

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Kristen Lindimara merupakan salah satu pusat kesehatan masyarakat yang terletak di provinsi Nusa Tenggara Timur, Kabupaten Sumba Timur jalan Profesor Dokter WZ. Johanes, No. 6, Prailiu, Kampera di kecamatan kota waingapu. Rumah sakit lindimara adalah rumah sakit yang terdapat beberapa fasilitas yaitu instalasi Gizi, Unit Gawat Darurat, instalasi Laboratorium, Farmasi dan Ambulans. Rumah sakit kristen lindimara memberikan kemudahan dalam melayani setiap pengunjung. Dengan memanfaatkan teknologi yang ada kini Rumah sakit kristen lindimara menyediakan pendaftaran secara online menggunakan aplikasi WhatsApp bagi pasien yang ingin mendaftar.

4.2 Hasil Dan Asuhan Keperawatan

Dalam penelitian ini menggunakan studi kasus dengan satu responden dalam keperawatan anak. Pasien sudah sesuai dengan kriteria yang diberikan melalui proses keperawatan yaitu; pengakjian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.2.1 Asuhan Keperawatan Anak

I. IDENTITAS

Tanggal pengakajian : 14 Januari 2025

Ruangan : UGD/ RSKL Lindimara

No Rekam medis : 1057xx

Tabel 4.1 Identitas Anak

Nama	An. K
Tanggal Lahir	02 september 2024
Jenis kelamin	Perempuan
Tanggal MRS	14 Januari 2025
Alamat	Wangga
Diagnosa medis	Kejang demam

Sumber informasi	Orang tua pasien
------------------	------------------

Tabel 4.2 Identitas Orang Tua

Nama ayah	Tn. U
Nama ibu	Ny. Y
Pekerjaan ayah/ibu	Petani/Irt
Pendidikan ayah/ibu	SMA
Agama	Kristen protestan
Alamat	Wangga

II. RIWAYAT KEPERAWATAN

1. Riwayat keperawatan sekarang :

a. Keluhan utama:

Keluarga pasien mengatakan anak panas dan kejang 2 kali di rumah.

b. Riwayat penyakit saat ini :

Keluarga pasien mengatakan anak mengalami panas tinggi hingga kejang 2 kali di rumah sekitar jam 17.00 wita, lalu pasien dibawa ke rumah sakit dan diberi obat lalu pasien pulang. Setelah di rumah sekitar jam 21.00 wita keluarga pasien mengatakan saat sesudah minum obat tidak ada perubahan dan pasien kembali panas tinggi dan kejang disertai mencret 3-4 kali, lalu pasien dibawa ke RSK Lindimara pada jam 21.30 wita dan dilakukan kembali pemeriksaan.

c. Riwayat persalinan :

Antenatal : Ibu pasien mengatakan selalu mengontrol kandungan setiap bulan dan tidak ada keluhan yang dialami

Natal : Ibu pasien mengatakan saat persalinan normal di rumah sakit

Post natal : Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah persalinan

2. Riwayat keperawatan sebelumnya
 - a. Riwayat kesehatan ibu : ibu pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit
 - b. Riwayat kesehatan keluarga : keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang mempunyai riwayat penyakit kejang demam dan lain-lain.
3. Riwayat nutrisi
Status nutrisi : kurang baik
4. Riwayat imunisasi

Tabel 4.3 Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Reaksi setelah pemberian
1	BCG	1 bulan	Demam ringan
2	DPT (I, II, III)	2-4 bulan	Demam ringan
3	Polio (I,II,III, IV)	1-4 bulan	Demam ringan
4	Campak	9 bulan	Demam dan kemerahan
5	Hepatitis	24 jam	Tidak ada

5. Riwayat tumbuh kembang

a. Pertumbuhan fisik

1. BB saat ini : 6,2 kg

TB : 62 cm

LK : 40 cm

LLA : 13,6 cm

2. BB lahir : 2,6 kg

Panjang lahir : 46,4 cm

3. Waktu tumbuh gigi : belum tumbuh

b. Perkembangan tiap tahap

Usia anak saat :

