

BAB III

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada hari Kamis, 16 Januari 2020 pukul 08.15 WIB di Ruang Amarilis RSUD Ungaran dengan metode *Allowanamnesa* dan *Autoanamnesa*.

a. Identitas Pasien

Nama	: An. A
Tempat, tgl lahir	: Semarang, 21 Oktober 2015
Usia	: 4 Tahun 2 bulan 2 hari
Pendidikan	: Paud
Alamat	: Tawang Sari, Pringapus
Agama	: Islam
Diagnosa Medis	: Demam Thypoid
Tanggal Masuk	: 15 Januari 2020
Nama Ayah & Ibu	: Tn.M dan Ny.M
Pekerjaan Ayah	: Swasta
Pekerjaan Ibu	: Swasta
Pendidikan Ayah	: SMA
Pendidikan Ibu	: SMA
Agama	: Islam
Suku atau Bangsa	: Jawa
Alamat	: Tawang Sari, Pringapus

b. Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya panas sudah 2 hari.

c. Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya panas selama 4 hari dan badan lemas. Pasien dibawa ke klinik terdekat untuk diperiksa kondisinya. Perkembangan saat diperiksa diklinik, pasien mual muntah ≥ 25 kali tiap makan dan minum. Kemudian pasien dirujuk ke RSUD Ungaran dari klinik tersebut. Pasien masuk ke IGD pada tanggal 15 Januari 2020 pukul 08.30 WIB. Di IGD pasien mendapatkan terapi injeksi ceftriaxone 350 mg per 12 jam, ondansetron 0,5 mg per 12 jam, paracetamol suppositoria 60 mg, dan infus asering 10 tetes per menit.

d. Riwayat Masa Lampau

1) Prenatal

Ibu pasien mengatakan saat hamil An. A ibu pasien tidak mengalami keluhan saat hamil. Antenatal care atau pemeriksaan kehamilan An. A dilakukan diklinik. An. A lahir dengan umur kehamilan cukup bulan (30 minggu), selama hamil ibu pasien tidak mengkonsumsi jamu atau minuman herbal lainnya. Ibu pasien mengkonsumsi obat Fe dari klinik.

2) Natal

Pasien lahir dengan cara dipacu di klinik.

3) Post natal

Ibu pasien mengatakan pasien dilahirkan dalam keadaan baik, menangis, ekstremitas dan tubuh kemerahan, respon bayi baik, score APGAR 10, berat badan lahir 2500 gr, panjang badan ± 18 cm, tidak terdapat kelainan konginetal.

4) Penyakit waktu kecil

Ibu pasien mengatakan waktu kecil pernah mengalami kejang umur 7 bulan, dibawa kerumah sakit.

5) Pernah dirawat dirumah sakit

Ibu pasien mengatakan pasien sudah 2 kali ini dirawat dirumah sakit.

6) Obat-obatan yang digunakan

Ibu pasien mengatakan An. A hanya minum obat jika sakitnya dibawa ke rumah sakit dan minum obat dari resep dokter.

7) Alergi

Ibu pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat alergi obat, makanan, minuman dan lingkungan.

8) Kecelakaan

Ibu pasien mengatakan pasien dan orang tuanya tidak pernah mengalami kecelakaan sebelumnya.

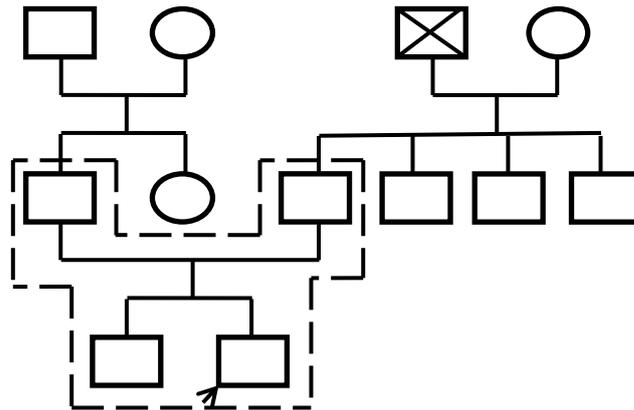
9) Imunisasi

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

e. Riwayat Keluarga

Ibu pasien mengatakan didalam keluarganya tidak ada anggota yang menderita penyakit seperti Diabetes, jantung, hipertensi dan penyakit menular missal TBC, Hepatitis dan HIV AIDS.

Genogram



Bagan 3. 1 Genogram

Keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

➔ : Pasien

----- : Tinggal serumah

⊗ : Meninggal

— : Garis Perkawinan

| : Garis Keturunan

f. Riwayat Sosial

Ibu pasien mengatakan An. A tinggal bersama ibu, ayah, kakak. Sejak kecil An. A diasuh oleh ibunya. Pasien sifatnya pemalu dengan orang baru. Ibu pasien mengatakan lingkungan rumahnya disekitar persawahan, rumahnya bersih dan aman untuk bermain anaknya.

g. Keadaan Kesehatan Saat Ini

- 1) Diagnosa medis : Demam Typhoid
- 2) Tindakan operasi : Tidak ada
- 3) Obat-obatan :
 - a) Injeksi ondansentron 0,7 mg per 12 jam IV
 - b) Injeksi ceftriaxone 500 mg / 12 jam IV
 - c) Paracetamol syrup 3x7,5 ml cth peroral
 - d) Infus asering 500 ml 10 tetes per menit
- 4) Tindakan keperawatan
 - a) Memonitor suhu tubuh
 - b) Memberikan cairan oral
 - c) Melakukan pendinginan eksternal (misal selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
 - d) Menganjurkan tirah baring
 - e) Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

h. Pengkajian Pola Fungsional Menurut Gordon

- 1) Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Ibu pasien mengatakan status kesehatan pasien sejak lahir tidak ada gangguan maupun cacat fisik, saat kecil pasien rutin dibawa untuk pemeriksaan kesehatan secara rutin dan imunisasi. Ibu pasien

mengatakan An. A absen dari sekolah karena batuk, didalam keluarga pasien tidak ada yang merokok. Ibu pasien mengatakan pasien hanya memiliki mainan yang berbahan aman. Ibu pasien mengatakan pasien setiap hari berganti baju dua kali.

