

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu terdapat di Kabupaten Sumba Timur. Terletak di Jalan Adam Malik no 51 Kelurahan Kambajawa, 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, Ruangan kemuning, ruangan Anggrek 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.

4.2 hasil penelitian

4.2.1 Data Umum Pasien

Data umum dari pengkajian ini adalah terdiri dari data umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan pekerjaan pasien di Rungan Kemuning Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu.

4.2.2 Pengkajian

a. Identitas pasien

No Registrasi : Xxxxxx
Tanggal Masuk : 10 April 2024
Nama Ibu : Ny.S
Umur : 30 Tahun
Diagnosa Medis : Malaria
Pendidikan : SMA
Agama : Kristen Protestan
Suku : Sumba
Pekerjaan : Petani
Nama Suami : Tn. R
Umur : 35 Tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Suku : Sumba
Alamat : Mbatakapidu

b. Data Khusus

1. Tinggi badan : 150 cm
2. Berat badan sebelum hamil : 46 kg
3. Berat badan sesudah hamil : 52 kg
4. Masalah kesehatan yang dialami selama kehamilan
Pasien mengatatak saat merasa sesak,sering batuk,demam,nyeri pinggang dan cemas.
5. Obat -obatan yang dipergunakan selama hamil
Pasien mengatakn konsumsi obat tablet tambah darah
6. Alergi (obat-obatan/makanan/bahan/tertentu
Pasien mengatakan tidak ada alergi seperti obat obatan,makanan atau minuman dan daging-daging.
7. Diet khusus selama kehamilan
Pasien mengatakan diet telur dengan kacang kacangan

8. Frekuensi dan masalah BAK yang dialami selama hamil

Pasien mengatakan selama hamil buang air kecil dalam 1 hari 4-6 kali perhari dan sering merasakan nyeri di bagian bawah perut saat buang air kecil.

9. Frekuensi BAB dan masalah BAB yang dialami selama hamil

Pasien mengatakan selama hamil buang air besar lancar dengan frekuensi 2-3 kali perhari.

10. Kebiasaan waktu tidur dan masalah- masalah gangguan tidur yang dialami selama hamil

Pasien mengatakan biasanya sakit kepala, pusing, dan perut kram.

11. Apakah ibu memelihara binatang piaraan

Pasien mengatakan memelihara binatang seperti: anjing, ayam, babi dan kucing, yang biasa membersihkan kotoran suami

c. Data Obstetric

1. Menarche : 15 tahun

2. Siklus haid : selama 24-30 hari

3. Lama : 5 hari

4. Jumlah : 80 cc /3 kali ganti pembalut

5. Keluhan

Saat Haid :

Pasien mengatakan saat haid nyeri pinggang, dan terasa nyeri pada bagian perut.

Sebelum Haid :

Pasien mengatakan sebelum haid merasakan nyeri pinggang dan gatal-gatal pada payudara.

Sesudah Haid :

Pasien mengatakan sesudah haid tidak ada keluhan

6. HPHT : 29 Oktober 2024

4.3 Kebutuhan dasar khusus

1. Kenyamanan

a) Apakah terjadi gangguan kenyamanan selama ibu hamil ?

Pasien mengatakan perasaan ketidak nyamanan yang tidak menyenangkan pada kondisi fisik maupun mental, seperti nyeri pinggang sesak napas, sering buang air kecil, mudah lelah dan capek .

- b) Apa yang ibu sudah lakukan untuk mengatasi rasa tidak nyaman tersebut ?

Pasien mengatakan saat merasakan nyeri atau kecapean, biasanya langsung istirahat dan tidur.

- c) Apakah rasa tidak nyaman baru hilang jika dengan obat-obatan ?

Pasien mengatakan minum obat saat merasakan nyeri

- d) Apakah yang ibu harapkan dari perawat untuk mengatasi rasa ketidak nyamanan tersebut ?

