3) Pola eliminasi

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan sebelum sakit biasanya buang air kecil 5-6 kali per hari, warna kuning, bau khas amoniak, pasien buang air besar 1 kali per hari konsistensi lunak tidak ada lendir darah.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selam dirumah sakit pasien buang air besar 1 kali per hari konsistensi lunak tidak ada lendir darah, pasien buang air kecil sebanyak 6 kali per hari warna kuning, bau khas amoniak

4) Pola latihan-aktifitas

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan sebelum sakit biasanya bermain dengan temannya, sore ngaji di TPQ dan malam juga ngaji, pasien biasanya mandi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali, pasien mandi sendiri dan bergantian pakaian sendiri. Pasien dapat makan sendiri.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selama dirumah sakit pasien disibin dan berganti pakaian dibantu ibunya, selama sakit pasien hanya berbaring diatas tempat tidur.

5) Pola istirahat-tidur

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan pasien memiliki kebiasaan tidur siang kurang lebih 2 jam, tidur malam kurang lebih 7-8 jam

Selama sakit : ibu pasien mengatakan anaknya sering terbagun saat tidur karena batuk, pasien tampak lesu.

6) Pola persepsi-kognitif

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan An.A adalah anak pertama, sebelum sakit An.A sering bermain dengan

temannya, pasien sudah mengerti jenis kelaminnya laki-laki dan belum sepenuhnya paham dalam mengidentifikasi kebutuhan.

Selama sakit : pasien saat ini berbaring ditempat tidur dan belum bisa melakukan aktivitas sebelumnya.

7) Pola persepsi diri-konsep diri

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan sebelum sakit menjalankan perannya sebagai anak untuk belajar.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selama sakit pasien tidak bisa menjalankan perannya sebagai anak dan sekarang anaknya mudah marah.

8) Pola hubungan peran

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya tinggal bersama ayah dan ibunya, hubungan pasien dengan keluarganya baik.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selama sakit selalu ingin ditemani oleh ibunya.

9) Pola seksual-reproduksi

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak ngompol dicelana. Pasien mengatakan bahwa dirinya laki-laki.

10) Pola toleransi stres koping

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan sebelum sakit anaknya sering bersama ayahnya dan bercerita bersama.

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selama sakit lebih banyak diam.

11) Pola kepercayaan nilai

Sebelum sakit : ibu pasien mengatakan agama anaknya islam,
sore hari dan malam hari selalu mengaji di TPQ

Selama sakit : ibu pasien mengatakan selama sakit hanya
berbaring diatas tempat tidur.

i. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran umum : lemah

Kesadaran : composmentis

Postur tubuh : normal

GCS : E4M6V5 : 15

2) Tanda vital

Suhu : 38,3°C

Nadi : 120x/menit

SPO₂ : 99%

RR : 24x/menit

3) TB : 115 cm

BB : 16 Kg

LILA : 16 cm

4) Lingkar kepala : 49 cm

Lingkar dada : 50 cm

5) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna hitam
pendek, tidak ada lesi.

6) Mata

Bentuk simetris kanan dan kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor, penglihatan baik, tidak ada penurunan penglihatan

7) Hidung

Simetris, tidak ada pembesaran polip, terdapat sekret

8) Telinga

Simetris kanan dan kiri, tidak ada serumen, bersih

9) Mulut dan kerongkongan

Bersih, tidak ada stomatitis, tidak ada karies gigi

10) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid

11) Paru-paru

Inspeksi : simetris, tidak ada lesi

Palpasi : vokal fremitus teraba sama, tidak ada nyeri tekan

Perkusi : sonor

Auskultasi : ronchi basah pada penampang paru keduanya

12) Jantung

Inspeksi : ictus cordis tidak tampak

Palpasi : ictus cordis teraba pada intercosta 4-5 midklavikula kiri

Perkusi : pekak

Auskultasi : S₁ dan S₂ reguler, tidak ada bunyi tambahan

13) Abdomen

Inspeksi : tidak ada lesi, tidak ada jejas

Auskultasi : bising usus 10x/menit

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada hematommegali

Perkusi : tympani

14) Punggung

Tidak terdapat lesi pada punggung, tidak terdapat kelainan pada punggung

15) Genetalia dan rektum

Jenis kelamin laki-laki, tidak ada kelainan pada genetalia, tidak ada lesi pada anus, tidak ada kelainan pada anus

16) Ekstermitas

a) Atas : terpasang infus asering 15 tpm ditangan kiri, tidak terdapat edema, lesi, akral hangat, CRT <2 detik

b) Bawah : fungsi gerak baik, tidak ada lesi, tidak ada edema

5	4
5	5

17) Kulit

Kulit sawo matang, tidak terdapat lesi dan edema, tidak ikterik, kulit tampak kemerahan, kulit terasa hangat

18) Sistem neuromuskuler

Tidak ada hambatan dalam menggerakkan kepala

j. Pemeriksaan perkembangan

Pemeriksaan anak usia (4 tahun 5 bulan) dilakukan pada tanggal 16 januari 2020 menggunakan KPSP 48 bulan :

1) Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter?

Jawaban : Ya

2) Setelah makan, apakah anak mencuci dan mengeringkan tangannya dengan baik sehingga anda tidak perlu mengulangnya?

