

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas tentang proses asuhan keperawatan Medical Surgical pada pasien Ny. Y. H. T dengan diagnosa medis Malaria, di Ruang Dahlia Rumah Sakit Umum daerah Umu Rara Meha Waingapu meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang terakreditasi paripurna dengan nilai B yang terdiri dari 2 instalasi yaitu instalasi rawat jalan dan instalasi rawat inap. Instalasi rawat jalan terdiri dari Poli penyakit paru, Poli saraf, Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, Poli VCT, Poli mata, dan Poli gizi. Instalasi rawat inap yaitu ruangan dahlia untuk penyakit dalam, Ruang kemuning untuk Kebidanan, ruangan PICU untuk pasien anak-anak dengan masalah kesehatan yang emergency, ruangan Perina untuk pasien bayi baru lahir dengan masalah kesehatan, ruangan ICU untuk pasien emergency, ruangan VIP dan utama untuk semua umur.

Ruang Dahlia adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu yang di khususkan untuk penyakit dalam

dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 44 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan yaitu kelas satu terdiri dari 2 ruangan yaitu ruang rawat untuk pasien laki-laki memiliki 2 tempat tidur dan ruang rawat untuk pasien perempuan memiliki 2 tempat tidur, kelas 2 terdiri dari 2 ruangan dan memiliki 5 tempat tidur untuk pasien laki-laki dan untuk pasien perempuan memiliki 5 tempat tidur, kelas 3 terdiri dari 4 ruangan yaitu 1 ruangan non infeksius untuk pasien laki-laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan non infeksius untuk pasien perempuan memiliki 7 tempat tidur, 1 ruangan infeksius untuk pasien laki-laki memiliki 5 tempat tidur, 1 ruangan infeksius untuk pasien perempuan memiliki 5 tempat tidur, dan ruangan perawatan dengan pasien penyakit menular (isolasi) yang terdiri dari 4 ruangan yang masing-masing ruangan memiliki 2 tempat tidur dan ruangan observasi yang memiliki 2 tempat tidur.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

1) Anamnese

Tabel 4.1 Identitas Pasien

NO	Identitas Klien	Hasil
1.	Nama (insial)	Ny.Y.H.T
2.	Umur (tahun)	53 Tahun
3.	Jenis kelamin	Perempuan
4.	Suku/Bangsa	Sumba/Indonesia
5.	Agama	Kristen
6.	Pekerjaan	Ibu rumah tangga
7.	Pendidikan	SD
8.	Alamat	Kota Kahau
9.	Penanggung jawab	BPJS
10.	NO.Reg/RM	10XXXX
11.	Tgl/MRS	10 Maret 2024
12.	Diagnosa Medis	Malaria

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil pengkajian pada klien Ny. Y.H.T berjenis kelamin perempuan, berumur 53 tahun, beragama Kristen, pendidikan terakhir SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat di Kota Kahau, Sumba Timur, Indonesia. Nomor register 10XXXX, yang dirawat di RSUD Umu Rara Meha Waingapu.

Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

NO	Riwayat Kesehatan	Hasil
1.	Keluhan utama	Demam disertai dengan menggigil
2.	Riwayat kesehatan sekarang	Klien mengatakan Demam, sejak 3 hari yang lalu pada hari Kamis tanggal 07 Maret 2024, Demam naik turun dan tidak menentu waktunya, nyeri kepala, lemas, mual-mual, dan mencret dua kali tadi pagi
3.	Riwayat kesehatan dahulu	Klien mengatakan pernah mengalami penyakit hipertensi
4.	Riwayat alergi	Klien mengatakan tidak ada alergi makanan, minuman, maupun obat-obatan
5.	Riwayat kesehatan keluarga	Klien mengatakan tidak ada keluarga yang sakit pada saat ini yang sama dengan klien
6.	Riwayat penyakit tropik	Klien mengatakan pernah mengalami penyakit tropik seperti malaria, DBD, chikungunya, leptospirosis, filariasis, dan penyakit cacingan.

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan hasil riwayat kesehatan pada klien Ny. Y.H.T keluhan utama yang di temukan pada klien yaitu demam disertai dengan menggigil. Keluhan sekarang yang ditemukan pada klien didapatkan Demam, sejak 3 hari yang lalu pada hari Kamis tanggal 07 Maret 2024, Demam naik turun dan tidak menentu waktunya, nyeri kepala, lemas, mual-mual, dan mencret dua kali tadi pagi. Riwayat kesehatan dahulu yang ditemukan pada klien pernah mengalami penyakit hipertensi.

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

Hal Yang Dikaji	Sebelum Sakit	Di Rumah Sakit/ saat ini
Pola Kongnitif-Persepsi	Pasien mengatakan indra pendengaran,	Pasien mengatakan tidak ada gangguan

	rasa, dan penglihatan tidak terganggu.	terhadap indra pendengaran penglihatan dan penciuman.
Pola Nutrisi-Metabolik		
a) Antropometri		
✓ BB	BB: 53	BB: 53
✓ TB	TB: 158	TB: 158
✓ IMT	$\frac{53}{1,54 \times 1,54}$ $= 53/2,37$ $= 22$	$\frac{53}{1,54 \times 1,54}$ $= 53/2,37$ $= 22$
b) Biochemical		
✓ Laboratorium focus nutrisi	Warna kuning kejernihan	Pada pemeriksaan warna hasil pemeriksaannya kuning, Pada pemeriksaan kejernihan hasil pemeriksaannya jernih, pada pemeriksaan berat jenis hasil pemeriksaannya 1.010 (normal 1.005-1.030), pada pemeriksaan Ph hasil pemeriksaannya 6.0 (normal 4.8-7.4)
c) Clinical		Rambut beruban,

