

BAB 4

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang proses asuhan keperawatan anak pada pasien malaria An.J. dengan diagnosis medis malaria, di Ruang Anggrek Rumah Sakit Umum Umu Rara Meha Waingapu meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu berlokasi di Kabupaten Sumba Timur. Rumah sakit ini telah mendapatkan akreditasi paripurna dengan peringkat B dan memiliki dua instalasi utama, yaitu instalasi rawat jalan dan rawat inap. Instalasi rawat jalan mencakup berbagai poli, seperti poli penyakit paru, poli saraf, poli penyakit dalam, poli bedah, poli anak, poli gigi dan mulut, poli kebidanan dan KB, poli VCT, poli mata, serta poli gizi. Sementara itu, instalasi rawat inap terdiri dari beberapa ruang perawatan, antara lain ruang Dahlia untuk penyakit dalam, ruang Kemuning untuk kebidanan, ruang PICU yang melayani pasien anak dengan kondisi kesehatan darurat, ruang Perina untuk bayi baru lahir yang memiliki masalah kesehatan, ruang ICU untuk pasien darurat, ruang VIP dan utama yang melayani pasien dari berbagai usia, ruang Anggrek untuk pasien anak, serta ruang Bogenvil khusus untuk pasien bedah.

Ruang anggrek adalah salah satu instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Umu Rara Meha Waingapu yang di khususkan untuk perawatan pasien dengan anak-anak dengan kapasitas tempat tidur sebanyak

25 tempat tidur yang terdiri dari 5 kelas perawatan yaitu kelas VIP terdiri dari 2 ruangan masing-masing memiliki 1 tempat tidur, kelas Observasi terdiri dari 1 ruangan dan memiliki 2 tempat tidur untuk pasien laki-laki dan perempuan, kelas 3 terdiri dari 2 ruangan masing-masing memiliki 5 tempat tidur. kelas 2 terdiri dari 1 ruangan memiliki 3 tempat tidur, kelas 1 terdiri dari 1 ruangan dan memiliki 2 tempat tidur, Ruangan perawatan dengan pasien penyakit menular (isolasi) terdapat 2 ruangan yaitu ruangan ISO umum dan ruangan ISO KEP masing – masing memiliki 3 tempat tidur.

4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian (21/03/2025) jam 14.15

I. Anamnese

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

No	Identitas Klien	Identitas Orang Tua
1.	Nama (Inisial) : An.J	Nama Ayah : TN. B
2.	Tanggal Lahir : 03/07/2023	Nama Ibu : NY. M
3.	Jenis Kelamin : Perempuan	Pekerjaan Ayah/Ibu : Petani
4.	Tanggal MRS : 21/03/2025	Pendidikan Ayah/Ibu : SD
5.	Alamat : Mbatakapidu	Agama : Kristen Protestan
6.	Diagnose Medis : Malaria	Suku/Bangsa : Sumba / Indonesia
7.	Sumber Informasi : Ibu	Alamat : Mbatakapidu
8.	No. RM : 12XXXX	Penghasilan: <1.000.000/ Bulan

1.1 Riwayat kesehatan

1. Riwayat Keperawatan Sekarang

- a. Keluhan utama : ibu pasien mengatakan anaknya demam dan batuk pilek
- b. Riwayat penyakit saat ini : ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak tanggal 19 Maret 2025 yang lalu di sertai menggigil, batuk pilek dan tidak ada nafsu makan, pucat, dan cemas.
- c. Riwayat persalinan
 - Antenatal : tidak ada masalah kesehatan selama hamil
 - Natal : pada saat melahirkan anak lahir dengan normal
 - Post natal : ibu pasien memberikan ASI pertama / kolostrum

1.2 Riwayat Keperawatan Sebelumnya

- a. Riwayat kesehatan ibu : pernah mengalami sakit batuk pilek dan sakit kepala.
- b. Riwayat kesehatan keluarga : di dalam keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang sama dengan klien

1.3 Riwayat Nutrisi

Status nutrisi : kebutuhan nutrisi klien kurang terjamin karena keadaan ekonomi yang kurang tercukupi

1.4 Riwayat Immunisasi

Tabel 4. 2 Riwayat Imunisasi

No.	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
1.	BCG	03/08/2023	Nyeri di area suntikan dan demam.
2.	DPT (I,II,III)	03/09/2023, 03/10/2023 03/11/2023	Nyeri dan demam serta kemerahan di area suntikan
3.	POLIO (I,II,III,IV)	03/08/2023, 03/09/2023, 03/10/2023, 03/11/2023	Demam, serta rasa nyeri di area suntikan
4.	CAMPAK	03/04/2024	Demam dan bengkak di area suntikan
5.	HEPATITIS	03/07/2023	Nyeri disertai demam.