Pasien mengatakan untuk mengatasi ketidak nyamanan meminta untuk memberikan edukasi atau informasi tentang ketidak nyamanan untuk mengurangi rasa sakit.

2. Istirahat tidur

1. Apakah ibu mengalami gangguan istirahat tidur selama hamil ?

Pasien mengatakan sering bangun-bangun pada malam hari untuk buang air kecil

2. Apakah yang ibu lakukan untuk mendapatkan kenyamanan istirahat tidur yang cukup ? Pasien mengatakan sebelum istirahat/tidur minum air putih sekiter 1-2 gelas, dan mematikan lambu saat tidur.

3. Apakah ibu suka tidur siang ?

Pasien mengatakan suka tidur siang, lama 1 jam/hari

3. Hygiene prenatal

1. Bagaimana cara ibu mandi jelaskan ?

Pasien mengatakan 2x sehari dengan menggunakan sabun

2. Bagaimana cara membersihkan gigi ?

Pasien mengatakan sikat gigi 1x sehari dengan menggunakan pepsoden

3. Bagaimana biasanya kondisi kulit ibu ?

Pasien mengatakan biasa kondisi kulitnya kering dan tidak normal

4. Apakah sesuatu digunakan untuk merawat kulit ibu ?

Pasien mengatakan setelah mandi menggunakan body lotion untuk merawat kulit yang kering.

4. Keselamatan

1. Apakah ibu selama hamil ada kesulitan untuk berjalan ?

Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan selama hamil

2. Apakah ibu mengalami gangguan penglihatan selama hamil ?

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kabur selama hamil

3. Apakah ibu memiliki gangguan dalam pendengaraan ?

Pasien mengatakan tidak memiliki gangguan dalam pendengaran selama hamil bisa mendengar dengan baik.

5. Cairan

- a. Apakah ada perubahan jumlah cairan yang diminum selama ibu hamil ?

Pasien mengatakan saat hamil ada penurunan perubahan minum air karena sering batuk ,pasien mengatakan biasanya sebelum hamil frekuensi minum 5-6x/hari tetapi saat hamil frekuensi minum 3-4x/hari.

- b. Minuman apa yang ibu sukai ?

Pasien mengatakan selama hamil sering mengkonsumsi teh,susu,air putih yang paling disukai adalah teh.

- c. Minuman apa yang ibu tidak sukai ?

Pasien mengatakan minuman yang tidak sukai kopi hitam

6. Nutrisi

- a. Bagaimana keadaan gigi ibu ?

Pasien mengatakan selama hamil tidak pernah mengalami sakit gigi,tidak terlihat gigi berlubang.

- b. Apakah makanan ibu terbatas karna masalah gigi ?

- c. Bagaimana ibu mengetahui tentang berat badan selama hamil ?

Pasien mengatakan selama hamil biasanya selalu pergi dipusyandu dan menimbang berat badan untuk mengetahui berat badan kehamilang .

- d. Apakah kehamilan kali ini menimbulkan perubahan cara makan ibu ?

Pasien mengatakan selama hamil menimbulkan perubahan nafsu makan/minum kurang ,karna mual muntah terus.

e. Apakah makanan utama ibu ?

Pasien mengatakan makanan utama yang sering yang dikonsumsi seperti nasi,sayur-sayuran dan telur.

f. Apakah ibu memiliki makanan patangan selama hamil ?

Pasien mengatakan tidak ada makanan patangan sayur-sayuran ,daging.

g. Apakah ibu melakukan diet khusus ?

Pasien mengatakan melakukan diet khusus seperti makan-makanan zat besi yang seimbang seperti sayur-sayuran daging tampak lemak ,kacang-kacangan dan biji-bijian.

h. Daftar menu ibu

No	Waktu makan	Jenis makan	Jumlah/porsi
1.	Pagi 7/8 pagi	1. bubur kacang ijo 2. roti 3. Minum teh	1. 1 porsi 2. 1-2 bungkus 3. 1 gelas
2.	Siang jam 12	1. Nasi putih 2. Air putih 3. telur	1. 1 porsi 2. 3-4 gelas 3. 1-2 butir
3.	Malam jam 7	1. Nasi 2. Sayur-sayuran	1. 1 porsi 2. 1 mangkok

7. Penilaian intake nutrisi

Sesuai dengan menu sehat seimbang

8. Anjurkan terkait dengan nutrisi

a. Meningkatkan kalori ?