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tanda-tanda klinis rambut ✓ Turgor kulit ✓ Mukosa bibir ✓ Warna lidah(apakah ada ulcer) ✓ Kongjungtiva anemis atau tidak <p>d) Diet</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nafsu makan ✓ Jenis makanan ✓ Frekuensi makan ✓ Jenis diet <p>e) Mual/Muntah/Sariawan</p> <p>f) Minum(frekuensi, jumlah,jenis)</p>	<p>Rambut beruban, rapi, dan bersih</p> <p>Turgor kulit baik</p> <p>Mukosa bibir pucat</p> <p>Warna lidah pink</p> <p>Kongjungtiva tidak anemis</p> <p>Baik</p> <p>Pasien mengatakan makan makanan seperti nasi, daging, telur dengan porsi habis, dan minum air putih 1 gelas kecil</p>	<p>rapi, dan bersih</p> <p>Turgor kulit baik</p> <p>Mukosa bibir pucat</p> <p>Warna lidah pink</p> <p>Kongjungtiva tidak anemis</p> <p>Baik</p> <p>Pasien mengatakan makan makanan seperti nasi, daging, telur dengan porsi $\frac{1}{2}$, sering merasa mual dan pasien tidak terlalu suka minum air</p>
<p>Pola Eliminasi</p> <p>a) BAK</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frekuensi (x/hari) ✓ Warna ✓ Keluhan ✓ Penggunaan alat bantu (kateter/lainnya) <p>b) BAB</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Frekuensi (x/hari) ✓ Waktu (pagi/siang/sore/malam/tidak tentu) ✓ Warna ✓ Keluhan ✓ Konsistensi ✓ Penggunaan laxitive ✓ Penggunaan alat bantu 	<p>Pasien mengatakan BAK 8-9x/ menit, warna kuning,tanpa keluhan, dan tanpa alat bantu</p> <p>Pasien mengatakan BAB 1-2x/hari, tidak menentu, warna kuning kecoklatan, tanpa keluhan, tidak menggunakan laxitive dan tanpa alat bantu</p>	<p>Pasien mengatakan BAK 8-9x/ menit, warna kuning,tanpa keluhan, dan tanpa alat bantu seperti kateter</p> <p>Pasien mengatakan BAB 1-2x/hari, tidak menentu, warna kuning kecoklatan, tanpa keluhan, tidak menggunakan laxitive dan tanpa</p>

							alat bantu	
Pola Personal Hygiene								
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mandi (frekuensi) ✓ Oral hygiene (frekuensi) ✓ Cuci Rambut (frekuensi) ✓ Mengganti Pakian (frekuensi) ✓ Penampilan umum 							Pasien mengatakan mandi 2x/ hari, berkumur 1x pada saat baru bangun tidur, cuci rambut 2x / minggu, 2x mengganti pakian dan terlihat rapi	Pasien mengatakan mandi 1x/ hari, berkumur, cuci rambut 1x selama di rumah sakit, mengganti pakian 1x/ hari, dan terlihat rapi
Pola Aktivitas dan Latihan								
ADL	0	1	2	3	4	Keterangan		
Makan/ minum	✓					0: mandiri 1: dengan alat bantu 2: di bantu orang lain 3: di bantu orang lain dan alat 4: tergantung total	Pasien mengatakan melakukan pola aktivitas dan latihan tanpa di bantu	Pasien mengatakan melakukan pola aktivitas dan latihan tanpa di bantu
Toileting	✓							
Mobilisasi dari tempat tidur	✓							
Berpakaian	✓							
Berpindah	✓							
Ambulasi	✓							

Pola Istirahat dan Tidur		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Waktu ✓ Frekuensi ✓ Kebiasaan/ Ritual Tidur ✓ Keluhan 	Pasien mengatakan istirahat dan tidur lebih dari 1 jam, tidak melakukan ritual, dan tidak ada keluhan	Pasien mengatakan istirahat dan tidur lebih dari 1 jam, tidak melakukan ritual, dan tidak bisa tidur karna baribut

Berdasarkan tabel 4.3 didapatkan hasil pola fungsi kesehatan pada klien Ny. Y.H.T tinggal di lingkungan kompleks perumahan. Klien mengatakan dirumah ada kolam ikan di belakang rumah. Selain itu didapatkan data Laboratorium focus nutrisi pada klien Pada pemeriksaan warna hasil pemeriksaannya kuning, Pada pemeriksaan kejernihan hasil pemeriksaannya jernih, pada pemeriksaan berat jenis hasil pemeriksaannya 1.010 (normal 1.005-1.030), pada pemeriksaan Ph hasil pemeriksaannya 6.0 (normal 4.8-7.4).

2) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Hasil Pemeriksaan Fisik

No	Pemeriksaan Umum	Hasil
1.	Keadaan Umum	KU: Sedang
2.	Kesadaran	Composmentis ,neurologi: E ₄ V ₅ M ₆
3.	Tanda -Tanda Vital	TD : 88/55 mmHg N : 78 x/m RR : 21 x/m S :38,0 °C SPO ² : 99%
4.	Status Gizi	Berat badan An.D mengalami penurunan saat sakit BB Seb = 45