2) Pola nutrisi-metabolik

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien makan 3 kali per hari dengan komposisi nasi, lauk, sayur dan minuman @200 cc x 6 = 1200 cc per hari.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan makan 300 gram per hari dengan jenis makan roti. Pasien minum susu 500 cc dan air putih 800 cc per hari. Ibu pasien mengatakan anaknya merasakan mau muntah jika makan nasi dan lidah terasa pahit.

a) *Antropometri*

TB : 90 cm

BB : 16 kg

LILA : 15 cm

Lingkar kepala : 50 cm

Lingkar dada : 52 cm

b) *Biochemical* atau Biokimia

Hemoglobin : 13,9 g/dl

Monosit : 8,0%

S.Typhi : 1/160

c) *Clinical assesment* atau Pemeriksaan klinis

- Rambut : Rambut tampak sedikit berminyak dan kotor
- Kulit : Kulit warna sawo matang, kulit bersih, kulit terasa hangat.
- Gigi : Gigi pasien tampak sedikit kotor, tidak ada karies gigi
- Membran mukosa : membran mukosa pasien tampak sedikit kering
- Mulut dan lidah : tidak terdapat stomatitis pada mulut, lidah bagian tengah sedikit putih
- Ekstremitas atas : Terpasang infus asering 10 tetes per menit ditangan kiri
- Ekstremitas bawah : Tidak terdapat edema, sianosis, dan kekakuan pada ekstremitas
- Kelenjar tyroid : Tidak ada pembesaran tyroid

d) *Diit*

- Food Recall : Ibu pasien mengatakan mengatakan dalam 24 jam terakhir sebelum di bawa ke IGD tidak mau makan.

3) Pola eliminasi

- Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan buang air kecil 3-4 kali per hari, warna kuning, bau khas amoniak, kurang lebih 500 cc per hari, pasien buang air besar 1 kali per hari. Konsistensi lunak, tidak ada lendir, darah, kurang lebih 200 cc per hari.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan buang air besar 1 kali per hari. Buang air kecil kurang lebih 3-4 kali per hari, warna kuning, bau khas amoniak.

4) Pola latihan aktivitas

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan biasanya bermain dengan kakaknya. Pasien biasa mandi 2 kali per hari, keramas 2 hari sekali, pasien berganti pakaian 2 kali per hari, pasien dapat makan mandi, toileting dan berpakaian secara mandiri.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama sakit hanya di sibin 1 kali per hari. Selama sakit pasien hanya diatas tempat tidur dan bermain handphone.

5) Pola istirahat tidur

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit biasa tidur siang kurang lebih 1 jam, tidur malam kurang lebih 8 jam.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan pasien selama sakit sering terbangun ketika tidur malam. Pada saat tidur siang tertidur sebentar dan sering terbangun. Tidur malam hanya 5-6 jam.

6) Pola persepsi kognitif

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan pasien sering bermain dengan kakaknya. Pasien sudah mengerti jenis kelaminnya laki-laki dan belum tahu sepenuhnya dalam mengidentifikasi kebutuhan.

Selama sakit : Pasien saat ini terbaring dirumah sakit dan belum bisa melakukan aktivitas sebelumnya.

7) Pola persepsi diri konsep diri

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit bisa menjalankan perannya sebagai anak sekolah PAUD untuk belajar.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya sedang sakit tidak bisa menjalankan perannya sebagai anak karena sakit.

8) Pola hubungan peran

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan saat dirumah anaknya tinggal bersama ayah, ibu, kakak, pasien sangat akrab dengan kakaknya.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama sakit An. A yang menjaga ibunya karena ayahnya sedang bekerja.

9) Pola seksual reproduksi

Ibu pasien mengatakan sudah tidak mengompol. Pasien mengatakan dirinya laki-laki.

10) Pola toleransi stress koping

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan sebelum sakit sering dengan kakaknya dan bercerita bersama.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama sakit lebih sering diam dan jarang bercerita pada keluarga.

11) Pola kepercayaan nilai

Sebelum sakit : Ibu pasien mengatakan agama anaknya islam dan biasanya jika orang tuanya sholat mengikuti.

Selama sakit : Ibu pasien mengatakan selama dirumah sakit hanya terbaring di tempat tidur dan ingin cepat sembuh dan pulang.

i. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum : lemas, pucat
 kesadaran : Komposmentis
 Postur tubuh : Normal
 GCS : E4 M6 V5 = 15

2) Tanda-tanda vital

- Nadi : 120x/menit
 Suhu : 39,3°C
 Pernapasan : 25x/menit
 Spo2 : 98 %

- 3) TB : 90 cm
 BB : 16 kg
 LILA : 15 cm
 Lingkar Kepala : 50 cm
 Lingkar dada : 52 cm

4) Kepala

Bentuk kepala mesocephal, penyebaran rambut merata, warna hitam pendek, rambut tampak sedikit berminyak dan kotor.