Selama hamil mendapatkan ajuran untuk meningkatkan kalori dan menambah jumlah jenis makanan seperti sayur-sayuran,daging,kacang-kacangan.

b. Mengurangi lemak ?

Ajurkan mengurangi mengonsumsi daging yang berlemak

c. Mengurangi gula ?

Ajurkan mengurangi gula seperti kurangi makanan yang manis -manis

d. Menambah makanan yang berserat ?

Menambah makanan yang berserat seperti,nasi,telur,sayuran,daging,kacang-kacangan.

9. Eliminasi

a. Apakah selama hamil ibu mengalami perubahan buang air besar ?

Pasien mengatakan selama hamil tidak mengalami perubahan buang air besar seperti diare,dan pasien mengatakan memiliki kebersihan buang air besar pada pagi hari sekitar jam 7,biasanya 2-3x/hari buang air besar

b. Apakah ibu menggunakan obat pencahar ?

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan pelancar BAB

c. Apakah selama hamil ibu mengalami kesulitan dengan buang air kecil ?

Pasien mengatakan selama hamil tidak mengalami kesulitan BAK

10. Oksigen

1. Apakah kehamilan ini mengakibatkan terjadinya perubahan pola pernapasan ibu ?

Pasien mengatakan selama hamil sering mengalami sesak napas

2. Seksual

Apakah selama kehamilan ini mengakibatkan perubahan pada pola hubungan seksual ?

Pasien mengatakan tidak ada perubahan pada pola hubungan seksual baik-baik saja dengan pasangan.

I. Riwayat kebidanan yang lalu

No	GG kehamilan	Proses persalinan	Lama persalinan	Tempat & penolong	Masalah persalinan	Masalah nifas	Masalah bayi	Keadaan anak
1.	Anak pertama	-	-	-	-	-	-	-
2.								
3.								
4.								
dst								

II. keluarga berencana

1. Jenis kontrasepsi apa yang pernah digunakan ?

Pasien mengatakan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi

III . PEMERIKSAAN FISIK

1. Timbang berat badan ibu : 46 kg

Kenaikan berat badan ibu :52 kg

Tinggi badan ibu : 150 cm

2. Trimester I : 1,6 kg

Trimester II : 1,7 kg

Trimester III : 1,8 kg

3. Ukur tanda-tanda vital :

TD:110/70 mmHg

Suhu tubuh : 38,7 C

Nadi :100x/menit

RR: 20x/Menit

Spo2 : 99%

4. Lakukan pemeriksaan mulai dari :

Kepala

a. Rambut

Rambut klien panjang berwarna hitam,tidak ada ketombe,tidak ada luka bekas/benjolan dan rambut teraba kaku.

Mata

b. Mata tampak simetris kiri dan kanan ,kunjungvuta anemis,tidak ada pembakakan,tidak ada nyeri tekan,dan mata terlihat bersih.

c. Telinga simetris kiri dan kanan tampak bersih,fungsi pendengaran baik.

d. Hidung simetris ,tidak tampak adanya secret ,fungsi penciuman baik.

e. Mulut dan gigi bibir tampak pucat dan kering,tidak ada gigi berlubang.

f. Leher tidak ada pembekakan kelenjer teroid,tidak ada luka bagian leher

Dada

Payudara : bentuk payudara simetris kiri dan kanan,puting susu tampak menonjol dan payudara terasa lembek.

Paru-paru

Inspeksi : simetris kanan kiri,ekspansi pengembangan diingin dada sama rata tidak tampak adanya pembakakan.