		Kg BB Ses = 38 Kg TB = 144 cm IMT = 18,3
5.	Pemeriksaan Fisik: Inspeksi	
	a. Kepala	<p>Kepala: Bentuk kepala simetris, tidak ada benjolan ataupun lesi, tipe rambut lurus, distribusi rambut merata diseluruh kepala dan warna rambut hitam.</p> <p>Mata: Bentuk mata normal, diameter kedua pupil sama, ada reflek cahaya, sklera berwarna putih normal, kongjungtiva berwarna merah mudah, tidak ada keluhan pada daerah mata atau gangguan penglihatan.</p> <p>Telinga: Bentuk telinga simetris kanan dan kiri, tidak ada penumpukan kotoran pada lubang telinga, tidak menggunakan alat pendengaran, fungsi pendengaran baik.</p> <p>Hidung: Bentuk hidung simetris, tidak ada sumbatan, fungsi penciuman baik, tidak ada nafas cuping hidung, tidak terpasang alat bantu napas dan tidak ada keluhan pada hidung.</p> <p>Mulut: Tidak ada lesi, tidak ada pendarahan pada gusi, tidak ada sianosis, tidak ada sariawan, tidak menggunakan gigi palsu, mukosa bibir kering, lidah bersih fasing laring normal tidak ada pembengkakan tidak ada kelainan</p>
	b. Leher	Tidak ada lesi ataupun jejas, tidak ada pembengkakan pada kelejar tiroid, kelenjar limfe tidak teraba, nadi karotis teraba, tidak ada keluhan pada leher.
	c. Dada	Bentuk dada simetris, tidak ada lesi pada daerah dada, tidak ada nyeri tekan, tidak ada suara napas tambahan, bentuk payudara

	simetris kanan dan kiri, puting susu tidak tenggelam, tidak ada keluhan pada area dada.				
d. Punggung	Tidak ada lesi, tidak ada bekas operasi, tidak ada kelainan pada punggung				
e. Abdomen	Bentuk abdomen simetri tidak ada bekas operasi tidak ada lesi, tidak acites.				
f. Sistem eliminasi	Klien BAB 1-2x/ hari dengan konsistensi lunak, dan BAK 8-9x/ hari dengan warna kuning tidak bau.				
g. Status nutrisi	Berat badan klien 53 kg, tinggi badan 154 cm IMT 22,3, nafsu makan klien baik dengan frekuensi 3x sehari, mual-mual, porsi makan habis.				
h. Ekstremitas	Ekstermitas atas, tidak ada edema, akral teraba hangat, terpasang infus tangan kanan, jenis infus NS, faktor tetesan 20 tetesan x/menit, tidak ada nyeri pada area tusukan, nadi radialis 90 x/menit, warna telapak tangan pucat, CRT < 3 detik, tidak ada kelainan bentuk dan tidak ada fraktur. Ekstermitas bawah, akral hangat, adanya reflek patela dan adanya reflek patologi.				
i. Tulang belakang	Tulang belakang normal simetris tidak ada kelainan, ekstremitas normal tidak ada oedem, varises tidak ada, turgor kulit elastis.				
Palpasi :					
a. Leher	Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening maupun pembengkakan kelenjar tiroid.				
b. Dada	Dada simetris antara kanan dan kiri, tidak adanya retraksi dinding dada. Pergerakan dinding dada teratur, traktil fremitus sama, tidak ada oedem				
c. Abdomen	Tidak ada pembesaran pada perut, tidak ada asites. terdapat nyeri tekan pada ulu hati CRT < 3 detik, tidak ada kelainan bentuk dan tidak ada fraktur				
d. Integumen	Kekuatan otot. <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">5</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				

Auskultasi	
a. Paru-paru	Suara nafas: Vesikuler
b. Jantung	Tambahan ronchi (-) / wheezing (-) dan pola nafas normal , irama jantung teratur, Fekkuensi 78x/m
c. Abdomen	bising usus 12x/menit.
Perkusi	
a. Dada	Suara sonor
b. Perut	perut timpani
c. Ekstermitas	ekstremitas merespon dengan baik saat diperkusi

Berdasarkan tabel 4.4, didapatkan data dari hasil pengkajian pada klien Ny.Y.H.T suhu: 38,0oC, Nadi: 78 x/m teraba kuat, RR: 21 x/m akral teraba hangat,dan TD : 88/55 mmHg

Tabel 4.5 Data Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	13.1	g/dL	12.0- 15.6
Hematokrin	39.7	%	33.0 – 45.0
Lekosit	7.15	ribu/ul	4.50 -11.00
Trombosit	96	ribu/ul	150 - 450
Eritrosit	5.04	juta/uL	4.10 - 5.10
MCV	78.8	fl	80.0 – 100.0
MCH	26.0	pg	26.0 – 34.0
MCHC	33.0	gd/dL	32.0 – 36.0
RDW	13.2	%	11.5 – 14.5
Basofil	0.1	%	0.0 – 2.0
Eosinofil	0.1	%	0.0 – 4.0

Segmen	74.2	%	55.0 – 88.0
Limfosit	12.2	%	22.0 – 44.0
Monosit	13.4	%	0.0 – 7.0
Malaria	PF. RING	-	Negatif

Berdasarkan hasil tabel laboratorium 4.5, pada pengkajian awal terjadi penurunan trombosit pada klien Ny. Y.H.T (Normal:150.000 mm³ - 450.000 mm³).

Tabel 4.6 Terapi

NO	Nama obat dan dosis	Kandungan dalam obat	Manfaat
1.	Ketorolac, 3 Mg 2x1	Mengandung zat aktif bernama ketarolac, yang termasuk kedalam golongan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS)	Untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang seperti nyeri kepala
2.	Parasetamol, 1mg	Mengandung zat aktif bernama parasetamol, yang juga dikenal sebagai asetaminofen	Untuk meredakan gejala demam dan nyeri seperti demam demam dengue
3.	Omeprazole, 4 Mg	Obat golongan inhibitor pompa proton (PPI)	Untuk mengatasi asam lambung berlebihan seperti mual-mual
4.	Ranitidine, 50 Mg	Mengandung ranitidin HCL 150 mg	Untuk mengobati gejala atau penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih seperti mual

Berdasarkan pada tabel 4.6 klien Ny.Y.H.T mendapatkan cairan (RL), ketorolac, omeprazole, ranitidin, dan obat paracetamol.