5) Mata

Bentuk simetris kanan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada memakai kacamata.

6) Hidung

Simetris, tidak ada pembesaran polip, tidak terdapat sesak nafas, tidak ada pernafasan cuping hidung.

7) Telinga

Simetris kanan-kiri, tidak ada serumen, tidak memakai alat bantu pendengaran.

8) Mulut dan tenggorokan

Bibir simetris, mukosa bibir sedikit kering, tidak terdapat stomatitis, lidah bagian tengah sedikit putih, gigi sedikit kotor, pasien tidak batuk.

9) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid dan limfe.

10) Dada

Lingkar dada 52 cm, tidak terdapat kelainan dada

11) Jantung

Inspeksi: Ictus kordis tidak tampak

Palpasi: Ictus kordis teraba pada intercosta 4-5 mid klavikula kiri

Perkusi: pekak

Auskultasi: S1 dan S2 reguler, tidak ada bunyi tambahan

12) Paru-paru

Inspeksi: Tidak ada tarikan interkosta

Palpasi: Fraktil Fremitus getaran kiri dan kanan teraba sama

Perkusi: sonor

Auskultasi: Tidak terdapat suara ronchi dan wheezing

13) Abdomen

Inspeksi: Abdomen datar, tidak ada lesi, tidak terdapat pembesaran abdomen

Auskultasi: Peristaltik usus 8 kali per menit

Perkusi: Tympani

Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri lepas, hepar tidak hepatomegali

14) Punggung

Tidak terdapat lesi pada punggung dan tidak terdapat kelainan pada punggung.

15) Genitalia dan rektum

Jenis kelamin pria, tidak ada gangguan pada genitalia. Tidak terdapat lesi di anus dan tidak terdapat kelainan pada anus.

16) Ekstremitas

a) Atas : Terpasang infus asering 10 tetes per menit di tangan kiri, tidak terdapat edema, lesi, sianosis

b) Bawah : Fungsi gerak motorik baik, tidak ada lesi, sianosis edema pada ekstremitas bawah

5	5
5	5

17) Kulit

Kulit sawo matang, tidak terdapat lesi dan edema pada kulit, tidak ada sianosis maupun ikterik pada kulit, kulit sedikit elastis, kulit terasa hangat dan kemerahan.

18) Sistem Neuromuskuler

Tidak terdapat hambatan dan rasa nyeri saat memutar kepala dan menggerakkan leher.

j. Pemeriksaan Perkembangan

Pemeriksaan perkembangan pada anak usia (4 tahun, 2 bulan, 2 hari) dengan menggunakan Kuisisioner Pra Skrining Perkembangan untuk umur 48 bulan dilakukan pada tanggal 16 januari 2020 pada pukul 10.00.

Tabel 3.1 Kuesioner Praskrining untuk Anak 48 bulan

No	Pemeriksaan		Ya	Tidak
1	Dapatkah anak mengayuh sepeda roda tiga sejauh sedikitnya 3 meter?	Gerak kasar	√	
2	Setelah makan, apakah anak mencuci dan mengeringkan tangannya dengan baik sehingga anda tidak perlu mengulanginya?	Sosialisasi & kemandirian	√	
3	Suruh anak berdiri satu kaki tanpa berpegangan. Jika perlu ditunjukkan caranya dan beri anak anda kesempatan melakukannya 3 kali. Dapatkah ia mempertahankan keseimbangan dalam waktu 2 detik atau lebih?	Gerak kasar	√	
4	Letakkan selebar kertas seukuran buku ini di lantai. Apakah anak dapat melompati panjang kertas ini dengan mengangkat kedua kakinya secara bersamaan tanpa didahului lari?	Gerak kasar	√	
5	Jangan membantu anak dan jangan menyebut lingkaran. Suruh anak menggambar seperti contoh ini di kertas kosong yang tersedia. Dapatkah anak menggambar lingkaran?	Gerak halus	√	
6	Dapatkah anak meletakkan 8 buah kubus satu persatu di atas yang lain tanpa menjatuhkan kubus tersebut?	Gerak halus	√	
7	Apakah anak dapat bermain petak umpet, ular naga atau permainan lain dimana ia ikut bermain dan mengikuti aturan bermain?	Sosialisasi & kemandirian	√	
8	Dapatkah anak mengenakan celana	Sosialisasi &	√	

	panjang, kemeja, baju atau kaos kaki tanpa di bantu? (Tidak termasuk memasang kancing, gesper atau ikat pinggang)	kemandirian	
9	Dapatkah anak menyebutkan nama lengkapnya tanpa dibantu? Jawab “ Tidak” jika ia hanya menyebutkan sebagian namanya atau ucapannya sulit dimengerti.	Bicara & bahasa	√

Kesimpulan : dari 9 kuisisioner yang diberikan kepada pasien, dapat dilakukan dan dijawab. Jadi pemeriksaan perkembangan An. A sesuai usianya dengan total skor 9.

k. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan : 15 Januari 2020

Tanggal Selesai : 15 Januari 2020

Tabel. 3. 2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Nama Tes	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Metode	Keterangan
HEMATOLOGI					
DARAH LENGKAP					
Hemoglobin	H 13,9	g/Dl	10, 8-12,8	Flowcytametri	
Leukosit	9,49	10 ³ /uL	5-14,5	Flowcytametri	
Trombosit	344	10 ³ /uL	217-497	Flowcytametri	
Hematokrit	38,2	%	35-43	Flowcytametri	
Eritrosit	5,12	10 ³ /uL	3,6-5,2	Flowcytametri	
MCV	74,6	fL	73-101	Flowcytametri	
MCH	27,1	Fg	23-31	Flowcytametri	
MCHC	H 36,4	g/Dl	26-34	Flowcytametri	
Hitung Jenis dift					
Eusinofil	0,0	%	0-4	Flowcytametri	
Basofil	0,3	%	0-1	Flowcytametri	
Neutrofil	64,3	%	28-78	Flowcytametri	
Limfosit	27,4	%	20-50	Flowcytametri	
Monosit	H 8,0	%	1-6	Flowcytametri	
SEROLOGI ECLIA					
Widal					
Paratyphi					
S. Typhi O	1/80		< 1/160	Aglutinase	
S. Typhi H	1/160		< 1/160	Aglutinase	
S. Typhi AH	Negatif		< 1/160	Aglutinase	

l. Terapi Obat

Tanggal 15 Januari 2020

- 1) Injeksi ondansentron 0,7 mg per 12 jam IV
- 2) Injeksi ceftriaxone 500 mg per 12 jam IV
- 3) Paracetamol syrup 3x7,5 ml cth peroral
- 4) Infus asering 500 ml 10 tetes per menit

m. Data tambahan

- 1) Keadaan lingkungan: lingkungan rumah sakit bising, suhu ruangan dingin, dan terlihat makanan dari rumah sakit masih utuh.
- 2) Keadaan psikologis: pasien tampak rewel, gelisah

2. Analisa Data

Nama Klien : An. A No. Register : 219246
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : Demam Typhoid

Tabel 3.3 Analisa Data

No.	Hari/ Tgl/ Jam	Data Fokus	Kemungkinan Penyebab	Masalah Keperawatan	TTD/ nama
1	Kamis, 16 Januari 2020 08. 30	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya panas sudah 2 hari DO : - Suhu : 39,3°C - Nadi : 120x/menit - S. Typhi H : 1/160 - Monosit: 8,0% - Kulit terasa hangat - Kulit kemerahan	Proses penyakit	Hipertermia D.0130	 Febri
2	Kamis, 16 Januari 2020 08. 35	DS : Ibu pasien mengatakan anaknya merasakan mau muntah jika makan nasi dan lidah terasa pahit DO : - pasien tampak pucat - Makanan dari rumah sakit masih utuh	Efek toksin	Nausea D. 0076	 Febri
3	Kamis, 16 Januari 2020 8. 40	DS : - Ibu pasien mengatakan pasien selama sakit sering terbangun ketika tidur malam - Ibu pasien mengatakan anaknya merasakan kedinginan	Gejala penyakit	Gangguan rasa Nyaman D.0074	 Febri

DO :

- Pasien tampak gelisah
 - Pasien tampak rewel
 - Suhu ruangan dingin
 - Lingkungan rumah sakit yang bising
 - Pasien tampak lemas
-

4. Prioritas Masalah

Nama pasien : An. A

No.Register : 219246

Ruang : Amarilis

Dx.Medis : Demam Typhoid

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
- b. Nausea berhubungan dengan efek toksin
- c. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala penyakit

Jum'at, 17 Januari 2020 07. 30	1. Mengukur suhu tubuh tiap 2-4 jam	DS: ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya dicek suhunya DO: S: 36,1 °C	 Febri
07. 35	2. Memberikan cairan oral: - Air putih - Jus buah - Susu - Paracetamol 3x7,5 ml cth	DS: ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum obat, dan lebih menyukai jus buah daripada air putih dan susu. DO: - pasien minum jus buah - Pasien minum paracetamol 7,5 ml per oral	 Febri
07. 40	3. Menganjurkan tirah baring	DS: ibu pasien mengatakan akan mengikuti anjuran DO: ibu pasien kooperatif	 Febri
Sabtu, 18 Januari 2020 09. 00	1. Mengukur suhu tubuh tiap 2-4 jam	DS: ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya di ukur suhunya DO: S: 38,0 °C	 Febri
09. 05	2. Memberikan cairan oral: - Jus buah - Air putih - Paracetamol 3x7,5 ml cth	DS: ibu pasien mengatakan anaknya sudah mau minum air putih dengan dipaksa DO: Pasien kooperatif	 Febri
09. 10	3. Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat)	DS: ibu pasien mengatakan bersedia jika anaknya di kompres hangat DO: pasien kooperatif	 Febri
09. 15	4. Menganjurkan Tirah baring	DS: ibu pasien mengatakan mengerti DO: ibu pasien kooperatif	 Febri

7. Catatan perkembangan

Nama klien : An. A No. Register : 219246
 Ruang : Amarilis Dx. Medis : Demam Typhoid