1.5 Riwayat Tumbuh Kembang

1. Pertumbuhan fisik

- 1) BB saat ini : 7,1 kg TB : 74 cm LLA : 14,6 cm
- 2) BB lahir : 2,5 Panjang lahir : 45 cm
- 3) Waktu tumbuh gigi : 4 bulan tanggal gigi : -

2. perkembangan tiap tahap

- 1) Berguling : ibu pasien mengatakan anaknya mulai berguling pada usia 4 bulan
- 2) Duduk : ibu pasien mengatakan anaknya mulai duduk pada usia 8 bulan
- 3) Merangkak : ibu pasien mengatakan anaknya mulai merangkak pada usia 10 bulan
- 4) Berdiri : ibu pasien mengatakan anaknya mulai berdiri pada usia 15 bulan

- 5) Berjalan : ibu pasien mengatakan anaknya mulai berjalan pada usia 16 bulan
- 6) Senyum kepada orang lain pertama kali : pada usia 6 bulan
- 7) Berbicara pertama kali : klien belum lancar untuk berbicara
- 8) Berpakaian tanpa bantuan : pasien di bantu oleh orang tuanya pada saat berpakaian

1.6 Riwayat Nutrisi

1. Pemberian ASI

- 1) Pertama kali disusui : pada saat bayi baru lahir
- 2) Cara pemberian ; terjadwal setiap 2 jam
- 3) Lama pemberian eksklusif : 6 bulan

2. Pemberian susu formula

- 1) Alasan pemberian : untuk memenuhi kebutuhan nutrisi
- 2) Jumlah pemberian : 60 ml
- 3) Cara pemberian : menggunakan dot

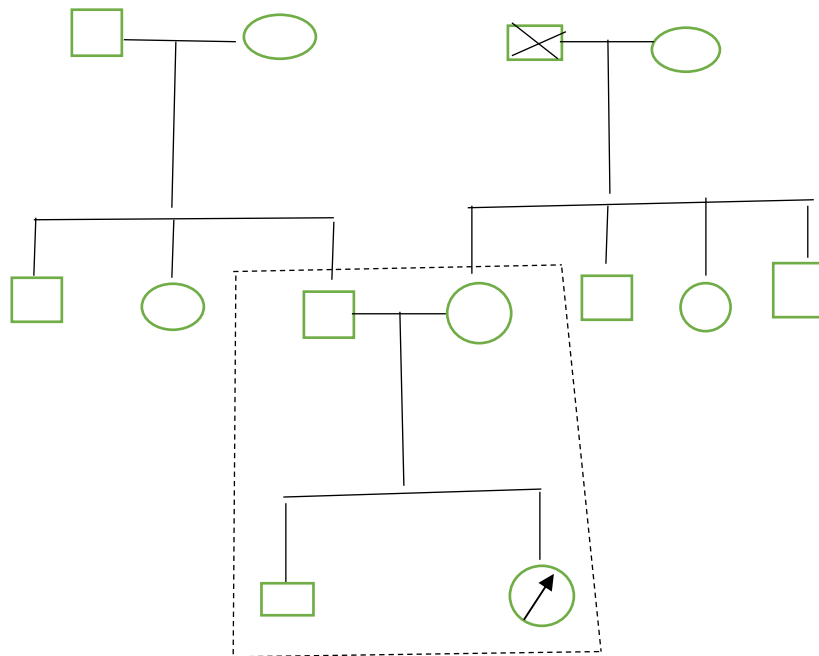
3. Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Tabel 4. 3 Pola Nutrisi