Tabel 4.7 Klasifikasi Data (Data Fokus)

Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mengatakan demam ✓ Klien mengatakan mengigil ✓ Klien mengatakan nyeri kepala ✓ Klien mengatakan mual-mual ✓ klien mengatakan lemas 	<p>DO:</p> <p>KU: Sedang</p> <p>KES : CM</p> <p>TTV :</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 90/80</p> <p style="padding-left: 40px;">S: 38°C</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 77x/m</p> <p style="padding-left: 40px;">RR: 20 x/m</p> <p style="padding-left: 40px;">SPO² : 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak lemas - Klien tampak mengigil - Klien tampak meringis kesakitan <p>P: nyeri terasa ketika pasien banyak bergerak</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dibagian kepala</p> <p>S: skala nyeri 3</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p>

Tabel 4.8 Analisa Data

Data (Ds & Do)	Masalah (Problem)	Penyebab (Etiologi)
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien mengatakan demam ✓ Klien mengatakan mengigil ✓ Klien mengatakan mual-mual ✓ klien mengatakan lemas <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ klien tampak lemas ✓ Klien tampak mengigil <p>KU: Sedang KES : CM TTV :</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 90/80 S: 38°C N: 77x/m RR: 20 x/m SPO² : 98 %</p>	<p>Hipertermia</p>	<p>Proses penyakit</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ klien mengatakan lemas ✓ Klien mengatakan nyeri kepala <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ klien tampak lemas <p>KU: Sedang KES : CM TTV :</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 90/80 S: 38°C N: 77x/m RR: 20 x/m SPO² : 98 %</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Klien tampak meringis 	<p>Nyeri akut</p>	<p>Agen pencedera fisik</p>

kesakitan P: nyeri terasa ketika pasien banyak bergerak Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk R: nyeri dibagian kepala S: skala nyeri 3 T: nyeri hilang timbul		
---	--	--

Tabel 4.9 Diagnosa

Nama klien :Ny. Y.H.T

No. RM : 10XXXX

Ruangan : Dahlia

NO DX	Diagnosa Keperawatan (SDKI) (Berdasarkan Prioritas)	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Paraf Mahasiswa
D.0130	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	10 maret 2024	12 maret 2024	Yustina Bangu Bahi
D.0077	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik	10 maret 2024	12 maret 2024	Yustina Bangu Kahi

Berdasarkan tabel 4.9, ditemukan 2 diagnosa keperawatan pada klien Ny.Y.H.T yaitu Hipertermia dengan tanda mayor klien mengalami demam yang disertai dengan menggigil, membrane mukosa kering, dan suhu tubuh meningkat. Selain itu diagnosa yang kedua adalah nyeri akut dengan tanda mayor klien nyeri dibagian kepala dengan pengkajian nyeri didapatkan P: nyeri terasa ketika pasien banyak bergerak, Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk, R: nyeri dibagian kepala, S: skala nyeri 3, T: nyeri hilang timbul.

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Ny. Y.H.T

NO. RM : 10XXXX

Ruangan : Dahlia

NO	DX Keperawatan (SDKI)	Jam/Tgl	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. (D.0130)	15.00 WITA/10-03-2024	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: (L.14134) <ul style="list-style-type: none"> • Menggigil (menurun) • Pucat (menurun) • Takikardi (menurun) • Takipnea (menurun) • Bradikardi (menurun) 	Manajemen hipertermi: <i>Observasi:</i> (I.15506) <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab hipertermi (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). • Monitor suhu tubuh • Monitor kadar elektrolit • Monitor haluaran urin • Monitor konflikasi 	<i>Observasi:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan mengetahui penyebab terjadinya Hipertermia diharapkan kedepannya menjadi aware terhadap resiko terjadinya Hipertermia. • Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba akan mengakibatkan kejang. • Mengetahui jika terjadi kekurangan kadar elektrolit. • Untuk mengetahui volume urine yang keluar. • Untuk mengetahui konflikasi akibat Hipertermia. <i>Terapeutik:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk memberika lingkungan yang nyaman bagi pasien Hipertermia. • Untuk menurunkan suhu tubuh pasien.

			<ul style="list-style-type: none"> • Suhu tubuh (membaik) 	<p>akibat hipertermia</p> <p><i>Trapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang dingin • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti linen setiap atau lebih sering jika mengaami hyperhidrosis (keringat berlebihan) • Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermi, atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla) • Hindari pemberian antipiretik atau 	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengganti cairan yang hilang Selma evaporasi. • Untuk menurunkan kehilangan panas melalui oveporasi. • Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin. • Untuk menghindari terjadinya komplikasi. <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tirah baring bertujuan untuk memberikan pembatasan pergerakan pada pasien serta mengurangi kebutuhan oksigen sehingga tubuh dapat berfokus pada penyembuhan. <p><i>Kalaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Memenuhi cairan elektrolit pasien antipiretik efektif menurunkan demam.
--	--	--	--	--	--

				<p>aspirin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompres hangat pada dahi, axilla, leher, dada, dan abdomen (menurut artikel pendukung) (Aurelia et al., 2022) <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan tirah baring <p><i>Kalaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, Jika perlu. 	
2.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (D.0077)	15.00 WITA/10-03-2024	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: (L. 08066)	<p>Manajemen nyeri:</p> <p><i>Obsevasi:</i> (I. 08238)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, 	<p><i>Observasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui lokasi nyeri dan skala yang muncul saat nyeri • untuk mengetahui seberapa parah rasa nyeri yang dialami oleh pasien terjadinya komplikasi.