Tabel 3.7 Catatan Perkembangan

Hari, Tgl, Jam	No.Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	TTD>Nama
Kamis, 16 Januari 2020 20. 20	1	S: ibu pasien mengatakan anaknya masih panas O: - S: 38,3 °C - N: 120x/menit - RR: 25x/menit - Spo2: 98% - Kulit terasa hangat - Kulit kemerahan A: Masalah hipertermia belum teratasi P: lanjutkan intervensi 1. monitor suhu 2. berikan cairan oral 3. anjurkan tirah baring	 Febri
Jum'at, 17 Januari 2020 20. 20		S: ibu pasien mengatakan anaknya panas naik lagi O: - S: 38,4 °C - N: 115x/menit - RR: 24x/menit - Spo2: 98% - Kulit terasa hangat A: Masalah hipertermia belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Monitor suhu 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan eketernal 4. Anjurkan tirah baring	 Febri
Sabtu, 18 Januari 2020 14. 00		S: ibu pasien mengatakan sudah tidak panas O: - S: 36,9 °C - N: 115x/menit - RR: 25x/menit - Spo2: 98% A: Masalah hipertermia teratasi P: Pertahankan intervensi 1. Monitor suhu tubuh 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan pendinginan	 Febri

eksternal (misal: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila

4. Anjurkan Tirah baring
 5. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intra vena, jika perlu
-

B. Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang pengelolaan hipertermi pada An. A dengan Demam Typhoid di Ruang Amarilis RSUD Ungaran pada hari Kamis, 16 Januari 2020. Pembahasan ini mencakup lima proses keperawatan yang telah dilakukan. Mulai dari pengumpulan data melalui pengkajian, menganalisa data untuk merumuskan masalah, menentukan tujuan dan kriteria hasil dari intervensi, selanjutnya impementasi dari rencana yang sudah ditentukan, proses yang terakhir berupa evaluasi keperawatan dimana berhasil atau tidaknya tindakan yang telah dilakukan yang berpacu pada tujuan dan kriteria hasil. Untuk lebih jelasnya akan diuraikan sebagai berikut :

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Rohmah, dan Wahid, 2017). Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada hari kamis, tanggal 16 Januari 2020 dengan melakukan metode *autoanamnesa* dan *alloanamnesa* di Ruang Amarilis RSUD Ungaran.

Diperoleh identitas pasien An. A berusia 4 tahun 2 bulan 2 hari, dengan diagnosa Demam tifoid. Saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif yaitu ibu pasien mengatakan ibu pasien mengatakan anaknya panas sudah 2 hari. Menurut Cita (2011) demam merupakan keluhan dan gejala klinis terpenting yang timbul pada semua penderita demam typhoid. Demam dapat muncul secara tiba-tiba, dalam 1-2 hari menjadi parah dengan gejala yang

menyerupai septikemia oleh karena *Streptococcus* atau *Pneumococcus* daripada *S. typhi*.

Pada pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan data suhu tubuh 39,3°C, nadi 120 kali per menit, kulit terasa hangat dan kulit tampak kemerahan. Data suhu tubuh tersebut menunjukkan adanya peningkatan pada suhu tubuh pasien. Nilai normal suhu tubuh manusia adalah 36,5°C-37,0°C. Seseorang dikatakan hipertermi apabila suhu tubuh mencapai > 37,0°C (Asmadi, 2012). Hipertermi (demam) adalah suatu keadaan tubuh dalam keadaan suhu tubuh diatas batas normal sebagai pengaruh dari peningkatan pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Pada kondisi normal, terjadi keseimbangan antara produksi dan pelepasan panas tubuh. Pada kondisi tidak normal, terjadi ketidakseimbangan antara produksi dan pembatasan panas sehingga terjadi peningkatan suhu tubuh yang tidak teratur, itulah yang disebut hipertermia (Sodikin, 2012).

Data yang didapatkan pada hasil laboratorium menunjukkan adanya *S. Typhi* H 1/160. Uji Widal dikatakan positif apabila didapatkan titer $\geq 1:160$ untuk aglutinin O maupun H dengan kriteria diagnostik tunggal ataupun gabungan. Jika memakai kriteria diagnostik tunggal, maka aglutinin O lebih bernilai diagnostik dibandingkan H (Velina, Hanif dan Efrida, 2016). Pemeriksaan laboratorium yang paling sering digunakan adalah uji serologis. Kultur salmonella merupakan gold standard dalam menegakkan diagnosis demam typhoid. Tes serologis lain yang dapat digunakan dalam menentukan diagnosis demam typhoid adalah tes Widal, dan tes IgM Salmonella typhi. Pada kultur darah, hasil biakan yang positif memastikan demam tifoid. Pada uji Widal, akan dilakukan pemeriksaan reaksi antara antibodi aglutinin dalam serum penderita yang telah mengalami pengenceran berbeda-beda terhadap antigen somatic (O) dan flagela (H) yang

ditambahkan dalam jumlah yang sama sehingga terjadi aglutinasi. Pengenceran tertinggi yang masih menimbulkan aglutinasi menunjukkan titer anti bodi dalam serum (A. Fatmawati Rachman, Nahwa Arkhesi, Hardian, 2011) dalam (Mahartini, 2018).

Hasil pemeriksaan laboratorium juga didapatkan hasil monosit 8,0 %. Hasil pemeriksaan tersebut menunjukkan adanya inflamasi oleh bakteri *sallmonela thyphi* pada usus halus yang ditunjukkan dengan pemeriksaan widal positif. Monosit merupakan bagian dari leukosit (sel darah putih) dimana leukosit memegang peranan penting dalam sitem imun tubuh. Monosit merupakan sel leukosit yang memiliki ukuran paling besar yaitu sekitar 18 μm , berinti padat dan melekok seperti ginjal atau biji kacang, sitoplasma tidak mengandung granula dengan masa hidup 20-40 jam dalam sirkulasi. Jumlah monosit kira-kira 3-8% dari total jumlah leukosit. Monosit memiliki dua fungsi yaitu sebagai fagosit mikroorganisme (khususnya jamur dan bakteri) serta berperan dalam reaksi imun. Monosit akan menghancurkan benda-benda asing dalam tubuh, menghancurkan sel-sel yang berkembang secara tidak normal atau mengalami kelainan, selain itu monosit berfungsi dalam proses peradangan sehingga dalam prosesnya monosit akan menimbulkan gejala seperti nyeri pada organ tertentu (Kiswari, 2014).