No	usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
1.	0-6 bulan	ASI eksklusif	6 bulan
2.	6-12 bulan	Mp -ASI / bubur/sufor	7 – 15 bulan
3.	Saat ini	ASI dan Nasi, sayur, ikan.	16 bulan – sampai saat ini

4. Genogram

Gambar 4. 1 Genogram



- Keterangan :
- laki-laki
 - Perempuan
 - ↗ Pasien
 - Garis keturunan
 - tinggal serumah
 - ✕ Meninggal
 - | Garis keturunan

2. OBSERVASI DAN PENGKAJIAN FISIK

Keadaan umum : tampak lemas

TD = - N : 112 x/m S : 38,2 °c

RR : 28x/m Spo²: 97 %

1. Pernafasan

- a. Bentuk dada : simetris
- b. Pola nafas : tidak teratur karena secret yang tertahan
- c. Retraksi otot bantu nafas : menggunakan otot bantu nafas
- d. Perkusi thorax : pekak
- e. Alat bantu pernafasan : tidak ada
- f. Batuk : pasien mengalami batuk dan ada secret yang tertahan di tenggorokan

2. Kardiovaskuler

- a. Irama jantung : 112 x/m
- b. Palpasi : normal
- c. Bunyi jantung : lup dup
- d. Capillary refill time (CRT) : < 3 detik

3. Persyarafan

- a. Kesadaran : composmentis
- b. Reflek- reflek :
 - 1) Menghisap : ada
 - 2) Menoleh : pasien menoleh ke segala arah
 - 3) Menggengam : pasien bisa menggenggam
 - 4) Moro : pasien selalu ada reflex tubuh

- c. Istirahat tidur : pasien tidak nyaman saat tidur karena demam

4. Genitourinaria

- a. Bentuk alat kelamin : perempuan
- b. Uretra : tidak ada kelainan
- c. Kebersihan alat kelamin : bersih
- d. BAK : 5x/hari warna : kuning konsistensi : cair

5. Pencernaan

i. Mulut

Mukosa mulut : terasa bau

Bibir : tampak pucat dan kering

Kebersihan rongga mulut : tidak terjaga

ii. Abdomen

Bentuk : simetris 4 kuadran

Bising usus : normal

BAB : tidak menentu konsistensi : padat warna :
kuning

6. Musculoskeletal dan integument

- a. Kemampuan pergerakan sendi lengan dan tungkai : kuat
- b. Kekuatan otot : baik
- c. Akral : dingin
- d. Turgor kulit : baik
- e. Kelembaban kulit : lembab

7. Endokrin

Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar parotis : tidak ada

Hiperglikemi : normal

Hipoglikemi : normal

8. Penginderaan

a. Mata

1. Bentuk : simetris
2. Pergerakan bola mata : searah
3. Pupil : isokor
4. Konjungtiva : merah mudah
5. Sklera : warna putih
6. Palpebra : normal

b. Hidung

Bentuk : simetris, terdapat secret

Lubang hidung : simetris tidak ada kelainan, dan tidak ada nyeri tekan.

c. Telinga

Bentuk : seperti huruf C

Tulang rawan : ada

9. Aspek psikososial

- a. Ekspresi afek dan emosi : pasien merasa emosi pada saat di ganggu
- b. Dampak hospitalisasi bagi anak : klien tampak takut saat melihat orang baru

- c. Dampak hospitalisasi bagi keluarga : keluarga merasa khawatir dengan kondisi anaknya saat ini

1.4. PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Tabel 4. 4 Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	Keterangan
HEMATOLOGI				
Hemoglobin	7,0	g/dl	11,3 – 14,1	
Hematokrit	22,0	%	33,0 -45,0	
Lekosit	10,07	Ribu/ul	4,50 – 14,50	
Trombosit	50	Ribu/ul	150- 450	
Eritrosit	3,54	Juta/ul	3,8 – 5,80	
MCV/MCH/MCHC				
Mcv	62,1	Rl	73,0 – 101,0	
Mch	19,8	Pg	23,0 – 31, 0	
Mchc	31,1	g/dl	28,0 – 32,0	
Rdw	20,3	%	11,5 – 14,5	
HITUNG JENIS				
Basofil	0,2	%	0,0 – 1,0	
Eosinophil	0,2	%	0,0 – 4,0	
Segmen	57,7	%	29,0 – 72,0	
Limfosit	34,1	%	33,0 – 48,0	
Monosit	7,8	%	0,0 – 6,0	
Golongan darah	O/RHT	-		
MALARIA	PF RING +PV RING	-	Negatif	