			<ul style="list-style-type: none"> • Keluhan nyeri menurun • Tampak meringis menurun • Sikap protektif menurun • Gelisah menurun • Kesulitan tidur menurun • Frekuensi nadi membaik • Tekanan darah membaik • Pola napas membaik 	<p>kualitas, dan intensitas nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) • Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengetahui mimik wajah yang diperlihatkan pasien saat nyeri muncul • Untuk mengetahui apa saja yang memperburuk dan memperingan keadaan nyerinya <p><i>Terapeutik:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien • Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien dan memberikan kenyamanan • Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien <p><i>Edukasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untuk memberikan pemahaman agar pasien tidak gelisah saat nyeri timbul <p><i>Kalaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • untuk mengurangi nyeri • Untuk membantu proses penyembuhan pasien pasca operasi/untuk mengurangi nyeri
--	--	--	--	---	---

				<ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri <p><i>Kalaborasi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tindakan non farmakologi: kompres hangat • Kolaborasi pemberian analgetik. 	
--	--	--	--	---	--

Tabel 4.9 menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien Ny.Y.H.T selama masa perawatan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditegakkan. Perencanaan pada klien menggunakan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) yang meliputi observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi.

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan

No. DX	Tgl /jam	Implementasi dan Respon	Paraf Mahasiswa
0130	10-03-2024/ 14.49 14.50 14.53 14.54 14.55 14.56 14.57 15.00 15.08 15.09	<ul style="list-style-type: none"> • menerima pasien dari ruangan UGD • observasi tanda-tanda vital TD: 88/55 mmHg N: 88 x/menit S: 38,°c SpO₂ : 99% RR: 20x/menit • mengobservasi kesadaran Respon: pasien tampak lemas, melayani katarolak 30 mg, pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan demam dan menggigil, klien mengatakan merasa mual-mual • Identifikasi penyebab hipertermia Respon: klien demam disertai dengan menggigil karena ada respon dari • melayani ranitidine 50 mg • menjelaskan manfaat kompres hangat kepada klien • mengajarkan cara kompres hangat • membantu pasien melakukan kompres hangat Respon: membantu pasien melakukan kompres hangat tindakan dengan dibantu. • Monitor suhu tubuh Respon: suhu tubuh klien 38,5°C • Basahi dan kipasi permukaan tubuh Respon:- membasahi handuk dan di letakkan di dahi - Klien menggunakan kipas angin • Lakukan pendinginan eksternal Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien dengan menggunakan handuk 	Yustina Bangu Kahi

	15.16	<ul style="list-style-type: none"> Berikan cairan oral <p>Respon: Parasetamol, 1mg</p>	
	15.19	<ul style="list-style-type: none"> Anjurkan tirah baring <p>Respon: klien tidur dengan posisi terlentang dengan kepala lebih tinggi dari kaki</p>	
0077	10-03-2024/15.32	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri <p>Respon: klien mengatakan nyeri dibagian kepala</p>	Yustina bangu kahi
	15.34	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi skala nyeri <p>Respon: skala nyeri 3</p>	
	15.35	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi respons nyeri non verbal <p>Respon:- klien tampak gemetar karna mengalami demam</p> <ul style="list-style-type: none"> Klien mengatakan menggigil Klien mengatakan nyeri di bagian kepala seperti tertusuk-tusuk 	
	15.41	<ul style="list-style-type: none"> Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Respon: - infeksi parasetamol yang menyebar keorgan tubuh seperti otak</p> <p>Faktor yang memperingan nyeri seperti istirahat yang cukup</p>	
	15.47	<ul style="list-style-type: none"> Brikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri <p>Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien</p>	
	15.49	<ul style="list-style-type: none"> Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Respon: klien mengatakan panas didalam ruangan</p>	
	15.53	<ul style="list-style-type: none"> Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Respon: tempat tidur klien bersih dan tidak terganggu dengan lingkungan sekitarnya</p>	
	16.43	<ul style="list-style-type: none"> Tindakan non farmokologi <p>Respon: melakukan kompres hangat di daerah dahi klien</p>	

0130	11-03-2024/05.00	<ul style="list-style-type: none"> mengobservasi tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg S: 37,0°C N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit mengobservasi kesadaran Respon: pasien tampak lemas, melayani katarolak 30pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan demam dan menggigil, klien mengatakan merasa mual Melayani injeksi omeprazole 20 mg/iv Mengobservasi keadaan klien Ku : sedang Kes: compesmentis TD: 90/80 mmHh S: 37,7°C N: 78 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit membantu pasien melakukan kompres hangat Respon: pasien melakukan membantu pasien melakukan kompres hangat tindakan dengan dibantu. Monitor suhu tubuh Respon: suhu tubuh klien 37,5°C Basahi dan kipasi permukaan tubuh Respon:- membasahi handuk dan di letakkan di dahi - Klien menggunakan kipas angin Berikan cairan oral Respon: Parasetamol, 1 mg Melayani injeksi omeprazole 200 mg/iv 	Yustina Bangu Kahi
	05.47		
	07.00		
	14.00		
	15.00		
	15.30		
	18.00		
	19.00		
0077	11-03-2024/05.55	<ul style="list-style-type: none"> mengobservasi tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg 	Yustina Bangu