Palpasi : tidak adanya nyeri tekan,pergerakan dinding dada teraba.

Perkusi : berisi jaringan paru dengan suara sonor.

Auskultasi : suara napas veskuler,tidak ada suara napas tambahan.

Jantung : Tambahan ronkhi (-) / wheezing (-) dan pola nafas normal , irama jantung teratur, Fekuensi 78x/m

Inspeksi : simetris kiri dan kanan,pergerakan jantung normal dinding tidak ada benjolan.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan,ictus cardis tidak teraba

Perkusi : suara jantung rodup

Auskultasi : irama jantung normal.

5. Pemeriksaan Abdomen

1. Inspeksi :tidak terdapat luka bekas operasi ,pembesaran abdomen
2. Palpasi menurut LEUPOLD
 - a. Leupold ke I : bokong ,TFU 37,5 cm
 - b. Leupold II :letak janin memanjang bagian sisi kanan perut ibu teraba bagian kecil janin.
 - c. Leupold III : bagian bawah janin teraba bulat keras dan melenting
 - d. Leupold IV : bagian bawah janin belum masuk pintu atau panggul
 - e. Perkusi : uterus baik keras
 - f. Auskultasi : DJJ 120-160x / menit.
3. Pemeriksaan genitalia

Pasien tidak pernah mengalami penyakit genitalia
4. Ektemitas atas : tangan kanan terpasang infus ,akral hangat

Ekstremitas Bawah: aktif atau lengkap tidak edema atau lengkap.

Pemeriksaan VT (Vaginal Thouce) jika diperlukan dan sebutkan hasilnya data

Pemeriksaan Laboratorium

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.S (Normal:150.000 mm³ - 450.000 mm³).

Kesimpulan pemeriksaan keseluruhan

Ny .S dengan kehamilan G1P0A0 usia kehamilan 32 minggu 224 hari letak janin kepala janin PAP (pintu atas panggul) presentase sebagian kepala masuk panggul janin tunggal (taksiran berat janin 1610 gram taksiran kelahiran penambahan berat badan sesuai dengan usia kehamilan status nutrisi ibu baik,pengetahuan ibu tentang perawatan selama hamil dan proses persalinan baik.

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	Untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang seperti nyeri kepala

		golongan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS)	
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.S mendapatkan cairan (RL), ketorolac, omeprazole, ranitidin, dan obat paracetam

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

Nama klien : Ny.S

NO RM : XXXX

Ruangan : Kemuning

No Dx	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi	Paraf mahasiswa

D.0130	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	10 April 2024	13 April 2024	
D.0137	Resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan	10 April 2024	13 April 2024	

Berdasarkan tabel 4.8, ditemukan 2 diagnosa keperawatan pada klien Ny.S 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 kecemasan berlebihan pada proses persalinan dengan tanda mayor klien mengalami ketegangan otot kejadian cedera pendarahan gangguan mobilitas.

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

Nama Klien : Ny.S

NO. RM : 10XXXX

Ruangan : Kemuning

NO	DX Keperawatan (SDKI)	Jam/Tgl	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. (D.0130)	15.00 WITA/10-04-2024	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: (L.14134) 1.Menggigil (menurun) 2. Pucat (menurun) 3.Takikardi (menurun) 4.Takipnea (menurun) 5.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 akibat hipertermia <i>Trapeutik:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang dingin • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Berikan cairan oral • Ganti llinen setiap atau lebih sering jika mengaami hyperhidrosis (keringat berlebihan) 	<i>Observasi:</i> 1. Dengan mengetahui penyebab terjadinya Hipertermia diharapkan kedepannya menjadi avare terhadap resiko terjadinya Hipertermia. 2. Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba akan mengakibatkan kejang. 3. Mengetahui jika terjadi kekurangan kadar elektrolit. 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar. 5. Untuk mengetahui konflikasi akibat Hipertermia.