1. Berguling : anak belum bisa berguling

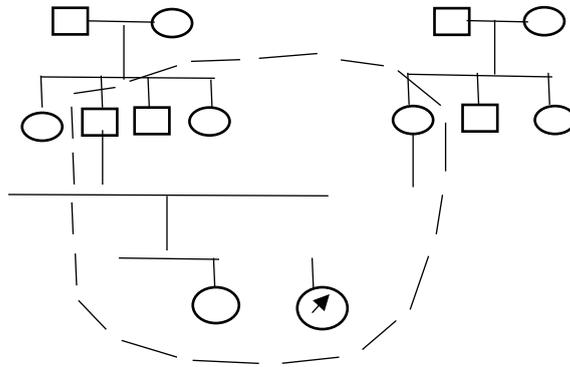
2. Duduk : belum bisa duduk

3. Merangkak : belum bisa merangkak
 4. Berdiri : belum bisa berdiri
 5. Berjalan : belum bisa berjalan
 6. Senyum kepada orang lain pertama kali : belum bisa
 7. Bicara pertama kali : belum bisa
 8. Berpakaian tanpa bantuan : belum bisa
6. Riwayat nutrisi
- a. Pemberian ASI
 1. Pertama kali disusui : ibu pasien mengatakan 24 jam setelah dilahirkan
 2. Cara pemberian: terjadwal
 3. Lama pemberian : sampai saat ini karena anak berusia 4 bulan
 - b. Pemberian susu formula
 1. Alasan pemberian : tidak diberikan
 2. Jumlah pemberian : tidak diberikan
 3. Cara pemberian : tidak diberikan
 - c. Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Tabel 4.4 Pola perubahan nutrisi tiap usia

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
1. 0-6 bulan	ASI eksklusif	Sampai saat ini
2. 6-12 bulan		
3. Saat ini	Asi eksklusif	

7. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

× : meninggal

| : garis keturunan

— : hubungan pernikahan

↗ : pasien

Gambar 4.1 Genogram

III. OBSERVASI DAN PENGKAJIAN FISIK (BODY OF SYSTEM)

Keadaan umum : tampak sakit sedang

TD : - Nadi : 195x/ menit Suhu : 38,6⁰C RR : 48x/
menit

1. Pernapasan

- a) Bentuk dada : normal
- b) Pola nafas : normal/reguler
- c) Retraksi otot bantu nafas : tidak ada
- d) Perkusi thoraks : tidak dilakukan pemeriksaan
- e) Alat bantu pernapasan : tidak ada
- f) Batuk : tidak ada

2. Kardiovaskuler

- a) Irama jantung : normal

- b) Pulsasi : tidak dilakukan pemeriksaan
- c) Bunyi jantung : S1, S2 reguler
Capillary refill time (CRT) : <2 detik
3. Persyarafan
- a) Kesadaran : menurun
- b) Reflek-reflek :
- Menghisap : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Menoleh : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Menggenggam : tidak dilakukan pemeriksaan
 - Moro : tidak dilakukan pemeriksaan
- c) Istirahat tidur : siang : 3-4 jam,
malam : 8-9 jam
4. Genitorinaria
- a) Bentuk alat kelamin : normal
- b) Urethae : normal
- c) Kebersihan alat kelamin : bersih
- d) BAK : 5x/hari Warna : kuning muda
Konsistensi : encer
5. Pencernaan
- a) Mulut
- Mukosa mulut : kurang bersih
 - Bibir : tampak pucat
 - Kebersihan rongga mulut : kurang bersih
- b) Abdomen
- Bentuk : simetris
 - Bising usus : 30x/ menit
 - BAB : 3-4 x/hari konsistensi : encer
warna : kuning kecoklatan
6. Muskuloskeletal dan integumen
- a. Kemampuan pergerakan sendi lengan : tidak ada batasan gerak
- b. Kekuatan otot : tidak dilakukan pemeriksaan