Jawaban : Ya

- 3) Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu tunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah ia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 2 detik atau lebih?

Jawaban : Ya

- 4) Letakkan selembar kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari?

Jawaban : Ya

- 5) Jangan membantu anak dan jangan menyebut lingkaran. Suruh anak menggambar seperti contoh ini di kertas kosong yang tersedia. Dapatkah anak menggambar lingkaran?

Jawaban : Ya

- 6) Dapatkah anak meletakkan 8 buah kubus satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan kubus tersebut? Kubus yang digunakan ukuran 2.5 – 5 cm.

Jawaban : Ya

- 7) Apakah anak dapat bermain petak umpet, ular naga atau permainan lain dimana ia ikut bermain dan mengikuti aturan bermain?

Jawaba : Ya

- 8) Dapatkah anak mengenakan celana panjang, kemeja, baju atau kaos kaki tanpa di bantu? (Tidak termasuk memasang kancing, gesper atau ikat pinggang)

Jawaban : Ya

- 9) Dapatkah anak menyebutkan nama lengkapnya tanpa dibantu? Jawab
TIDAK jika ia hanya menyebutkan sebagian namanya atau ucapannya
sulit dimengerti.

Jawaban : Ya

10) Kesimpulan

Pemeriksaan perkembangan pada An. A adalah sesuai dengan usiannya
dengan skor 9 dari 9 kuisisioner An. A mampu menjawab dan
melakukannya semua.

k. Informasi lain

1) Hasil laboratorium tanggal 15 januari 2020

Tabel 3.1 Hasil Laboratorium

Nama test	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode
Hematologi				
Darah lengkap				ECLIA
Hemoglobin	13,2	g/dl	10,8-12,8	flowcytometri
Lekosit	8,41	$10^3/\text{ul}$	5-14,5	flowcytometri
Trombosit	213	$10^3/\text{ul}$	217-497	flowcytometri
Hematokrit	36,8	%	35-43	flowcytometri
Eritrosit	4,74	$10^6/\text{ul}$	3,6-5,2	flowcytometri
MCV	77,6	FL	73-101	flowcytometri
MCH	27,8	Pg	23-31	flowcytometri
MCHC	35,9	g/dl	26-34	flowcytometri
Hitung Jenis				ECLIA
Eosinofil	0,0	%	0-4	flowcytometri
Basofil	0,1	%	0-1	flowcytometri
Neutrofil	63,4	%	28-78	flowcytometri
Limfosit	29,7	%	20-50	flowcytometri
Monosit	6,8	%	1-6	flowcytometri
Serologi				
Widal Paratyphi				ECLIA
S. Typhi O	Negatif		<1/160	Aglutinase
S. Typhi H	1/80		<1/160	Aglutinase
S. Typhi AH	Negatif		<1/60	Aglutinase

- 2) Terapi tanggal 16 Januari 2020
 - a) Infus asering 15 tetes per menit
 - b) Injeksi Ceftriaxone 500mg per 12 jam
 - c) Injeksi Ondansetron 0,7 mg per 12 jam
 - d) OBH syrup 3 kali 5 ml per oral
 - e) Parasetamol syrup 3 kali 7,5 ml per oral
- 3) Terapi tanggal 17 Januari 2020
 - a) Infus asering 15 tetes per menit
 - b) Injeksi Ceftriaxone 500mg per 12 jam
 - c) Injeksi Ondansetron 0,7 mg per 12 jam
 - d) OBH syrup 3 kali 5 ml per oral
 - e) Parasetamol syrup 3 kali 7,5 ml per oral
- 4) Terapi tanggal 18 Januari 2020
 - a) Infus asering 15 tetes per menit
 - b) Injeksi Ceftriaxone 500mg per 12 jam
 - c) Injeksi Ondansetron 0,7 mg per 12 jam
 - d) OBH syrup 3 kali 5 ml per oral
 - e) Parasetamol syrup 3 kali 7,5 ml per oral

2. Analisa Data

Nama Klien : An. A No.Register : 602034
 Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Hari/Tanggal/Jam	Data Fokus	Kemungkinan Penyebab	Masalah Keperawatan	TTD/ Nama
1.	Kamis 16/1/2020 08.00 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam selama 4 hari - Ibu pasien mengatakan anaknya kejang selama ± 5 menit sebanyak 1 kali DO : - Suhu 38,3°C - Nadi 120x/menit - Respirasi 24x/menit - SPO ₂ 99% - Kulit tampak kemerahan - Kulit teraba hangat - Akral hangat	Proses penyakit (infeksi)	Hipertermi (D.0130)	 Dewi
2.	Kamis 16/1/2020 08.10 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk selama 5 hari - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk tapi dahaknya tidak mau keluar DO : - Pasien tampak batuk - Saat batuk pasien berusaha mengeluarkan dahak - Terdengar bunyi ronchi	Sekret yang tertahan	Bersihkan jalan napas tidak efektif (D.0001)	 Dewi
3.	Kamis 16/1/2020 08.15 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan bahwa tidak mengetahui bagaimana penanganan kejang demam	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan (D.0111)	 Dewi

DO :