1.5.TERAPI

Tabel 4. 5 Terapi Obat

No.	Nama obat	Kandungan	Manfaat
1.	Injeksi ampicillin 350 mg iv /6 jam	Ampicillin trihydrate 500 mg	Mengobati infeksi bakteri
2.	Injeksi gentamisin 40 mg /24 jam	Gentamicin sulfate	Mengganggu proses produksi protein yang dibutuhkan untuk membangun dinding sel bakteri
3.	Injeksi paracetamol 80 mg iv, tiap 4- 6 jam	Acetaminophen	Digunakan untuk mengobati sakit kepala,sakit gigi,nyeri haid dan demam
4.	Puyer papil (ambroxol 5 mg + salbutamol 1 mg + metal prednisolon 1,5 mg) 3x1 pulv	1. Ambroxol hydrochloride 2. Salbutamol sulfate 2 mg 3. Kortikosteroid	1. Meredakan sesak napas dan mengi akibat masalah pernapasan 2. Mengatasi gangguan system kekebalan tubuh dan masalah pernapasan
5.	Nebulisasi suprasma 1 resp kurang lebih 33 cc Ns /8 jam	Salbutamol sulphate	Mengatasi masalah pernapasan karena penyempitan saluran udara di paru-paru.
6.	Primaquin 1x1 /tab (14 hari)	Primaquine	Mengobati dan mencegah malaria serta pneumocystis pneumonia
7.	DHP 1 x $\frac{1}{2}$ tablet	1. Dihydroartemisin 40 mg 2. Piperaquine phosphate 320 mg	Kombinasi obat untuk mengatasi malaria

1.6 KLASIFIKASI DATA

Tabel 4. 6 Klasifikasi Data

Data subjektif	Data objektif
1. Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu disertai menggigil	1. Pasien tampak pucat
2. Ibu pasien mengatakan anaknya batuk pilek	2. Pasien tampak menggigil
3. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada nafsu makan	3. Pasien tampak cemas
	4. Pasien tampak
	5. Mukosa bibir pucat dan kering
	6. Kebersihan mulut tidak terjaga
	7. Terdapat sekret
	8. Hb rendah (7,0)
	9. Pf ring + pv ring negatif
	10. Hematokrit menurun (22,0)
	TTV :
	N : 112 x/ m
	S : 38,2 ⁰ c
	RR : 28x/m
	Spo ² : 99 %
	11. Terpasang infus RL ditangan kanan

1.7 ANALISA DATA

Tabel 4. 7 Analisa Data

	DS DAN DO	MASALAH	PENYEBAB
Ds.			
	1. Ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu disertai menggigil	Hipertemia	Proses penyakit
	2. Ibu pasien mengatakan anaknya batuk pilek		
	3. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak ada nafsu makan		
Do.			
	1. Pasien tampak pucat		
	2. Pasien tampak menggigil		
	3. Pasien tampak cemas		
	4. Pasien tampak		
	5. Mukosa bibir pucat dan kering		
	6. Kebersihan mulut tidak terjaga		
	7. Terdapat sekret		
	8. Hb rendah (7,0)		
	9. Pf ring + pv ring negatif		
	10. Hematokrit menurun (22,0)		
	11. TTV :		
	12. N : 112 x/ m		
	13. S : 38,2 ⁰ c		
	14. RR : 28x/m		
	15. Spo ² : 99 %		
	16. Terpasang infus RL ditangan kanan		

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Nama klien : An. J
 No. RM : 12XXXX
 Ruangan : Anggrek

Tabel 4. 8 Diagnosa keperawatan

No.dx	Diagnose keperawatan (SDKI) berdasarkan prioritas	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi	Paraf mahasiswa
D.0130	Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit (D.0130)	21 maret 2025	21 maret 2025	Yesron Pombu Geli Gaka

Berdasarkan tabel 4.4 ditemukan diagnosa keperawatan pada klien An. J yaitu Hipertermia dengan tanda mayor klien mengalami demam yang disertai dengan menggigil, membran mukosa kering, dan suhu tubuh meningkat.