- c. Akral : teraba panas
 - d. Turgor kulit : normal
 - e. Kelembaban kulit : kulit berkeringat
7. Endokrin
- a. Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
 - b. Pembesaran kelenjar parotis : tidak ada
 - c. Hiperglikemi : tidak ada
 - d. Hipoglikemi : tidak ada
8. Penginderaan
- a. Mata
 - Bentuk : simetris
 - Pergerakan bola mata : normal
 - Pupil : isokor
 - Konjungtiva : anemis
 - Sklera : putih
 - Palpebra : merah muda
 - b. Hidung
 - Bentuk : simetris
 - Lubang hidung : normal, tidak ada sekret
 - c. Telinga
 - Bentuk : simetris, tidak ada luka dan serumen
 - Tulang rawan : simetris
9. Aspek psikososial
- a. Ekspresi efek dan emosi : tidak dilakukan pemeriksaan
 - b. Dampak hospitalisasi bagi anak : anak menangis saat perawat mendekat
 - c. Dampak hospitalisasi bagi keluarga : orang tua cemas dengan keadaan anaknya

IV. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 pemeriksaan laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
HEMATOLOGI			
Hemoglobin	10,4	g/dL	11.3 - 14.1
Hematokrit	33.6	%	33.0 - 45.0
Lekosit	22.0	ribu/ul	4.50 - 14.50
Trombosit	158	ribu/ul	150 - 450
Eritrosit	4.28	juta/uL	3.80 - 5.80
MCV/MCH/MCHC			
MCV	75.0	fl	72.0 - 88.0
MCH	34.0	pg	23.0 - 31.0
MCHC	32.0	g/dL	26.0 - 34.0
RDW	13.2	%	11.5 - 14.5
HITUNG JENIS			
Basofil	0.1	%	0.0 - 1.0
Eusinofil	1.5	%	0.0 - 4.0
Segmen	50.4	%	29.0 - 72.0
Limfosit	60.0	%	33.0 - 48.0
monosit	10.3	%	0.0 - 6.0

V. TERAPI

Tabel 4.6 Terapi medis

Tanggal resep dibuat	Nama obat dan dosis	Manfaat
14/01/2025	Paracetamol 100 mg	Untuk mengurangi demam
14/01/2025	Suppo diazepam 5 mg	Menangani kejang dan melepaskan otot yang kaku/tegang
14/01/2025	Ceftriaxone 2 x 240 mg/iv	Mengobati infeksi yang terjadi akibat bakteri
14/01/2025	Apialys syrup	Membantu meningkatkan nafsu makan, daya tahan tubuh dan pertumbuhan gigi

VI. KLASIFIKASI DATA

Tabel 4.7 Klasifikasi Data

Tgl/Jam	Data Subjektif (DS)	Data Objektif (DO)
14/01/2025 21:05	<ul style="list-style-type: none"> • Keluarga pasien mengatakan pasien panas • Kejang 2 kali dirumah • Keluarga pasien mengatakan pasien mencret 3-4 kali sehari + lendir 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Akral teraba panas • Mukosa bibir pucat • KU : tampak sakit sedang • BB : 6,2 kg Nadi : 180x/menit Suhu : 38,6⁰C RR : 48x/menit Kesadaran : menurun

VII. ANALISA DATA

Tabel 4.8 Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH	PENYEBAB
DS : Keluarga pasien mengatakan pasien panas dan kejang 2 kali dirumah DO : Akral teraba panas KU : tampak sakit sedang Nadi : 180x/menit Suhu : 38,6 ⁰ C RR : 48x/menit Kesadaran : menurun	Hipertermia	Proses penyakit
DS : Keluarga pasien mengatakan pasien mencret 3-4 kali sehari + lendir DO : Pasien tampak lemas Mukosa bibir pucat BB : 6,2 kg KU : tampak sakit sedang	Diare	Proses infeksi

VIII. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil analisa data maka dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. K sebagai berikut.

- a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D. 0130)
- b. Diare berhubungan dengan proses infeksi (D. 0020)

IX. INTERVENSI KEPERAWATAN

Tabel 4.9 intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	intervensi
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh membaik 2. Kejang menurun 3. Nadi membaik 4. Pucat menurun 	Hipertermia Manajemen (I.15506) Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Lakukan pendinginan eksternal(mis. kompres hangat) Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan tirah baring Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 8. Kolaborasi pemberian cairan dan Elektrolit intravena, jika perlu