- Ibu pasien tampak bingung saat ditanya
 - Ibu pasien tampak cemas
-

3. Daftar Masalah

Nama Klien : An. A No.Register : 602034
 Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

Tabel 3.3 Daftar Masalah

Hari/Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	TTD/ Nama
Kamis 16/1/2020 08.00 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya demam selama 4 hari - Ibu pasien mengatakan anaknya kejang selama ± 5 menit sebanyak 1 kali DO : - Suhu 38,3°C - Nadi 120x/menit - Respirasi 24x/menit - SPO ₂ 99% - Kulit tampak kemerahan - Kulit teraba hangat - Akral hangat	16 Januari 2020	18 Januari 2020	 Dewi
Kamis 16/1/2020 08.10 WIB	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk selama 5 hari - Ibu pasien mengatakan anaknya batuk tapi dahaknya tidak bisa keluar DO : - Pasien tampak batuk - Saat batuk pasien berusaha mengeluarkan dahaknya - Terdengar bunyi ronchi	16 Januari 2020	17 Januari 2020	 Dewi
Kamis 16/1/2020 08.15 WIB	DS : - Ibu pasien tidak mengetahui bagaimana penanganan kejang demam DO : - Ibu pasien tampak bingung saat ditanya - Ibu pasien tampak cemas	16 Januari 2020	17 Januari 2020	 Dewi

4. Prioritas Masalah

Nama Klien : An. A No.Register : 602034

Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang tertahan
- c. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi

5. Rencana Tindakan Keperawatan

Nama Klien : An. A No.Register : 602034
 Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

Tabel 3.4 Rencana Tindakan Keperawatan

Hari/ Tanggal/ Jam	No.Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan	TTD/ Nama
Kamis 16/1/2020 08.15 WIB	Hipertermi behubungan dengan proses penyakit (infeksi)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hipertermi membaik dengan kriteria hasil : Termoregulasi L.14134 1. Kulit merah dari nilai 2 menjadi 5 2. Kejang dari nilai 2 menjadi 5 3. Suhu tubuh dari nilai 2 menjadi 5 4. Suhu kulit dari nilai 2 menjadi 5	Manajemen hipertermi (I.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh Terapeutik 1. Longgarkan atau lepaskan pakaian 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eksternal Edukasi 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	 Dewi

6. Catatan Keperawatan

Nama Klien : An. A No.Register :602034
 Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

Tabel 3.5 Catatan Keperawatan

Hari/Tanggal/Jam	No.Dx	Implementasi	Respon	TTD/ Nama
Kamis 16/1/2020 08.45 WIB	I.	1. Mengkaji penyebab hipertermi	DS : - Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya susah untuk minum karena batuk sehingga menjadi demam	 Dewi
		2. Mengukur suhu tubuh	DS : - Pasien mengatakan mau untuk dicek suhu tubuhnya	 Dewi
08.50 WIB			DO : - Pasien lemas - Pasien pucat	
09.00 WIB		3. Melonggarkan pakaian	DS : - Ibu pasien mengatakan akan mengganti pakaian An.A yang longgar	 Dewi
			DO : - Ibu pasien mengganti pakaian An.A - Pasien menggunakan pakaian yang longgar dan mudah menyerap keringat	
09.10 WIB		4. Memberikan cairan oral (air putih)	DS : - Ibu pasien mengatakan akan memberikan anaknya minum	 Dewi
			- Pasien mengatakan mau untuk minum	

			DO :	
			- Pasien minum air putih	
09.15 WIB		5. Melakukan Water Tepid Sponge	DS :	
			- Pasien mengatakan mau dikompres	Dewi
			DO :	
			- Pasien rileks	
			- Terdapat handuk pada kedua ketiak dan dahi	
09.35 WIB		6. Menganjurkan pasien untuk istirahat	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bisa anteng	Dewi
			DO :	
			- Pasien miring kanan kiri	
18.00 WIB		7. Memberikan injeksi ceftriaxone 500mg, ondansetron 0,7mg, parasetamol syrup 7,5ml, OBH syrup 5ml	DS :	
			- Pasien mengatakan mau untuk minum obat	Dewi
			DO :	
			- Ceftriaxone 500mg	
			- Ondansetron 0,7mg	
			- OBH syrup 5ml	
			- Parasetamol syrup 7,5ml	
Jumat 17/1/2020 05.30 WIB	I.	1. Memberikan injeksi ceftriaxone 500mg, ondansetron 0,7mg melalui selang infus	DS : - DO :	
			- Pasien menangis	Dewi
			- Ceftriaxone 500mg	
			- Ondansetron 0,7mg	
06.00 WIB		2. Mengukur suhu tubuh	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan anaknya demam lagi	Dewi
			DO :	
			- Suhu 38°C	
			- Pasien rewel dan menangis	
06.10 WIB		3. Melakukan Water Tepid Sponge	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya diberikan kompres	Dewi