			<p>6.Suhu tubuh (membaik)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermi, atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla) • Hindari pemberian antipiretik atau aspirin • 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. 	<p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien Hipertermia. 2. Untuk menurunkan suhu tubuh pasien. 3. Untuk mengganti cairan yang hilang Selama evaporasi. 4. Untuk menurunkan kehilangan panas melalui opeporasi. 5. Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin. 6. Untuk menghindari terjadinya komplikasi. <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirah baring bertujuan untuk memberikan pembatasan pergerakan pada pasien serta mengurangi kebutuhan oksigen sehingga tubuh dapat berfokus pada penyembuhan. <p><i>Kalaborasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi cairan elektrolit pasien antipiretik efektif menurunkan demam.
--	--	--	-------------------------------	--	--

2.	Resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan(D.0137)	15.00 WITA/10-04-2024	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko cedera pada ibu menurun dengan kriteria hasil : (L.14136) 1. Kejadian cedera meningkat 2. Luka atau lecet	Resiko cedera pada ibu <i>Observasi:</i> (L.14537) <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera • Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera <i>terapeutik</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasikan pasien dengan lingkungan ruang rawat (mis,penggunaan telepon,tempat tidur penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi) • Pastikan barang pribadi mudah dijangkau • Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan 	<i>Observasi:</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. untuk mengetahui agar tidak terjadi cedera pada pasien . 2. untuk mengetahui obat-obat yang dapat beresiko menyebabkan cederah pada pasien . Terapeutik 1 agar supaya baik pasien maupun keluarga dapat tahu menggunakan fasilitas yang tersedia dengan baik .

			<p>meningkat menjadi menurun</p> <p>3. Fraktur meningkat menjadi menurun</p> <p>4. Pendarahan cukup meningkat menjadi cukup menurun</p> <p>5. Pola istirahat /tidur memburuk menjadi membaik</p>	<ul style="list-style-type: none"> Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diterapkan <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 	<p>2. untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien</p> <p>3. agar pasien tetap berada pada posisinya dengan baik untuk mencegah terjadinya cedera</p> <p>4. agar supaya pasien merasa aman dan mencegah terjadinya resiko jatuh</p> <p>5. untuk mengetahui terapi fisik yang baik digunakan</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. agar pasien dengan keluarga tau alasan intervensi untuk menghindari resiko jatuh.</p>
--	--	--	--	--	---

Tabel 4.9 menjelaskan mengenai intervensi yang akan diberikan pada klien Ny.S 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 4.10 Implementasi Keperawatan

No. DX	Implementasi dan Respon	Paraf Mahasiswa
0130	<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 hipertermi Respon: klien demam disertai dengan menggigil karena ada respond dari • melayani ranitidine 50 mg 	

	<ul style="list-style-type: none"> • menjelaskana 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 • Berikan cairan oral Respon: Parasetamol, 1mg • Anjurkan tirah baring Respon: klien tidur dengan posisi terlentang dengan kepla lebih tinggi dari kaki 	
0077	<ul style="list-style-type: none"> • Mengatahui agar tidak terjadi cedera pada pasien Respon : klien tidak mengatahui penyebab cedera • Mengatahui obat-obat yang dapat beresiko menyebabkan cedera. Resopon : membantu pasien memberi tau cara minum obat-obat yang dapat beresiko. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Agar supaya baik pasien maupun keluarga dapat tahu menggunakan fasilitas yang tersedia dengan baik Respon : membantu pasien memberi tau cara pake fasilitas yang tersedia. • Untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien Respon : mencegah terjadinya cedera. • Agar pasien tetap berada pada posisinya dengan baik untuk mencegah terjadinya cedera. Respon : membantu pasien tidur yang nyaman. • Agar supaya pasien merasa aman dan mencegah terjadi resiko jatuh Respon : membantu pasien memasang pagar tempat tidur. • Untuk mengetahui terapi fisik yang baik digunakan. Respon : membantu pasien melakukan senam pagi. • Agar pasien dan keluarga tahu alasan intervensi untuk menghindari resiko jatuh. Respon : menjelaskan kepada keluarga cara menghindari cedera. 	
0130	<ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi tanda-tanda vital TD: 100/70 mmHg S: 37,0°C 	