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Pasien : An. j

No Rm : 12XXXX

Ruangan : Anggrek

Tabel 4. 9 intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Jam/tgl	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional
	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. (D.0130)	21/03/2025	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1x5 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: (L.14134) 1. menggigil (menurun) 2. pucat (menurun) 3. takikardi (menurun) 4. takipnea (menurun) 5. bradikardi menurun) 6. suhu tubuh membaik	Manajemen hipertermi: (I.15506) Observasi: 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator). 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor konflikasi akibat hipertermia terapeutik: 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 8. Berikan cairan oral 9. Ganti linen setiap atau lebih sering jika mengaami hyperhidrosis (keringat berlebihan) 10. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermi, atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksilla, Melakukan kompres hangat) 11. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin Edukasi: 12. Anjurkan tirah baring Kolaborasi:	Observasi: 1. Dengan memahami penyebab terjadinya hipertermia, diharapkan ke depan dapat meningkatkan kewaspadaan terhadap risiko munculnya kondisi tersebut 2. Kenaikan suhu tubuh secara mendadak dapat menyebabkan terjadinya kejang. 3. Mengetahui adanya defisiensi kadar elektrolit dalam tubuh. 4. Untuk mengetahui seberapa banyak urine yang dihasilkan. 5. Untuk mengetahui konflikasi akibat Hipertermia. Terapeutik: 6. Memberikan lingkungan yang nyaman dan

-
- | | |
|---|---|
| 13. Kalaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, Jika perlu. | mendukung bagi pasien dengan hipertermia. |
|---|---|
7. menurunkan suhu tubuh pasien. secara efektif.
 8. Mengganti cairan yang hilang selama evaporasi..
 9. Mengganti linen yang telah kotor agar tetap bersih dan nyaman
 10. Mengurangi kehilangan panas tubuh melalui evaporasi.
 11. Menjaga suhu permukaan tubuh agar tetap seimbang ,baik hangat maupun dingin
 12. Mencegah terjadinya komplikasi yang muncul.
- Edukasi:**
13. Tirah baring bertujuan untuk membatasi aktivitas pasien dan mengurangi kebutuhan oksigen agar tubuh dapat fokus pada proses penyembuhan
- Kalaborasi:**
14. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit serta pemberian antipiretik secara efektif
-

Tabel 4.8 Menjelaskan intervensi yang akan dilakukan pada klien An. J selama masa perawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan. Perencanaan pada klien mengacu pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang mencakup aspek observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi.

D. Implementasi

Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan

No.dx	Tgl/jam	Implementasi dan respon	Ttd mahasiswa
D.0130	21/03/2025		Yesron
	08.00	Menerima pasien dari ruangan UGD	Pombu Geli
	08.05	mengobservasi tanda-tanda vital : N: 88 x/menit S: 38,2 °C SpO ₂ : 99% RR: 28/menit	Gaka
	08.10	Mengidentefikasi penyebab hipertermia Respon: klien demam disertai dengan menggigil karena ada respon dari dalam tubuh	
	08.15	Melayani injeksi paracetamol 80 mg/iv Menjelaskan manfaat kompres hangat kepada klien respon : pasien memahami dengan baik	
	08.20	Memberikan edukasi kepada pasien tentang cara melakukan kompres hangat. Respon: pasien melakukan kompres hangat dengan bantuan.	
	08.40	Memonitor suhu tubuh Respon: suhu tubuh klien 37,7 °C	
	08.45	Membasahi dan kipasi permukaan tubuh Respon:- membasahi handuk dan di letakkan di dahi Klien menggunakan kipas angin	
	09.00	Melakukan pendinginan eksternal Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien dengan menggunakan handuk	
	09.30	Memberikan cairan oral Respon: Parasetamol, 1mg Menganjurkan tirah baring	
	10.00	Respon: klien tidur dengan posisi terlentang dengan kepala lebih tinggi dari kaki	
	10.15	Kolaborasi pemberian antipiretik Respon : inj. Paracetamol 80 mg/iv	
D.0130	22/03/2025		Yesron
	14.00	Menerima overan dinas	Pombu Geli
	14.05	Mengobservasi TTV S : 36, 5 ⁰ c N : 86 x/m RR : 22x/m SPO ² : 99 %	Gaka
	14.05	Memonitor suhu tubuh Respon: suhu tubuh klien 36,5 °C	
	14.10	Membasahi dan kipasi permukaan tubuh Respon:- membasahi handuk dan di letakkan di dahi Klien menggunakan kipas angin	
	14.30	Melakukan pendinginan eksternal Respon: melakukan kompres hangat pada dahi klien dengan menggunakan handuk	
	15.00	Memberikan cairan intravena Respon: Parasetamol 80 mg/iv	