			DO :	
			- Pasien menangis	
			- Ibu pasien membantu saat dilakukan water tepid sponge	
06.25 WIB		4. Memberikan cairan oral	DS :	
			- Pasien mengatakan haus dan pengen minum	Dewi
			DO :	
			- Pasien minum teh hangat	
09.50 WIB		5. Menganjurkan untuk istirahat	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan anaknya saat tidur gelisah	Dewi
			DO :	
			- Pasien terlihat miring	
13.00 WIB		6. Mengukur suhu tubuh	DS :	
			- Pasien mengatakan mau untuk dicek suhunya	Dewi
			DO :	
			- Suhu 39,4°C	
			- Kulit pasien teraba panas	
13.10 WIB		7. Memberikan parasetamol infus 100cc	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan anaknya panas lagi	Dewi
			DO :	
			- Pasien tidur	
13.15 WIB		8. Melakukan water tepid sponge	DS : -	
			DO :	Dewi
			- Pasien rewel	
			- Ibu pasien membantu untuk menenangkan anaknya	
Sabtu 18/1/2020 09.15 WIB	I.	1. Mengukur suhu tubuh	DS :	
			- Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak panas	Dewi

		DO :	
		- Suhu 35,7°C	
		- Pasien tampak lebih ceria	
09.20 WIB	2. Menganjurkan pada ibu pasien jika anaknya panas untuk memakaikan baju yang tipis dan longgar	DS : - Ibu pasien mengatakan akan melakukannya DO : - Ibu pasien kooperatif	 Dewi
10.30 WIB	3. Menganjurkan pada ibu pasien jika anaknya panas tinggi lakukan WTS	DS : - Ibu pasien mengatakan akan melakukan apa yang sudah dianjurkan DO : - Ibu pasien kooperatif - Pasien tampak lebih gembira - Pasien sedang makan roti	 Dewi

7. Catatan Perkembangan

Nama Klien : An. A No.Register : 602034
 Ruang : Amarilis Dx.Medis : Kejang Demam Simplek

Tabel 3.6 Catatan Perkembangan

Hari/Tanggal/Jam	No.Dx	Evaluasi	TTD/ Nama
Kamis 16/1/2020 20.15 WIB	I.	S : - Ibu pasien mengatakan An.A masih demam O : - Suhu 37,9°C - Akral hangat - Tubuh pasien berkeringat A : Masalah hipertermi belum teratasi P : lanjutkan intervensi - Monitor suhu tubuh - Lakukan pendinginan eksternal - Berikan cairan oral	 Dewi
Jumat 17/1/2020 20.15 WIB	I.	S : - Ibu pasien mengatakan anaknya masih demam O : - Suhu 38°C - Tubuh pasien panas - Akral hangat - Tubuh pasien berkeringat A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Monitor suhu tubuh - Berikan pendinginan eksternal	 Dewi
Sabtu 18/1/2020 14.30 WIB	I.	S : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah tidak demam O : - Suhu 35,1°C - Pasien tampak gembira A : Masalah hipertermi teratasi P : Pertahankan intervensi	 Dewi

B. PEMBAHASAN

Pada bagian ini penulis akan membahas tentang pengelolaan hipertermi pada An. A dengan diagnosa medis kejang demam simpleks di Ruang Amarilis RSUD Ungaran pada tanggal 16 Januari 2020 yang dilakukan selama 3x24 jam. Pengelolaan yang diberikan kepada An. A yaitu mulai dari pengkajian, penentuan dignosa, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dilakukan pada hari kamis 16 Januari 2020, hari jum'at 17 Januari 2020 dan hari sabtu 18 Januari 2020.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data dapat diperoleh secara primer (pasien) dan sekunder (keluarga pasien, orang terdekat pasien, tenaga kesehatan, catatan kesehatan dan hasil pemeriksaan diagnostik). Pengkajian data dasar terdiri dari data subjektif dan objektif (Setiadi, 2012).

Pengkajian ini dilakukan oleh penulis di Ruang Amarilis RSUD Ungaran pada tanggal 16 Januari 2020. Pengkajian ini dilakukan karena untuk memperoleh data dari pasien maupun keluarga yang digunakan sebagai data asuhan keperawatan. Pengumpulan data primer lebih baik dibandingkan data sekunder, akan tetapi karena pasien masih berumur 4 tahun 5 bulan maka penulis banyak mengumpulkan data dari sumber sekunder. Identitas An. A berumur 4 tahun 5 bulan tinggal di Dusun Kalisidi, suku Jawa, beragama Islam dengan diagnosa medis Kejang Demam Simpleks.

Dari hasil pengkajian data subjektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 4 hari, kejang selama ± 5 menit. Demam merupakan suatu keadaan suhu tubuh diatas normal sebagai akibat peningkatan pusat

pengatur suhu dihipotalamus (Wardiyah, Setiawati, & Romayati, 2016). Kejang adalah suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktifitas yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebal yang sangat berlebihan (Indrayati & Haryanti, 2019). Data objektif Suhu 38,3°C, Nadi 120x/menit, Respirasi 24x/menit, SPO₂ 99%, Kulit tampak kemerahan, Kulit teraba hangat, Akral hangat.