		<p>S: 37,0°C N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri Respon: klien mengatakan nyeri dibagian kepala sudah berkurang <p>05.48</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi skala nyeri Respon: skala nyeri 2 <p>05.49</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi respons nyeri non verbal Respon:-Klien mengatakan menggigil sudah berkurang <p>05.50</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melayani injeksi omeprazole 20 mg/iv <p>07.00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keadaan klien <p>14.00</p> <p>Ku : sedang Kes: compesmentis TD: 90/80 mmHh S: 37,7^o C N: 78 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien <p>15.30</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Respon: klien mengatan panas didalam runagan <p>15.31</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan cairan oral Respon: Parasetamol, 1 mg <p>18.00</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melayani injeksi omeprazole 200 mg/iv <p>19.00</p>	Kahi
0130	12-03-2024/08.00	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keaadaan klien <p>Ku: sedang Kes: compesmentis TD: 100/80 mmHh</p>	Yustina Bangu Kahi

	09.00 12.00 12.32 13.15	<p>S: 36,5° C N: 79 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • memonitor suhu tubuh ,suhu tubuh klien sudah menurun 36,5° C, • mengobservasi kesadaran <p>Respon: pasien tampak baik, pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, pasien mengatakan tidak demam dan menggigil, klien mengatakan tidak merasa mual-mual lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor suhu tubuh <p>Respon: suhu tubuh klien 36,0°C</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sudah dianjurkan pulang oleh dokter 	
0077	12-03-2024/08.00 11.45 12.00 13.15	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keadaan klien <p>Ku: sedang Kes: compesmentis TD: 100/80 mmHh S: 36,5° C N: 79 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri <p>Respon: klien mengatakan sudah tidak nyeri dikepala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi respons nyeri non verbal <p>Respon:-Klien mengatakan sudah tidak menggigil</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien sudah dianjurkan pulang oleh dokter 	Yustina Bangu Kahi

Berdasarkan tabel diatas bahwa Implementasi yang dilakukan berdasarkan dari rencana atau intervensi yang telah dibuat, tujuan melakukan tindakan keperawatan sesuai

dengan intervensi keperawatan agar kriteria hasil dapat tercapai. Implementasi pada klien Ny.Y.H.T dilakukan selama 3 hari di rumah sakit pada tanggal 10 Maret-12 Maret 2024

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

No. DX	Tgl/Jam	Evaluasi (SOAP)
0130	11-032024/ 07.30	<p>S: Klien mengatakan demam disertai dengan mengigil</p> <p>O: Klien tampak mengigil</p> <p>Klien tampak lemas</p> <p>TD: 88/55 mmHg</p> <p>N: 88 x/menit</p> <p>S: 38,°c</p> <p>SpO₂ : 99%</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Berat jenis 1.010</p> <p>Ph: 6.0</p> <p>A: Hipertermia belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi kesadaran • Identifikasi penyebab hipertermi • Monitor suhu tubuh • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Lakukan pendinginan eksternal • Berikan cairan oral • Anjurkan tirah baring
0077	11-03-2024/ 07.30	<ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi kesadaran • Identifikasi penyebab hipertermi • Monitor suhu tubuh • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Lakukan pendinginan eksternal • Berikan cairan oral • Anjurkan tirah baring

		<p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian kepala</p> <p>O: - Klien tampak Meringis kesakitan</p> <p> P: nyeri terasa ketika pasien banyak bergerak</p> <p> Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p> R: nyeri dibagian kepala</p> <p> S: skala nyeri 3</p> <p> T: nyeri hilang timbul</p> <p>- Klien tampak lemas</p> <p> TD: 88/55 mmHg SpO₂ : 99%</p> <p> N: 88 x/menit RR: 20x/menit</p> <p> S: 38,°c</p> <p>Berat jenis 1.010</p> <p>Ph: 6.0</p> <p>A: Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Brikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Tindakan non farmokologi
0130	11-03-2024 20.30	<p>S: Klien mengatakan demam sudah berkurang</p> <p>O: Klien tampak lemas</p> <p> TD: 100/70 mmHg</p>

0077	11-032024 220.30	<p>S: 37,7°C N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit Berat jenis 1.010 Ph: 6.0</p> <p>A: Hipertermia teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi kesadaran • Identifikasi penyebab hipertermi • Monitor suhu tubuh • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Lakukan pendinginan eksternal • Berikan cairan oral • Anjurkan tirah baring <p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian kepala sudah berkurang</p> <p>O: - Klien tampak meringis</p> <p>P: nyeri terasa ketika pasien banyak bergerak</p> <p>Q: nyeri seperti tertusuk-tusuk</p> <p>R: nyeri dibagian kepala</p> <p>S: skala nyeri 2</p> <p>T: nyeri hilang timbul</p> <p>- Klien tampak lemas</p> <p>TD: 100/70 mmHg S: 37,7°C N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit Berat jenis 1.010 Ph: 6.0</p>
------	---------------------	---

		<p>A: Nyeri Akut teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri • Identifikasi skala nyeri • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri • Bikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri • Fasilitasi istirahat dan tidur • Tindakan non farmokologi
0130	12.03-2024/ 13.45	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak demam lagi</p> <p>O: Klien tampak baik</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 100/80 mmHh</p> <p style="padding-left: 40px;">S: 36,0⁰ C</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 79</p> <p style="padding-left: 40px;">SpO²: 79x/menit</p> <p style="padding-left: 40px;">RR: 21 x/menit</p> <p style="padding-left: 40px;">Berat jenis 1.010</p> <p style="padding-left: 40px;">Ph: 6.0</p> <p>A: Hipertermia sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dipulangkan
s		
0077	12.03-2024/ 13.45	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri di kepala</p> <p>O: Klien tampak baik</p> <p style="padding-left: 40px;">TD: 100/80 mmHh</p> <p style="padding-left: 40px;">S: 36,0⁰ C</p> <p style="padding-left: 40px;">N: 79</p>

		<p>SpO²: 99x/menit</p> <p>RR: 21 x/menit</p> <p>Berat jenis 1.010</p> <p>Ph: 6.0</p> <p>A: Nyeri Akut sudah teratasi</p> <p>P: Instervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dipulangkan • Perencanaan klien pulang perawat edukasi tentang cara mencegah penyakit malaria.
--	--	--

Pada tabel di atas menjelaskan bahwa evaluasi pada klien Ny.Y.H.T menunjukkan 2 diagnosa keperawatan teratasi yaitu diagnose hipertermia dan nyeri akut teratasi di hari ke 3 perawatan di rumah sakit.