15.10	Menganjurkan tirah baring Respon: klien tidur dengan posisi terlentang dengan kepala lebih tinggi dari kaki
-------	---

E. EVALUASI

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan

No.dx	Tgl/jam	Evaluasi (SOAP)
D.0130	21/03/2025	S : ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak 2 hari yang lalu O : klien tampak menggigil Klien tampak lemas N: 88 x/menit S: 38,2 °c SpO₂ : 99% RR: 28x/menit Melayani injeksi pct 80 mg/IV PF RING + PV RING NEGATIF Terpasang infus di tangan kanan A : masalah hipertermia belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor konflikasi akibat hipertermi
D.0130	22/03/2025	S : ibu pasien mengatakan anaknya tidak demam lagi O : KU : baik Kes : composmentis N: 88 x/menit S: 36.6 °c SpO₂ : 99% RR: 24x/menit Terpasang infus di tangan kanan PF RING + PV RING NEGATIF A : masalah hipertemi sudah teratasi P : hentikan intervensi Lakukan intervensi mandiri di rumah

Pada tabel di atas menjelaskan bahwa evaluasi pada klien An. J menunjukkan 1 diagnosa keperawatan yaitu hipertermia tertatasi pada hari ke 2 setelah dilakukan kompres hangat.

4.2 Pembahasan

Penulis akan menguraikan persamaan dan perbedaan antara teori yang ada dengan kondisi nyata dalam Asuhan Keperawatan pada An. J, yang memiliki diagnosis medis malaria dan dirawat di Ruang Anggrek RSUD Umbu Rara Meha Waingapu. Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada tanggal 21 Maret 2025, penulis menetapkan satu diagnosis keperawatan yang didasarkan pada data-data pendukung yang ditemukan. Pembahasan ini disusun berdasarkan lima tahapan dalam proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Malaria merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh *Plasmodium*, yaitu organisme bersel satu yang termasuk dalam kelompok protozoa parasit. Penularannya terjadi melalui gigitan nyamuk *Anopheles* betina yang membawa parasit tersebut. Terdapat berbagai faktor yang memengaruhi terjadinya malaria, dan nyamuk *Anopheles* mampu bertahan hidup karena kemampuannya untuk beradaptasi dengan lingkungan sekitarnya. (Yusnita & Siregar, 2023). Dalam teori, pada tahap pengkajian, keluhan yang umumnya menjadi alasan pasien mencari bantuan medis meliputi demam, sakit kepala, mual, muntah, tubuh terasa lemah, sesak napas, dan kondisi tubuh yang tampak pucat, yang merupakan indikasi adanya anemia. Jika gejala malaria berlanjut, pasien mengeluh sesak napas, pernafasan dangkal dan cepat melalui hidung dengan penggunaan otot bantu pernafasan. Untuk status mental, pasien dengan malaria yang lebih parah dapat mengalami penurunan kesadaran, Tanda dan gejala yang dapat muncul meliputi gelisah, kejang, selaput mukosa yang kering, kesulitan

menelan, perut kembung, nyeri pada daerah epigastrik, penurunan nafsu makan, serta muntah.