Riwayat kesehatan merupakan data yang dikumpulkan tentang kesejahteraan pasien (saat ini, dan masa kini), riwayat keluarga dan riwayat sosial. Ibu pasien mengatakan dirumah anaknya sudah demam selama 4 hari, batuk pilek selama 5 hari sudah dipriksakan ke bidan desa tetapi tidak sembuh-sembuh dan demamnya semakin meningkat, pada hari rabu pagi pasien mengalami kejang selamat ±5 menit sehingga langsung dibawa ke IGD RSUD Ungaran pada hari rabu tanggal 15 januari 2020 pukul 09.00 WIB. Ini merupakan kejang ke 3, awal kejang dimulai saat usia 1 tahun. Kondisi saat ini pasien tidak mau ditinggal oleh ibunya. Kejang demam merupakan jenis gangguan syaraf paling umum yang sering dijumpai pada anak-anak dan penyakit ini biasanya terjadi pada usia 3 bulan sampai 5 tahun karena pada usia ini otak anak sangat rentan terhadap peningkatan mendadak suhu badan dan memiliki insiden puncak penyakit pada usia 18 bulan serta dikatakan hilang apabila anak berusia 6 tahun (Ngastiyah, 2014).

Akibat dari kejang demam jika tidak segera ditangani akan menimbulkan konstriksi pembuluh darah sehingga aliran darah tidak lancar dan mengakibatkan peredaran darah O₂ juga terganggu. Kekurangan O₂ pada otak mengakibatkan kerusakan sel otak dan dapat terjadi kelumpuhan sampai retradasi mental bila kerusakannya berat. Jika kejang tidak berlangsung lama

tidak berbahaya tetapi jika berlangsung lama biasanya berakhir apnea yang akan menimbulkan kerusakan otak makin berat (Nafisah, 2017).

Pemeriksaan selanjutnya yaitu pemeriksaan fisik. Pemeriksaan ini dilakukan secara sistematis sebagai pedoman untuk melakukan pengkajian seluruh tubuh. Pemeriksaan fisik pada An. A diperoleh tidak ada kelainan, keadaan pasien lemah, kulit tampak kemerahan, kulit terasa hangat dan suhu tubuh 38,3°C yang menunjukkan hipertermi.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya (Sumijatun, 2010).

Setelah penulis melakukan pengkajian terhadap pasien selanjutnya penulis akan merumuskan diagnosa keperawatan pada tanggal 16 Januari 2020 di Ruang Amarilis RSUD Ungaran dan menegakkan prioritas masalah keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Menurut (PPNI, 2016), Hipertermi adalah suhu tubuh meningkat di atas rentang normal suhu. Rentang suhu tubuh normal berkisar antara 34,7°C-37,3°C melalui aksila, 35,5°C-37,5°C melalui oral, 36,6°C-37,9°C melalui rectal dan 35,7°C-37,5°C melalui telinga (Boyoh, Nurachman, & Apriany, 2015). Kejang demam adalah bangkitan yang terjadi akibat kenaikan suhu tubuh (suhu rectal lebih dari 38°C) disebabkan suatu proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, terutama pada rentang usia 4 bulan hingga 4 tahun (Sodikin, 2012).

Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas ataupun mengurangi produksi panas (Gobel, 2017). Hipertermia adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi titik tetap (set point) lebih dari 37°C, yang biasanya diakibatkan oleh kondisi tubuh atau eksternal yang menciptakan lebih banyak panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh (Pratiwi, Wulandari, & Mariah, 2016). Demam merupakan respon normal tubuh terhadap adanya infeksi. Infeksi adalah keadaan masuknya mikroorganisme kedalam tubuh, dapat berupa virus, bakteri, parasit, maupun jamur. Demam pada anak biasanya disebabkan oleh paparan panas yang berlebihan, dehidrasi atau kekurangan cairan, alergi maupun dikarenakan gangguan sistem imun (Cahyaningrum & Putri, 2017). Demam merupakan salah satu gejala klinik yang terjadi pada anak dan dapat menyebabkan masalah seperti kejang (Purwandari, Purnamasari, & Alivian, 2015).

Gejala dan tanda mayor suhu tubuh diatas nilai normal, tanda dan gejala minor: kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat. Gejala dan tanda mayor minor yang didapatkan dari pasien An. A yaitu adanya kulit merah, kulit terasa hangat, kejang dan takikardi. Menurut penulis tanda dan gejala hipertermi didapatkan data kulit terasa hangat, kulit kemerahan disebabkan karena peningkatan suhu tubuh didukung dengan data subjektif ibu pasien mengatakan saat ini anaknya masih panas dengan data objektif suhu tubuh 38,3°C. Dalam penelitian (Pasaribu, 2013) menyebutkan bahwa kejang demam disebabkan oleh infeksi seperti tonsilitis, infeksi traktus respiratorius, otitis media dan gastroentestinal.

Beberapa tanda dan gejala yang tidak muncul pada An.A berdasarkan gejala dan tanda mayor minor yaitu takipnea. Takipnea menurut penulis adalah frekuensi pernafasan lebih dari normal. Menurut Priharjo (2012) kondisi demam pada anak tidak akan mengalami peningkatan frekuensi pernapasan kecuali anak tersebut mengalami gelisah. Pada An. A pernapasan normal 24x per menit. Penulis mengambil diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) karena saat dilakukan pengkajian dengan data subjektif ibu pasien mengatakan anaknya sudah panas dari 4 hari yang lalu dan mengalami kejang selama 5 menit sebelum dibawa ke rumah sakit.