	<p>N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi kesadaran Respon: pasien tampak lemas, melayani katarolak 30pasien mengatakan nyeri kepala, pasien mengatakan demam dan menggigil, klien mengatakan merasa mual-mual • Melayani injeksi omeprazole 20 mg/iv • Mengobservasi keadaan klien Ku : sedang Kes: compesmentis TD: 90/80 mmHh S: 37,7^o 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, mg 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Melayani injeksi omeprazole 200 mg/iv 	
0077	<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 • Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera pada ibu Respon: klien mengatakan nyeri dibagian perut sudah berkurang • Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera pada ibu Respon: klien mengatakan panas dalam ruangan. • Identifikasi ketidak nyamanan Respon:-Klien mengatakan menggigil sudah berkurang • Melayani injeksi omeprazole 20 mg/iv • Mengobservasi keadaan klien Ku : sedang Kes: compesmentis TD: 90/80 mmHh S: 37,7^o C N: 78 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit • Brikan semangat pada pasien Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyaman pada ibu Respon: klien mengatakan panas didalam runagan • Berikan cairan oral Respon: Parasetamol, mg • Melayani injeksi omeprazole 200 mg/iv 	
0130	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keadaan klien Ku: sedang Kes: compesmentis TD: 100/80 mmHh S: 36,5^o C N: 79 SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit • memonitor suhu tubuh ,suhu tubuh klien sudah menurun 36,5^o C, • mengobservasi kesadaran Respon: pasien tampak baik, pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala, pasien mengatakan tidak demam dan menggigil, klien mengatakan tidak merasa mual-mual lagi • Monitor suhu tubuh Respon: suhu tubuh klien 36,0^oC • pasien sudah dianjurkan pulang oleh dokter 	
0077	<ul style="list-style-type: none"> • Mengobservasi keadaan klien 	

	<p>Ku: sedang</p> <p>Kes: compesmentis</p> <p>TD: 100/80 mmHh</p> <p>S: 36,5^o C</p> <p>N: 79</p> <p>SpO²: 99x/menit</p> <p>RR: 21 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas rasa nyaman Respon: klien mengatakan sudah tidak cemas lagi • Identifikasi respons nyeri non verbal Respon:-Klien mengatakan sudah tidak menggigil • pasien sudah dianjurkan pulang oleh dokter 	
--	---	--

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.S dilakukan selama 3 hari di rumah sakit pada tanggal 10 April -13 Maret 2024.

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

No. DX	Tgl/Jam	Evaluasi (SOAP)
0130	11-04 2024/ 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	11-04-2024/ 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 merasa cemas pada kelahiranya</p> <p>O : klien tampak meringis kesakitan pada perut</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah saat digunakan. • Gunakan pengaman tempat tidur sesuai kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan. <p>A : Resiko cedera pada ibu belum teratasi</p> <p>S : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi rasa nyaman pasien • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyaman • Fasilitasi istirahat dan tidur • Identifikasi obat yang dikonsumsi
0130	11-04-2024 20.30	<p>S: Klien mengatakan demam sudah berkurang</p> <p>O: Klien tampak lemas</p> <p>TD: 100/70 mmHg</p> <p>S: 37,7°C</p> <p>N: 78 x/menit</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: Hipertermia teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengobservasi kesadaran • Identifikasi penyebab hipertermi • Monitor suhu tubuh