4.2 Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata pada Asuhan Keperawatan pada Ny. Y.H.T dengan diagnosa medis Malaria di Ruang Dahlia RSUD Umbu Rara Meha Waingapu. Berdasarkan pengkajian pada Ny. Y.H.T tanggal 10 Maret 2024, penulis mengangkat 2 (Dua) diagnosa keperawatan berdasarkan data-data pendukung yang ditemukan penulis. Dalam pembahasan ini penulis membaginya dalam 5 (lima) langkah dari proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1). Pengkajian

Malaria merupakan penyakit menular yang disebabkan plasmodium yang terdiri dari banyak spesies, namun yang pada umumnya menyebabkan malaria adalah plasmodium vivax, plasmodium falciparum, plasmodium malaria, dan plasmodium ovale. Penyakit malaria ditularkan oleh nyamuk Anopheles yang di dalam tubuhnya mengandung plasmodium. Penyebaran dan edemistasi Malaria sangat dipengaruhi oleh keberadaan tempat perindukan nyamuk Anopheles sebagai vector penular (dr. Mulyadi, 2019). Pada teori dari segi pengkajian yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah Pasien biasanya mengeluh suhu tubuhnya panas, pusing, mual, muntah, lemah, sesak nafas, pucat yang menunjukkan anemia.

Pasien dengan Malaria bila gejala telah lanjut klien mengeluh sesak nafas, pernafasan dangkal, cepat, melalui hidung disertai penggunaan otot bantu pernafasan. Status mental pada pasien malaria kondisi lanjut bisa terjadi penurunan kesadaran, gelisah, kejang. Selaput mukosa kering, kesulitan dalam menelan, kembung, nyeri tekan pada epigastrik, nafsu makan menurun, mual muntah.

Berdasarkan studi kasus pada Ny. Y.H.T pasien masuk dengan keluhan demam disertai dengan menggigil selama 3 hari berturut turut dan tidak pernah turun sehingga masuk IGD. Demam di sertai dengan menggigil dan terasa lemas serta adanya mual-mual yang di rasakan pasien serta pasien mengalami penurunan trombosit dengan hasil laboratorium Trombosit yaitu 96 ribu/ul. Serta frekuensi nadi meningkat yaitu 77 kali/menit.

Bedasarkan hasil penelitian (RI WAHYUNI, 2019). Studi Kasus pada Ny. M, pasien masuk dengan keluhan demam tinggi selama 4 hari berturut turut dan tidak pernah turun sehingga masuk IGD Non Bedah. Demam di sertai dengan sakit seluruh badan dan terasa lemas serta adanya mual-mual yang di rasakan pasien serta pasien mengalami anemia dengan hasil laboratorium Hemoglobin yaitu 11,5 gr/dl. Serta frekuensi nadi meningkat yaitu 126 kali/menit.

Dari hasil pengkajian baik dari segi teori maupun kasus diatas maka penulis dapat menyimpulkan bahwa ada kesenjangan antara teori dan kasus nyata. Hal ini disebabkan karena Ny. Y.H.T tidak mengalami sesak nafas ketika masuk IGD. Dimana pernafasan spontan dengan frekuensi nafas 20 kali/menit. Pada kasus pasien tidak menggunakan otot bantu pernafasan dan status mentalnya masih bagus dan pasien tidak mengalami penurunan kesadaran. Itu terjadi karena pasien mampu mengontrol pernafasannya.

2). Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan teori diagnosa yang sering muncul pada pasien dengan kasus malaria yaitu menurut (RI WAHYUNI, 2019): Hipertermi, Defisit Nutrisi, Hipovolemia, Perfusi perifer tidak efektif. Menurut (T. P. S. D. PPNI, 2017), pada teori ada 4 (empat) diagnosa keperawatan yang diangkat pada penyakit malaria yakni; 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit; 2) Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidak mampuan menelan makanan; 3) Hypovolemia berhubungan dengan kekurangan intake cairan; 4) Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan kekurangan volume cairan. Sedangkan pada kasus Ny. M diagnosa yang di dapatkan

yaitu: a. Hipertermi b. Nyeri akut c. Risiko ketidakseimbangan elektrolit dan cairan menurut (RI WAHYUNI, 2019)

Pada kasus Ny. Y.H.T diagnosa yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ditemukan. Diagnosa keperawatan yang di temukan yaitu; 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit; 2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis.

Terdapat 2 (dua) diagnosa keperawatan yang tidak ditegakkan sesuai dengan teori. Kondisi ini disebabkan karena pada saat melakukan pengkajian, pasien tidak mengalami tanda dan gejala yang mengarah ke diagnosa tersebut yaitu tidak terjadi kelebihan volume cairan dan tidak ada oedem, sehingga penulis tidak menemukan data yang mendukung diangkatnya diagnosa tersebut. Dimana pada saat melakukan studi kasus pasien telah menjalani tindakan hemodialisis sebanyak 2 (dua) kali sehingga kelebihan volume cairan sudah teratasi. Tetapi penulis mengangkat masalah Nyeri Akut karena pada saat pengkajian klien mengeluh Nyeri kepala sehingga penulis mengangkat diagnosa tersebut sesuai dengan data yang ada pada saat pengkajian.