3. Intervensi

Penulis memprioritaskan diagnosa hipertermi sebagai diagnosa utama karena dilihat dari sifat masalahnya merupakan masalah aktual dan harus segera ditindak lanjuti, karena apabila hipertermi tidak segera ditangani akan berpotensi kejang demam berulang. Hal ini didasari dengan teori Abraham Maslow dalam (Ardhiyanti, Pitriani, & Damayanti, 2014) menyebutkan bahwa keseimbangan suhu tubuh termasuk kebutuhan dasar manusia yang utama yaitu kebutuhan fisiologi.

Intervensi merupakan rencana tindakan keperawatan tertulis yang menggambarkan masalah kesehatan pasien, hasil yang akan diharapkan, tindakan-tindakan keperawatan dan kemajuan pasien secara spesifik (Manurung, 2011). Penulis menegakan intervensi berdasarkan SIKI yang ditetapkan pada tanggal 16 Januari 2020 di Ruang Amarilis RSUD Ungaran. Penulis akan membahas lebih dalam mengenai intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit.

Dalam kasus pada An. A didapatkan tujuan dari intervensi adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hipertermi membaik dengan kriteria hasil : kulit merah dari nilai 2 (cukup Meningkat) menjadi 5 (menurun), kejang dari nilai 2 (cukup meningkat) menjadi 5 (menurun), suhu tubuh dari nilai 2 (cukup memburuk) menjadi 5 (membaik), suhu kulit dari nilai 2 (cukup memburuk) menjadi 5 (membaik) (PPNI T. S., 2019).

Intervensi yang disusun oleh penulis berpedoman pada *OTEK* yaitu O (Observasi) rencana tindakan untuk melakukan observasi terhadap keadaan pasien secara langsung, T (*Terapeutik*) terkait rencana tindakan yang dilakukan untuk mengurangi, memperbaiki dan mencegah perluasan masalah, E (Edukasi) rencana tindakan yang dilakukan melalui pendidikan kesehatan, K (Kolaborasi) dimana tindakan medis yang dilimpahkan kepada perawat.

Intervensi berdasarkan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) yang dilakukan antara lain: identifikasi penyebab hipertermi dengan rasional untuk mengetahui penyebab hipertermi, monitor suhu tubuh untuk memantau keadaan suhu tubuh pasien, longgarkan atau lepaskan pakaian (menganjurkan untuk berpakaian tipis dan pakaian yang longgar atau tidak ketat), berikan cairan oral (memberikan minum yang banyak), lakukan pendinginan eksternal (melakukan *water tepid sponge*) dengan rasional untuk membantu menurunkan suhu tubuh, anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena(PPNI T. S., 2018).

Intervensi yang pertama yaitu identifikasi penyebab hipertermi. Menurut penulis identifikasi penyebab hipertermi adalah kondisi dimana terjadinya peningkatan suhu tubuh dengan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas. Penyebab

hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, dan penggunaan inkubator. (PPNI T. S., 2016).

Intervensi yang kedua yaitu monitor suhu tubuh. Pengukuran fisiologis merupakan kunci untuk mengevaluasi status fisik dan fungsi vital, salah satunya pengukuran suhu tubuh. Pengukuran suhu aksila dianjurkan untuk anak yang sangat menolak untuk dilakukan pengukuran suhu melalui rektal tetapi juga tidak mungkin dilakukan pengukuran suhu melalui oral (Jitowiyono & Kristiyanasari, 2011).

Intervensi ketiga yaitu longgarkan atau lepaskan pakaian (menganjurkan untuk berpakaian tipis dan pakaian yang longgar atau tidak ketat). Menurut penulis menggunakan pakaian yang tipis, menyerap keringat dan longgar karena jika anak yang mengalami demam dipakaikan pakaian yang tebal akan meningkatkan suhu tubuh. Menurut Mawardi (2016) pengeluaran keringat merupakan salah satu mekanisme tubuh ketika suhu meningkat melampaui ambang kritis yaitu 37°C, pengeluaran keringat menyebabkan peningkatan pengeluaran panas melalui evaporasi.

Intervensi keempat yaitu berikan cairan oral. Menurut penulis berikan cairan oral adalah dengan menganjurkan pada ibu pasien untuk menjaga pemenuhan cairan pada anak untuk mencegah terjadinya hidrasi yang akan menyebabkan peningkatan suhu tubuh.

Intervensi kelima yaitu lakukan pendinginan eksternal (melakukan *water tepid sponge*). Menurut penulis melakukan *water tepid sponge* bertujuan untuk membantu menurunkan suhu tubuh. Menurut Dewi (2016) kompres tepid

sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan tehnik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka, pemberian tepid sponge bath memungkinkan aliran udara lembab membantu pelepasan panas tubuh dengan cara konveksi. Suhu tubuh lebih hangat daripada suhu udara atau suhu air memungkinkan panas akan pindah ke molekul molekul udara melalui kontak langsung dengan permukaan kulit.

Intervensi keenam yaitu anjurkan tirah baring (anjurkan pasien untuk istirahat). Menurut penulis pasien yang mengalami demam dianjurkan untuk lebih banyak istirahat karena jika pasien banyak bergerak akan menyebabkan terjadinya peningkatan suhu tubuh. Menurut Carlson, kurnia, & Widodo (2018) aktivitas yang tinggi dapat meningkatkan suhu tubuh anak dengan demam dan tanpa demam, walaupun demikian pergerakan anak yang demam selama aktivitas normal tidak cukup menyebabkan demam.