2	Diare berhubungan dengan proses infeksi (D. 0020)	Setelah dilakukan tindakan selama 3x24 jam diharapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria hasil : 1. Konsistensi feses membaik 2. Frekuensi BAB membaik	Manajemen diare (I.03101) Observasi 1. Identifikasi penyebab diare 2. Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja Terapeutik 3. Berikan cairan intravena Edukasi 4. Anjurkan pemberian ASI Kolaborasi 5. Kolaborasi pemberian obat
---	---	---	---

X. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Tabel 4.10 implementasi keperawatan

Tanggal	Jam	Tindakan keperawatan
Diagnosa.1 14/01/2025 (hari pertama)	21:06	1. Memonitor suhu tubuh S: 38,6°C N: 180x/menit RR: 48x/menit
	21:10	2. Menyediakan lingkungan yang dingin : Membuka jendela ruangan
	21:15	3. Melonggarkan atau melepaskan pakaian : Tampak memakai pakaian yang longgar
	21:20	4. Melayani injeksi paracetamol 100mg/iv
		5. Melayani diazepam 0,3 mg puyer

Diagnosa 2 14/01/2025 (hari pertama)	21:06	1. Mengidentifikasi penyakit diare : Ibu pasien mengatakan diare mungkin terjadi karena anaknya dering memasukan mainan dan tangan kedalam mulut
	21:10	2. Monitor warna, frekuensi dan konsistensi tinja Warna : kuning Frekuensi : 3-4 kali sehari Konsistensi : encer
	21:15	3. Memasang infus D5 1/4Ns 39ml/jam
	21:20	4. Melayani Po L.Bio 1 x 1/2 sash
	21:26	5. Melayani Po oralit 100 cc
	21:26	6. Melayani injeksi ceftriaxone 2 x 240 mg/iv
Diagnosa 1 15/01/2025 (hari kedua)	11:00	1. Monitor suhu tubuh S : 37,7°C N : 167x/menit
	11:10	2. Menyediakan lingkungan yang dingin : Membuka jendela runangan
	11:15	3. Melonggarkan atau melepaskan pakaian : Tampak memakai pakaian yang longgar
	11:30	4. Melayani injeksi paracetamol 100mg/iv
Diagnosa 2 15/01/2025 (hari kedua)	11:15	1. Memonitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja : Warna : kuning Frekuensi : 2-3 kali sehari Konsistensi : setengah encer
	11:20	2. Melayani Po L. Bio 1x1/2 sach 3. Melayani injeksi ceftriaxone 2x240mg/iv
Diagnosa 1 16/01/2025 (hari ketiga)	17:10	1. Monitor suhu tubuh S : 36,6°C N : 155x/menit Pasien sudah tidak panas
Diagnosa 2 16/01/2025 (hari ketiga)	17:15	1. Monitor warna, frekuensi, dan konsistensi tinja : Warna : kuning Frekuensi : 2 kali sehari Konsistensi : lembek

XI. EVALUASI KEPERAWATAN

Tabel 4.11 evaluasi keperawatan

EVALUASI		
<p>(Hari pertama) 14/01/2025 Diagnosa 1 S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih demam dan kejang O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Akral teraba panas • Kesadaran menurun • Ku : tampak sakit sedang • S : 38,6⁰C N : 180x/menit RR : 48x/menit A : Masalah keperawatan hipertermi belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>(Hari kedua) 15/01/2025 Diagnosa 1 S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak kejang dan demam sudah berkurang O : <ul style="list-style-type: none"> • Akral teraba hangat • Ku : baik • Kesadaran : composmentis • S : 37,7⁰C N : 167x/menit A : Masalah keperawatan hipertermi teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>(Hari ketiga) 16/01/2025 Diagnosa 1 S : Keluarga mengatakan anak sudah tidak kejang dan demam lagi O : <ul style="list-style-type: none"> • Akral normal • Kesadaran : composmentis • Ku : baik • S : 36,6⁰C N : 155x/ menit A : masalah keperawatan hipertermi sudah teratasi P : Intervensi dihentikan (pasien pulang)</p>
<p>Diagnosa 2 S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih BAB encer dengan frekuensi 3-4 kali sehari O : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak lemas • Kesadaran menurun A : Masalah keperawatan diare belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Diagnosa 2 S : Keluarga pasien mengatakan BAB pasien sudah mulai membaik dengan frekuensi 2-3 kali sehari, warna kuning, konsistensi : stengah encer O : <ul style="list-style-type: none"> • Ku : baik • Mukosa bibir lembab tidak pucat A : Masalah keperawatan diare teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Diagnosa 2 S : Keluarga pasien mengatakan BAB anak sudah membaik warna : kuning, Frekuensi :2x sehari, Konsistensi : lembek O : <ul style="list-style-type: none"> • Ku : baik • Kes : compos mentis • Mukosa bibi lembab A : Masalah keperawatan diare sudah teratasi P : Intervensi dihentikan (pasien pulang)</p>