Berdasarkan studi kasus pada An. J, pasien datang dengan keluhan demam yang disertai menggigil selama tiga hari berturut-turut tanpa mengalami penurunan suhu dan menderita batuk pilek sehingga masuk IGD. Setelah dilakukan pemeriksaan ditemukan pasien demam disertai dengan menggigil dengan suhu tubuh 38,20c frekuensi nadi meningkat yaitu 112 kali/menit. frekuensi pernapasan juga meningkat yaitu 28x/menit, Pasien tampak lemas serta adanya mual muntah. Pada pemeriksaan laboratorium, pasien mengalami penurunan trombosit dengan hasil laboratorium Trombosit yaitu 50 ribu/ul terdapat ring PF+PV.

Malaria mempunyai karakteristik klinis umum berupa demam akut. Pada individu yang belum terbentuk imunnya terhadap plasmodium atau mengalami infeksi pertama kali, gejala muncul pada hari ketujuh atau lebih (biasanya hari ke-10 sampai 15) setelah gigitan nyamuk pertama yang terinfeksi plasmodium. Gejala awal seperti demam, sakit kepala, menggigil dan muntah merupakan gejala yang ringan dan sulit untuk dikenali sebagai gejala malaria (Adolph, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian (Semme & Widyaningrum, 2023) studi kasus pada AN.J pasien masuk dengan keluhan demam tinggi selama 3 hari berturut-turut di sertai dengan menggigil, mual muntah serta batuk pilek seluruh badan terasa lemas, serta frekuensi nadi meningkat 112x/ menit.

Berdasarkan hasil pengkajian, baik secara teoritis maupun pada kasus nyata, penulis menyimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara teori dan kondisi klinis yang dialami. Hal ini dikarenakan An. J tidak menunjukkan tanda-tanda sesak napas saat masuk ke IGD. Pasien memiliki pernapasan spontan dengan frekuensi 28 kali per menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, status mentalnya baik, serta tidak mengalami penurunan kesadaran. Kondisi ini menunjukkan bahwa pasien masih mampu mengontrol pernapasannya dengan baik.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), pemadaman masalah keselamatan berdasarkan gejala klinis dan pemeriksaan pemeriksaan adalah bagian dari diagnosis malaria . Salah satu diagnosis utama adalah hipertermia yang terkait dengan penyakit, seperti infeksi malaria. Selain itu, diagnosis tambahan dapat ditemukan, seperti defisit pengetahuan dan perilaku cenderung berisiko yang terkait dengan kurangnya pemahaman dan perilaku pencegahan yang kurang tepat tentang malaria (Sitorus, 2021)

Menurut teori, diagnosis yang paling sering muncul pada pasien dengan kasus malaria adalah (Semme & Widyaningrum, 2023) hipertermia, perfusi perifer tidak efektif, dan defisit nutrisi. Pada teori ini penulis menggunakan satu diagnosa keperawatan yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

Pada kasus An.J diagnosa yang ditegakkan adalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Terdapat 2 diagnosa yang tidak ditegakkan sesuai dengan teori ini. Hal ini disebabkan karena pada saat melakukan pengkajian, pasien tidak mengalami tanda dan gejala yang

mengarah ke diagnosa tersebut yaitu nafsu makan pasien sudah membaik sehingga penulis tidak menemukan data yang mendukung untuk di angkat diagnosa tersebut. Penulis mengangkat diagnosa hipertermi karena pada Saat melakukan pengkajian pasien terasa demam dan warna kulit pucat.

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit adalah dengan kriteria hasil suhu tubuh membaik, menggigil menuurun, pucat menurun. pada penelitian ini peneliti menerapkan intervensi keperawatan yaitu manajemen hipertermi. hal ini sama dengan intervensi yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Temuan penulis telah sejalan dengan teori, sehingga tidak ditemukan adanya perbedaan. Salah satu intervensi keperawatan dalam menangani hipertermia adalah dengan memberikan kompres hangat kepada pasien. Tindakan ini bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh melalui mekanisme evaporasi. Pernyataan ini selaras dengan penjelasan dalam teori yang dikemukakan oleh (Sebalai, 2021).