3). Intervensi Keperawatan

Intervensi pada diagnosa keperawatan; 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit; 2) Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis yang ditemukakan penulis sudah sesuai dengan teori sehingga tidak ada kesenjangan. Salah satu intervensi keperawatan untuk mengatasi Hipertermia yaitu dengan cara pemberian kompres hangat pasien. Intervensi keperawatan ini

bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi. Pernyataan ini sesuai dengan teori yang dijelaskan oleh (Sebalai, 2021). Sedangkan intervensi untuk diagnosa Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada. Didalam teori, nyeri akut tidak termasuk dalam salah satu diagnosa yang muncul tetapi penulis tetap mengangkat diagnosa nyeri akut dan merumuskan intervensi sesuai dengan masalah yang ada. Intervensi untuk diagnosa ini adalah mencatat dan mengkaji Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, Fasilitasi istirahat dan tidur, Tindakan non farmokologi. Salah satu penyebab terjadinya nyeri akut adalah pasien yang mengalami Agen pencedera fisik (mis: abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, Latihan fisik berlebihan). menurut teori yang dijelaskan oleh (Sebalai, 2021).

a. Hipertermia

Berdasarkan penelitian (RI WAHYUNI, 2019). Tindakan keperawatan secara teori yaitu monitor suhu dan TTV Lainnya, monitor warna kulit dan suhu, berikan kompres hangat, monitor IWL, Monitor intake dan output kolaborasi pemberian antipiretik. Dalam tinjauan kasus tindakan keperawatan yang direncanakan adalah monitor suhu dan TTV Lainnya, monitor warna kulit dan suhu, berikan kompres hangat, kolaborasi pemberian antipiretik.

Terdapat kesenjangan pada perencanaan diagnosa ini Pasien teori malaria di berikan intervensi monitor IWL Dan monitor intake dan output sedangkan pada kasus Ny.Y.H.T tidak di rencanakan untuk monitor IWL Dan monitor intake dan output. Hal ini dikarenakan klien tidak memerlukan pengawasan IWL karena pasien masih kuat minum. Sehingga tidak di indikasikan untuk monitor IWL.

b. Nyeri Akut

Tindakan keperawatan secara teori yaitu Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi, Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, Ajarkan tentang teknik non farmakologi, Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri. Dalam kasus di rencanakan yaitu melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, beri posisi yang nyamans, ajarkan tehnik non farmakologi, monitor TTV, serta kolaborasi pemberian farmakologi (keterolac 30 mg/iv). Tidak ditemukan adanya kesenjangan pada perencanaan diagnosa ini dan tidak dapat dibandingkan dengan konsep teori karena semua data-data yang didapatkan pada saat pengkajian sama dengan konsep teori.

4). Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada tanggal 10, 11 dan 12 Maret 2024 untuk diagnosa 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, implementasinya dilakukan sesuai dengan teori dan intervensi. Diagnosa 2)

Nyeri Akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, implementasinya sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri akut mengacu pada implementasi keperawatan yang dijelaskan oleh (T. P. S. D. PPNI, 2018), Penulis melakukan implementasi berfokus pada pemberian kompres hangat pada pasien untuk menurunkan suhu tubuh, sehingga nyeri akut bisa teratasi. Berdasarkan masalah yang ada, penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan untuk mengatasi masalah pada Ny. Y.H.T dengan harapan masalah bisa teratasi sesuai tujuan yang ditetapkan.

Menurut penelitian (RI WAHYUNI, 2019). Implementasi hipertermi yaitu monitor suhu tubuh, monitor warna kulit, memberikan kompres air hangat dan kolaborasi pemberian antipiretik. Evaluasi yang di dapatkan setelah implementasi data subjektif : Klien mengatakan demamnya sudah turun dan data objektif : Hasil tanda-tanda vital TD: 110/60 mmhg, N: 82 x/i, P: 20 x/i, S: 37,0 °c. Dengan demikian masalah hipertermi teratasi karena demam yang di laporkan berada pada suhu normal yaitu 37,0 °c.

Implementasi nyeri akut yaitu melakukan mengkaji skala nyeri secara kompresif, mengobservasi adanya reaksi nonverbal mengenai ketidaknyamanan, memantau tanda-tanda vital, mengatur posisi nyaman, serta kolaborasi pemberian therapy analgesic.

5). Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah bagian terakhir dari proses keperawatan, dimana pada kasus Ny Y.H.T dengan 2 (dua) masalah keperawatan yaitu; **1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit**, hasil evaluasi tahap akhir sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan klien termoregulasi membaik dengan kriteria hasil klien tidak merasakan menggigil menurun, Pucat menurun, Takikardi menurun, Takipnea menurun, Bradikardi menurun, Suhu tubuh membaik setelah melakukan kompres hangat. **2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik**, evaluasi yang diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil pasien dapat bahwa dengan tindakan yang sesuai, gejala nyeri akan mengalami penurunan seiring berjalannya waktu.

Menurut penelitian (RI WAHYUNI, 2019). Evaluasi di dapatkan data Subjektif : Pasien mengatakan nyerinya berkurang data Objektif : Pasien nampak Tenang, Skala nyeri ringan (3) NRS, Vital sign: TD: 110/60 mmhg, N: 82 x/i, P: 20 x/i, S: 37,0 °c. Dengan demikian masalah keperawatan nyeri akut pasien menunjukkan nyeri yang dilaporkan sedang, panjangnya episode nyeri sedang , espresi nyeri wajah sedang sehingga masalah belum teratasi, perencanaan intervensi dilanjutkan