2. Diagnosa

Setelah diuraikan dari data pengkajian yang di dapatkan, diagnosa yang ditegakkan untuk menjadi prioritas adalah hipertermi. Hipertermi adalah peningkatan suhu inti tubuh manusia yang biasanya terjadi karena infeksi, kondisi dimana otak mematok suhu di atas setting normal yaitu di atas 38°C.

Namun demikian, panas yang sesungguhnya adalah bila suhu $>38,5^{\circ}\text{C}$ (Anisa, 2019).

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2016)

Menurut PPNI (2016) beberapa tanda gejala mayor dan minor dari hipertermi yaitu suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea dan kulit terasa hangat.

Tanda gejala mayor dan minor yang didapatkan penulis sesuai dengan yang dialami An. A yaitu adanya suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, takikardi, dan kulit terasa hangat. Menurut penulis tanda dan gejala anak mengalami hipertermi yang disebabkan oleh peningkatan suhu tubuh diatas nilai normal, didukung oleh data subyektif yaitu Ibu pasien mengatakan anaknya panas sudah 2 hari. Dengan data obyektif suhu: $39,3^{\circ}\text{C}$, nadi : 120x/menit, kulit terasa hangat, kulit kemerahan.

Menurut PPNI (2016) hipertermi yang muncul dapat diakibatkan oleh dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (misal. Infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, penggunaan inkubator.

Menurut penulis faktor yang berhubungan dengan hipertermi yang dapat ditegakkan dengan kasus yang dialami pasien yaitu masuk dalam proses penyakit (misal. Infeksi, kanker) yaitu penyakit yang ditimbulkan oleh bakteri *sallmonela typhi*. Demam yang berarti suhu tubuh diatas batas normal biasa,

dapat disebabkan oleh kelainan dalam otak sendiri atau oleh zat toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu, penyakit-penyakit bakteri, tumor otak, atau dehidrasi.

Menurut Guyton (2012) mekanisme hipertermi terjadi karena banyak protein, hasil pemecahan protein dan zat-zat tertentu lain, seperti toksin lipopolisakarida yang disekresi oleh bakteri dapat menyebabkan titik setel termostat hipotalamus meningkat. Zat-zat yang menyebabkan efek ini dinamakan pirogen (zat yang menyebabkan demam) yang akan meningkatkan seting point suhu di hipotalamus. Zat-zat pirogen ini akan merangsang pelepasan PGE₂ (prostaglandin 2) yang selanjutnya akan meningkatkan seting point suhu dihipotalamus. Kenaikan seting point ini akan menyebabkan perbedaan antara suhu seting point dengan suhu tubuh, dimana suhu seting point lebih tinggi dari pada suhu tubuh. Untuk menyamakan perbedaan ini, suhu tubuh akan meningkat sehingga akan menyebabkan demam. Pada saat awal kenaikan panas tubuh, suhu tubuh yang lebih rendah dari pada seting point menyebabkan terjadinya vasokonstriksi (penyempitan) pembuluh darah untuk mencegah hilangnya panas dari tubuh, sementara penderita akan merasa kedinginan dan menggigil untuk meningkatkan suhu tubuh. Proses ini mengakibatkan penderita merasa kedinginan dan menggigil meskipun jika diukur, tubuhnya panas. Peristiwa ini akan berhenti apabila suhu tubuh sudah sama dengan seting point suhu di hipotalamus. Terdapat pirogen yang disekresikan oleh bakteri toksik atau pirogen yang dikeluarkan dari degenerasi jaringan tubuh yang menyebabkan demam selama sakit. Bila titik setel termostat hipotalamus meningkat lebih tinggi dari normal, semua mekanisme untuk meningkatkan suhu tubuh bekerja termasuk konservasi panas dan peningkatan pembentukan

panas. Dalam beberapa jam setelah termostat diubah ke tingkat yang lebih tinggi, suhu tubuh juga mencapai tingkat tersebut

3. Intervensi

Setelah diagnosa keperawatan ditegakkan penulis akan membahas lebih dalam mengenai intervensi. Intervensi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk memperoleh hasil yang diharapkan seperti telah diidentifikasi untuk keperluan pasien. Jelasnya, intervensi keperawatan bisa meliputi penilaian, pengajaran, konseling, atau perlakuan aktual langsung (Vaughans, 2013).

Penulis akan membahas mengenai intervensi yang digunakan untuk mengatasi masalah keperawatan hipertermi pada An. A. Hipertermi diatasi dengan manajemen hipertermia yang bertujuan mencegah suatu kondisi suhu tubuh meningkat drastis dari suhu normal.

Penulis menjadikan hipertermi sebagai prioritas utama, karena jika hipertermi tidak segera ditangani akan membuat ketidaknyamanan dan menimbulkan masalah-masalah baru. Menurut Virginia Henderson dalam Irania (2019), mempertahankan suhu tubuh dalam kondisi normal merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi manusia. Hipertermia dapat menjadi tanda-tanda klinis penyakit yang terjadi karena infeksi, bakteri dan virus.