Menurut penelitian (RI WAHYUNI, 2019), Dalam kajian kasus, intervensi keperawatan yang direncanakan mencakup pemantauan suhu dan tanda-tanda vital lainnya, pemeriksaan warna serta suhu kulit, pemberian kompres hangat, pemantauan kehilangan cairan insensibel (IWL), pemantauan asupan dan keluaran cairan, serta kolaborasi dalam pemberian antipiretik. Namun, terdapat perbedaan dalam perencanaan diagnosis. Pada teori kasus malaria, intervensi mencakup pemantauan IWL serta intake dan output, sedangkan pada kasus An. J, intervensi tersebut tidak direncanakan. Hal ini

dikarenakan pasien masih mampu minum dengan baik, sehingga tidak memerlukan pemantauan khusus terhadap IWL maupun keseimbangan cairan.

4. Implementasi keperawatan

Beberapa langkah penting yang harus diambil untuk menegakkan diagnosis hipertermia pada pasien yang menderita malaria. Pertama, pemeriksaan darah, baik mikroskopis maupun tes cepat (RDT), harus dilakukan untuk memastikan diagnosis malaria. Kemudian perhatikan gejala musim panas yang mungkin menyertai penyakit malaria, seperti demam tinggi, pilek, dan berkeringat. Ketiga, atasi hipertermia dengan menjaga suhu tubuh dan memberikan kompres hangat dan, jika perlu, obat penurun demam (Swari, 2023)

Implementasi dilakukan pada tanggal 21 dan 22 Maret 2025 untuk diagnosis hipertermia yang berhubungan dengan proses penyakit. Pelaksanaan tindakan sesuai dengan teori dan intervensi yang telah ditetapkan. Penulis fokus melakukan pemberian kompres hangat kepada pasien An. J untuk menurunkan suhu tubuh. Berdasarkan permasalahan yang ditemukan, penulis melaksanakan implementasi sesuai dengan rencana tindakan yang telah dirancang, dengan harapan masalah tersebut dapat diatasi sesuai dengan tujuan yang ditetapkan.

Menurut penelitian (Yusnita & Siregar, 2023) pelaksanaan manajemen hipertermia mencakup pemantauan suhu tubuh, observasi warna kulit, pemberian kompres hangat, serta kolaborasi dalam pemberian antipiretik. Evaluasi dilakukan untuk mengetahui hasil yang dicapai setelah tindakan diterapkan. data subjektif : ibu klien mengatakan demam anaknya sudah menurun dan data objektif : hasil tanda- tanda vital N :88 x/m, S : 36,6°C, RR :

22x/m, SPO^2 : 99%. Dengan hasil TTV diatas dilaporkan hipertermi sudah teratasi dengan suhu berada di pada suhu normal yaitu 36,6°C.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Pada kasus An. J dengan masalah keperawatan hipertermia yang terkait dengan proses penyakit, hasil evaluasi akhir menunjukkan bahwa kondisi klien telah membaik sesuai dengan kriteria yang diharapkan. Klien mengalami perbaikan dalam termoregulasi, ditandai dengan berkurangnya rasa menggigil, penurunan pucat, menurunnya takikardia dan takipnea, serta suhu tubuh yang membaik setelah diberikan kompres hangat. Evaluasi ini dilakukan secara rinci setiap hari selama masa perawatan

Menurut penelitian (Yusri, 2022) kompres hangat membantu menurunkan suhu tubuh saat demam, membuatnya nyaman, mengurangi nyeri dan ansietas. disebabkan oleh penyakit yang mendasari demam. Anak yang memiliki riwayat kejang demam juga dapat menggunakan tepid sponge dengan baik. Kompres tepid sponge adalah teknik kompres hangat yang menggunakan sepotong balutan kasa yang dilembabkan dengan cairan hangat yang telah diprogramkan. kombinasi metode kompres blok dan seka pada pembuluh darah supervisial.

Menurut peneliti evaluasi sudah di lakukan selama 2 hari dan masalah hipertermia pada pasien An.J sudah tertatasi dengan kriteria hasil demam menurun, menggigil menurun pucat menurun, takikardi menurun, takipnea menurun, suhu tubuh membaik, setelah dilakukan kompres hangat dan pemberian antipiretik (injeksi paracetamol 80 mg/iv) dirinci evaluasi per hari

perawatan. Dan hasil tanda- tanda vital N :88 x/m, S : 36,6°C, RR : 22x/m, SPO² : 99%. Dengan hasil TTV diatas dilaporkan hipertermi sudah teratasi dengan suhu berada di pada suhu normal yaitu 36,6°C.