Intervensi ketujuh yaitu Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena (kolaborasi dengan dokter untuk pemberian *anti piretik* dan *anti biotik* untuk menurunkan panas dan menghentikan proses infeksi). Pemberian antipiretik bertujuan untuk menurunkan demam pada anak. Menurut Athailah (2012), obat antipiretik bekerja sebagai pengatur kembali pusat pengatur panas dan berfungsi sebagai mengesampingkan peningkatan interleukin yang kerjanya menginduksi suhu tubuh, yang kemudian tubuh akan bekerja untuk menurunkan suhu tubuh dan hasilnya adalah penurunan demam. Hilangnya panas terjadi dengan meningkatnya aliran darah ke perifer dan pembentukan keringat. Efeknya bersifat sentral, tetapi tidak langsung pada neuron hipotalamus. Obat antibiotik adalah obat yang kuat dalam melawan bakteri

lainnya. Obat antibiotik berfungsi untuk melawan, menghancurkan, serta memperlambat pertumbuhan bakteri.

4. Implementasi

Berdasarkan rencana tindakan keperawatan diatas penulis akan melakukan tindakan sesuai dengan yang sudah direncanakan. Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Yanti & Warsito, 2013). Penulis melakukan implementasi keperawatan selama 3 hari dimulai dari tanggal 16 Januari 2020 sampai 18 Januari 2020 di Ruang Amarilis RSUD Ungaran.

Implementasi yang pertama yaitu mengkaji penyebab hipertermi. Menurut penulis mengkaji penyebab hipertermi yaitu tindakan yang dilakukan untuk mengetahui penyebab terjadinya hipertermi pada An. A. Dari tindakan melakukan pengkajian penyebab hipertermi penulis mendapatkan data dari ibu pasien, ibu pasien mengatakan anaknya 4 hari sebelum masuk rumah sakit susah untuk minum karena batuk sehingga menyebabkan peningkatan suhu tubuh. Dari peningkatan suhu tersebut menyebabkan pasien kejang demam. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rectal diatas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (Vebriasa, Herini, & Triasih, 2013).

Implementasi kedua yaitu monitor suhu tubuh. Menurut penulis monitor suhu tubuh adalah memantau peningkatan atau penurunan suhu tubuh yang terjadi pada anak. Hal ini dilakukan karena suhu tubuh pasien berubah-

ubah. Hasil yang didapatkan yaitu suhu tubuh Suhu 38,3°C, kulit pasien panas, akral hangat. Menurut penulis memonitor suhu tubuh sangat perlu dilakukan pada pasien dengan masalah keperawatan hipertermi karena untuk mengetahui apakah ada peningkatan atau penurunan suhu tubuh. Monitor suhu harus dilakukan secara kontinyu sehingga komplikasi akibat demam dapat dicegah (Iqomh, Nurhaeni, & Wanda, 2019). Monitor suhu tubuh adalah tindakan yang bertujuan untuk mengetahui perubahan kondisi tubuh pasien yang mengalami masalah hipertermi sehingga dapat mengurangi hal yang tidak diinginkan.

Implementasi ketiga yaitu melonggarkan atau melepaskan pakaian. Menurut penulis jika anak yang mengalami demam sebaiknya menggunakan pakaian yang tipis dan longgar, karena jika anak menggunakan pakaian yang tebal dan ketat akan meningkatkan suhu tubuh dan memproduksi banyak keringat. Menganjurkan memakai pakaian tipis bisa mengurangi penguapan dan membantu penyerapan keringat, karena ketika suhu tubuh tinggi maka tubuh akan merespon dengan mengeluarkan keringat dan menguap, selain itu juga melindungi permukaan tubuh terhadap lingkungan dengan suhu udara yang tinggi atau panas (Sodikin 2012). Pelepasan pakaian atau selimut akan meningkatkan kemampuan alami tubuh untuk menurunkan suhu tubuh (Utami & Wulandari, 2015).

Implementasi keempat yaitu berikan cairan oral dengan menganjurkan pada ibu pasien untuk memenuhi cairan anak selama dirawat di rumah sakit untuk mencegah peningkatan suhu tubuh. Menganjurkan meningkatkan intake cairan bertujuan agar tidak terjadi dehidrasi pada pasien karena suhu tubuh yang meningkat mengakibatkan hilangnya cairan tubuh melalui penguapan dan keringat serta membantu menurunkan panas, hal ini disebabkan karena air

minum merupakan unsur pendingin tubuh yang penting dalam lingkungan panas dan air sendiri diperlukan untuk mencegah dehidrasi akibat keringat (Sodikin, 2011).