Intervensi yang telah penulis tetapkan dalam masalah keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (misal. Infeksi, kanker) yaitu manajemen hipertermia meliputi monitor suhu (ukur suhu tubuh), berikan cairan oral (beri minum air putih atau jus buah), lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat), anjurkan tirah baring (anjurkan istirahat tidur), dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Dalam intervensi yang pertama penulis adalah monitor suhu. Menurut penulis monitor suhu penting untuk mengetahui kondisi tubuh pasien. Pada pasien demam typhoid perlu memantau suhu secara rutin karena suhu tubuh bisa naik turun naik turun. Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar (Sutisna, 2012) dalam (Fitriyah, Widasari, dan Saputro, 2017).

Intervensi yang kedua yaitu berikan cairan oral. Menurut penulis pemberian cairan oral untuk mengganti cairan yang hilang dan agar tidak terjadinya dehidrasi pada pasien. Pemberian cairan oral seperti air putih, susu, jus buah, dan paracetamol syrup.

Intervensi yang ketiga yaitu lakukan pendinginan eksternal (misal: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila). 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 (Lusia, 2011) dalam (Haryani dan Adimayanti, 2016).

Sama halnya dengan penelitian sebelumnya yang pernah dilakukan oleh Ahmad Irfankhan pada tahun 2011, dengan judul efektifitas kompres hangat dan kompres dingin yang dilakukan di rumah sakit dr. Sardjito Yogyakarta. Ahmad Irfan khan mengemukakan hasil bahwa kompres hangat lebih efektif dibandingkan dengan kompres dingin. Lebih jelasnya pemberian kompres hangat pada daerah tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus melalui

sumsum tulang belakang. Ketika reseptor yang peka terhadap panas dihipotalamus dirangsang, sistem effektor mengeluarkan sinyal yang memulai berkeringat dan vasodilatasi perifer, sedangkan kompres dingin adalah memberi rasa dingin pada daerah setempat dengan menggunakan kain yang dicelupkan pada air biasa atau air es sehingga memberi efek rasa dingin pada daerah tersebut (Haryani dan Adimayanti, 2016).

Intervensi yang keempat yaitu anjurkan tirah baring. Menurut hasil wawancara Zurimi (2019) di RSUD dr. P. P. Magretti Sumlaki selalu memprioritaskan pengobatan yang memberi dorongan, dimana pasien dianjurkan istirahat dengan tujuan untuk mencegah komplikasi dan mempercepat penyembuhan selain itu pasien juga harus tirah baring minimal sampai 7 hari selama perawatan.

Intervensi yang kelima yaitu kolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena. Menurut penulis dalam pemberian cairan dan elektrolit bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan pada tubuh pasien dan digunakan untuk pemberian obat melalui intravena ketika kondisi pasien kesadaran menurun.

4. Implementasi

Setelah menentukan intervensi keperawatan, penulis sudah menentukan mengimplementasikan sesuai dengan intervensi keperawatan. Implementasi merupakan fase proses keperawatan di mana rencana diterapkan dalam tindakan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Vaughans, 2013).

Intervensi yang pertama kali dilakukan penulis pada hari Kamis, 16 Januari 2020 yaitu memonitor suhu. Berdasarkan lima intervensi diatas, implementasi dilakukan selama tiga hari. Pada hari kedua penulis tidak melakukan melakukan pendinginan eksternal dan mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena karena sudah terpasang infus asering dan suhu tubuh pasien sudah menurun. Pada hari ketiga penulis tidak melakukan mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Implementasi pertama yaitu memonitor suhu. Pada data subyektif ibu pasien mengatakan anaknya mau di ukur suhu tubuhnya didapatkan hasil suhu: 39,3°C, kulit terasa hangat dan kulit kemerahan. Menurut Ardiansyah (2016) dalam Prتامawati (2019) bahwa memonitor suhu setiap 2 jam atau 4jam bertujuan untuk mengetahui keadaan umum klien.

Implementasi yang kedua yaitu memberikan cairan oral. Penulis memberikan cairan oral seperti air putih, susu, jus buah, dan paracetamol. Didapatkan data bahwa ibu pasien mengatakan ibu pasien mengatakan anaknya sudah minum obat, belum mau minum air putih, hanya minum susu 1 gelas atau 200 ml. Pasien minum habis 1 gelas atau 200 ml air putih dan 1 gelas jus buah. Menurut penulis tindakan menganjurkan meningkatkan intake cairan bertujuan agar tidak terjadi dehidrasi. Menurut Sodikin (2011) menyatakan 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

Implementasi yang ketiga yaitu melakukan pendinginan eksternal dengan cara kompres hangat. Penulis melakukan kompres hangat di bagian aksila atau ketiak. Pemberian kompres hangat pada daerah aksila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar dan banyak terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi yang akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak (Ayu, Irwanti, dan Mulyani, 2015). Menurut Susanti (2012) kompres hangat adalah melapisi permukaan kulit dengan handuk yang telah dibasahi air hangat dengan temperatur maksimal 43°C.