0077	11-042024 220.30	<ul style="list-style-type: none"> • Basahi dan kipasi permukaan tubuh • Lakukan pendinginan eksternal • Berikan cairan oral • Anjurkan tirah baring <p>S: Klien mengatakan nyeri di bagian perut sudah berkurang</p> <p>O: - Klien tampak meringis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak kesakitan • Pertahankan rasa nyaman pasien <p>TD: 100/70 mmHg S: 37,7°C N: 78 x/menit SpO²: 99x/menit RR: 21 x/menit</p> <p>Berat jenis 1.010 Ph: 6.0</p> <p>A: Resiko cedera pada ibu teratasi sebagian</p> <p>P: Pertahankan Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri • Identifikasi rasa nyaman • Identifikasi respons nyeri non verbal • Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan cemas • Brikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi cemas • Kontrol lingkungan yang memperberat rasa cemas • Fasilitasi istirahat dan tidur • Tindakan non farmokologi
------	---------------------	--

0130	12.05-2024/ 13.45	<p>S: Klien mengatakan sudah tidak demam lagi</p> <p>O: Klien tampak baik</p> <p>TD: 100/80 mmHh</p> <p>S: 36,0⁰ C</p> <p>N: 79</p> <p>SpO²: 79x/menit</p> <p>RR: 21 x/menit</p> <p>Berat jenis 1.010</p> <p>Ph: 6.0</p> <p>A: Hipertermia sudah teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien dipulangkan <p>S: Klien mengatakan sudah tidak nyeri di kepala</p>
0077	12.05-2024/ 13.45	<p>O: Klien tampak baik</p> <p>TD: 100/80 mmHh</p> <p>S: 36,0⁰ C</p> <p>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.S menunjukkan 2 diagnosa keperawatan teratasi yaitu diagnose hipertermia dan nyeri akut teratasi di hari ke 3 perawatan di rumah sakit.

1. PEMBAHASAN

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori yang ada dengan kasus nyata pada Asuhan Keperawatan pada Ny.S dengan diagnosa medis Malaria di Ruang Dahlia RSUD Umu Rara Meha Waingapu. Berdasarkan pengkajian pada Ny.S tanggal 10 April 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.S 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.S 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 mulamual 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.S 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

Bedasarkan 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

Pada kasus Ny.S diagnosa yang ditegakkan tidak sesuai dengan teori yang ditemukan. Diagnosa keperawatan yang di temukan yaitu; 1) Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit; 2) resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan

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 Hipertermia sudah teratasi. Tetapi penulis mengangkat masalah resiko cedera pada ibu karena pada saat pengkajian klien mengeluh cederapada perut 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) resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan

yang ditemukan 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 resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan

terdapat kesenjangan antara teori dan kasus yang ada. Didalam teori, resiko cedera pada ibu termasuk dalam salah satu diagnosa yang muncul tetapi penulis tetap mengangkat diagnosa resiko cedera pada ibu dan merumuskan intervensi sesuai dengan masalah yang ada. Intervensi untuk diagnosa ini adalah mencatat dan mengkaji Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas resiko cedera pada ibu , 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.M 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.

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) Resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan, implementasinya sesuai dengan intervensi yang ditetapkan. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko cedera pada ibu 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 resiko cedera pada ibu bisa teratasi. Berdasarkan masalah yang ada, penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan yang telah direncanakan untuk mengatasi masalah pada Ny. S 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 resiko cedera pada ibu yaitu melakukan mengkaji resiko pada persalinan secara kompresif, mengobservasi adanya reaksi nonverbal mengenai ketidak nyamanan, memantau tanda-tanda vital, mengatur posisi nyaman.

5). Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah bagian terakhir dari proses keperawatan, dimana pada kasus Ny.S 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) Resiko cedera pada ibu berhubungan dengan kecemasan berlebihan pada proses persalinan**, evaluasi yang diharapkan resiko cedera pada ibu menurun dengan kriteria hasil pasien dapat bahwa dengan tindakan yang sesuai, gejala resiko 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, Vital sign: TD: 110/60 mmhg, N: 82 x/i, P: 20 x/i, S: 37,0 °c. Dengan demikian masalah keperawatan resiko cedera pada ibu pasien menunjukkan resiko yang dilaporkan sedang, panjangnya, wajah sedang sehingga masalah belum teratasi, perencanaan intervensi dilanjutkan.