Implementasi kelima pemberian kompres metode *water tepid sponge*. Menurut penulis *water tepid sponge* adalah kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok. Kompres dengan menggunakan air dingin dan alkohol untuk menurunkan suhu tubuh sudah dikenal sejak zaman dulu, kini yang lazim digunakan untuk membantu menurunkan suhu tubuh anak adalah kompres air hangat, karena jika suhu di luar tubuh terasa hangat, maka tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu di luar cukup panas. Dengan demikian, tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu tubuh lagi. Kompres hangat lebih efektif dibandingkan dengan kompres dingin (Haryani & Adimayanti, 2016). Penulis melakukan kompres *water tepid sponge* karena saat pengkajian diperoleh suhu tubuh anak 38,3°C. Menurut Haryani, Adimayanti, & Astuti (2018) Pada proses pemberian kompres *tepid sponge* ini mekanisme kerja pada kompres tersebut memberikan efek adanya penyaluran sinyal ke hipotalamus melalui keringat dan vasodilatasi perifer sehingga proses perpindahan panas yang diperoleh dari kompres *tepid sponge* ini berlangsung melalui dua proses yaitu konduksi dan evaporasi dimana proses perpindahan panas melalui proses konduksi ini dimulai dari tindakan mengompres anak dengan waslap dan proses evaporasi ini diperoleh dari adanya seka pada tubuh saat pengusapan yang dilakukan sehingga terjadi proses penguapan panas menjadi keringat.

Implementasi keenam yaitu anjurkan tirah baring. Tirah baring dilakukan pada pasien yang membutuhkan perawatan akibat sebuah penyakit atau kondisi tertentu dan merupakan upaya mengurangi aktivitas yang membuat kondisi pasien menjadi buruk (Rahmasari & Lestari, 2018). Menurut penulis jika anak

demam banyak melakukan aktivitas akan berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh, sehingga menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dan membatasi aktivitas. Aktivitas yang normal tidak sangat berpengaruh terhadap peningkatan suhu tubuh tetapi jika melakukan banyak aktivitas akan berpengaruh, salah satu contohnya yaitu jika anak rewel dan menangis terus menerus akan menyebabkan peningkatan suhu tubuh.

Implementasi ketujuh yaitu kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat antipiretik dan antibiotik untuk menurunkan panas dan menghentikan terjadinya proses infeksi. Pada kasus ini An. A mendapatkan terapi antipiretik obat Parasetamol syrup 3 kali 7,5 ml per oral. Menurut Azis (2019) sistem kerja obat antipiretik adalah dengan cara menurunkan set-point di otak dan membuat pembuluh darah kulit melebar sehingga pengeluaran panas ditingkatkan. Sedangkan untuk terapi antibiotik, pada kasus ini An. A mendapatkan terapi antibiotik Injeksi Ceftriaxone 500mg per 12 jam. Antibiotik adalah obat yang berasal dari seluruh atau bagian tertentu mikroorganisme dan digunakan untuk mengobati infeksi bakteri (Fernandez, 2013).

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Olfah & Ghofur, 2016). Pada tahap ini penulis membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditentukan serta menilai apakah masalah keperawatan yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian, atau bahkan belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap

perencanaan. Evaluasi dilakukan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dibagi menjadi dua jenis yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat komponen yang dikenal dengan SOAP, yakni *Subjective* (data berupa keluhan klien), *Objective* (data hasil pemeriksaan atau pengamatan), *Assesment* (pembandingan data dengan teori) dan *Plan* (rencana). Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan (Asmadi 2015).

Evaluasi keperawatan dilakukan setiap hari mulai tanggal 16 Januari 2020 di Ruang Amarilis yaitu jenis evaluasi formatif, adapun data yang diperoleh yaitu evaluasi dilakukan pukul 20.15 dengan S (*subjective*): Ibu pasien mengatakan An. A masih demam, O (*objective*): Suhu 37,9°C, akral hangat, tubuh pasien berkeringat, A (*assesment*): Masalah hipertermi belum teratasi, P (*Plan*): lanjutkan intervensi (monitor suhu tubuh, lakukan pendinginan eksternal, berikan cairan oral). Saat dilakukan pengelolaan untuk mengetahui keberhasilannya pasien bersedia untuk dilakukan tindakan *water tepid sponge*. Adanya keluarga yang dapat berpartisipasi dengan baik merupakan salah satu juga faktor pendukung terlaksananya suatu tindakan yang sudah direncanakan sebelumnya. Berdasarkan tindakan yang dilakukan selama 3 hari, penulis melakukan evaluasi akhir (evaluasi sumatif) dengan hasil masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) sudah teratasi hal tersebut dapat dilihat tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan sebelumnya

yaitu anak An. A sudah tidak demam, planing selanjutnya anjurkan keluarga tetap untuk memonitor suhu tubuh sebagai pencegahan kejang berulang.

Selama melakukan pengelolaan keperawatan selama 3x24 jam penulis dapat menyimpulkan bahwa dalam keberhasilan pengelolaan terdapat faktor pendukung dan faktor penghambat. Faktor pendukung dalam pemberian asuhan keperawatan pada An. A adalah adanya keterlibatan keluarga pasien dalam menjalankan semua rencana tindakan keperawatan pada An. A. Faktor penghambat dalam proses asuhan keperawatan pada An. A adalah saat dilakukan tindakan keperawatan pasien menangis. Alternatif pemecah masalah yaitu tingkatkan BHSP (Bina Hubungan Saling Percaya) kepada anak dengan cara mengajak anak untuk menonton vidio sebelum dilakukan tindakan, mengajak pasien bercerita saat dilakukan tindakan.