Menurut penelitian tentang kompres hangat yang dilakukan oleh Mohamad (2012) dalam Prasetyo (2017), pada penanganan hipertermi anak diusahakan agar tidak menggunakan obat-obatan terlebih dahulu kecuali suhu tubuh anak diatas 38°C karena berdampak buruk efek toksik pada si anak. Pada pemberian kompres hangat terdapat mekanisme tubuh terhadap kompres hangat tersebut. Pemberian kompres hangat, tubuh akan memberikan sinyal kepada hipotalamus melalui sumsum tulang belakang dan akan merangsang pusat pengaturan panas. Sistem efektor mengeluarkan sinyal yang di akibatkan vasodilatasi perifer, sehingga menyebabkan pembuangan energi panas melalui kulit meningkat (berkeringat). Kemudian akan terjadi penurunan suhu tubuh, sehingga diharapkan dapat menjadikan suhu tubuh seseorang kembali normal.

Implementasi yang keempat yaitu menganjurkan tirah baring. Menurut Susanti (2012), penurunan produksi panas diantaranya dapat dilakukan dengan istirahat yang cukup agar laju metabolisme tubuh menurun. Respon ibu pasien mengatakan mengerti dan akan membatasi aktivitas anak. Menurut Padila

(2013), anjuran untuk bedrest kepada pasien hipertermi agar pasien dapat beristirahat, dapat menghindari kondisi pasien yang lebih parah, kondisi pasien dapat pulih dengan segera dan proses penyembuhan dapat berjalan dengan sempurna. Sehingga diharapkan dapat mempercepat kesembuhan.

Implementasi yang kelima yaitu mengkolaborasikan pemberian cairan dan elektrolit intravena infus asering 10 tpm. Tujuan diberikan cairan dan elektrolit intravena merupakan pengobatan asidosis yang berhubungan dengan dehidrasi dan kehilangan ion alkali dari tubuh, dengan langsung mensupport cairan kedalam darah melalui selang infus (ISO, 2013).

5. Evaluasi

Saat penulis melakukan tindakan keperawatan dari rencana yang telah ditentukan, pasien dapat mengikuti dengan baik. Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur dan Walid, 2017). Terdapat peningkatan respon sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan dalam perencanaan. Hasil yang didapatkan pada tanggal 16 Januari 2020 yaitu ibu pasien mengatakan anaknya masih panas. Didapatkan data obyektif suhu: 38,3°C, Nadi: 120x/menit, RR: 25x/menit, Spo2: 98%, kulit terasa hangat, kulit kemerahan.

Masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dapat berkurang dari 39,3°C menurun menjadi 38,3°C. Panas bisa mulai membaik karena implementasi yang dilakukan perawat baik tindakan mandiri perawat dan dibantu dengan obat, bila hasil keduanya disimpulkan maka hasilnya pasien belum dalam tahap membaik dalam masalah hipertermi. Dalam rencana tindak

lanjut tetap dilakukan monitor suhu, berikan cairan oral, dan anjurkan tirah baring.

Pada tanggal 17 Januari 2020 hasil dari tindakan yang telah diberikan kepada pasien yaitu ibu pasien mengatakan panas anaknya naik lagi. Didapatkan data obyektif suhu: 38,4°C, nadi: 120x per menit, RR: 24x per menit, Spo2: 98%, kulit terasa hangat.

Masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit meningkat dari 36,1°C naik menjadi 38,4°C. Panas meningkat dikarenakan infeksi pada penyakitnya yang membuat pasien tidak nyaman dan rewel sehingga laju metabolisme meningkat mengakibatkan panas meningkat. Rencana tindak lanjut yang dilakukan yaitu tetap monitor suhu, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal, dan anjurkan tirah baring.

Pada tanggal 18 Januari 2020 hasil dari tindakan yang telah diberikan kepada pasien yaitu ibu pasien mengatakan sudah tidak panas. Didapatkan data obyektif S: 36,9°C, N: 115x/menit, RR: 25x/menit, Spo2: 98%. Panas menurun karena kenyamanan pasien dalam beristirahat, dan peran orang tua dalam pemberian asupan nutrisi dan cairan diberikan sesuai anjuran perawat.

Berdasarkan tindakan keperawatan yang telah dilakukan selama 3 hari oleh penulis, didapatkan hasil bahwa hipertermi An. A dapat teratasi. Hal itu ditunjukkan pada penurunan suhu lamanya proses penyakit. Dalam proses pengelolaan hipertermi pada An. A, penulis menemukan faktor pendukung yang memudahkan serta menunjang penulis untuk menyelesaikan masalah tersebut. Faktor pendukungnya yaitu dari pihak keluarga An. A ikut serta dalam tindakan keperawatan, An. A mau diberikan tindakan sesuai intervensi. Faktor penghambat pada penyelesaian masalah ini yaitu An. A tidak mau makanan dari

rumah sakit, rewel pada saat panasnya naik, An. A sulit diajak untuk berkomunikasi dan An. A kedinginan pada saat malam hari. Hal ini disebabkan karena lingkungan yang asing dan adanya kebiasaan-kebiasaan yang berbeda. Alternatif pemecahan masalah yaitu dengan memberikan minum air hangat sebelum makan dan menyuapi An. A, menyarankan ibu An. A untuk mengompres hangat serta diberikan kenyamanan pada pasien, dan anjurkan kepada keluarga An. A untuk memberikan selimut ketika mengeluh kedinginan. Bagi perawat dan pengelola, bersalaman dengan anak saat memulai interaksi, menggunakan nada suara rendah dan bicara pelan-pelan, mengalihkan aktivitas komunikasi, misalnya dengan memberikan mainan saat komunikasi, dan mengajak anak menggambar, menulis atau bercerita untuk menggali perasaan dan fikiran anak.