4.3 Pembahasan

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan secara menyeluruh terhadap pasien An. K, seorang bayi perempuan berusia 4 bulan yang dibawa ke rumah sakit oleh orang tuanya dengan keluhan utama panas dan kejang dua kali. Berdasarkan data subjektif dari orang tua, disebutkan bahwa anak mengalami demam sejak sore hari dan kejang di rumah, kemudian kembali mengalami kejang di malam hari disertai diare sebanyak 3–4 kali. Setelah itu, anak dibawa ke UGD Rumah Sakit Kristen Lindimara untuk penanganan lanjutan.

Dari hasil pengkajian objektif ditemukan bahwa pasien tampak sakit sedang dengan tanda-tanda vital suhu tubuh $38,6^{\circ}\text{C}$, nadi 180x/menit, frekuensi napas 48x/menit, dan kesadaran menurun. Pemeriksaan fisik menunjukkan akral teraba panas, mukosa bibir pucat, dan kondisi tubuh tampak lemas. Riwayat imunisasi lengkap dan sesuai usia, serta riwayat kehamilan dan persalinan ibu pasien dalam batas normal. Namun, tumbuh kembang anak belum sesuai usia (belum bisa berguling, duduk, atau merespons sosial), dan status nutrisi dinyatakan kurang baik.

Hasil laboratorium menunjukkan adanya leukositosis ($22.000/\mu\text{L}$) yang mendukung adanya infeksi sebagai penyebab utama hipertermia dan diare. Data tersebut memberikan dasar bagi perawat dalam menetapkan diagnosa keperawatan.

Proses Pengkajian adalah tahap awal yang sangat penting dalam proses keperawatan. Tahap ini mencakup dua aktivitas utama: mengumpulkan data yang akurat dan terstruktur untuk mengenali kebutuhan serta kekuatan pasien melalui tes laboratorium, pemeriksaan fisik, dan penelitian pendukung lainnya; serta menilai kondisi kesehatan pasien dan pola pertahanan tubuhnya melalui riwayat medis dan pemeriksaan fisik (Pokhrel, 2024).

Menurut Wulandari & Erawati (2020) tanda dan gejala dari kejang demam adalah Kejang yg timbul dalam 24 jam setelah naiknya suhu badan akibat infeksi di luar susunan saraf misalnya otitis media akut, bronkitis.

Menurut penelitian oleh (Damayanti et al., 2024) menunjukkan bahwa faktor kambuhnya kejang demam karena adanya hubungan riwayat keluarga yang pernah mengalami kejang demam. Penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa adanya pengaruh riwayat keluarga kejadian kejang demam dan yang sering terjadi kejadian kejang demam sederhana. Saat kejang, anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, hilang kesadaran, tangan dan kaki kaku, tersentak sentak atau kelojotan, dan mata berputar-putar sehingga hanya putih mata yang terlihat. Anak tidak responsive untuk beberapa waktu, napas akan terganggu dan kulit akan tampak lebih gelap dari biasanya.

Menurut peneliti bahwa antara teori dan hasil penelitian orang lain dengan pengkajian yang dilakukan peneliti sejalan dengan tanda dan gejala yaitu, suhu tubuh meningkat $38,6^{\circ}\text{C}$, kesadaran menurun, tangan dan kaki kaku.

2. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisis data, ditetapkan dua diagnosa keperawatan utama pada pasien ini:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, ditandai dengan suhu tubuh yang tinggi ($38,6^{\circ}\text{C}$), nadi cepat, kesadaran menurun, dan kondisi akral teraba panas. Kondisi ini kemungkinan besar dipicu oleh infeksi yang mendasari terjadinya kejang.
2. Diare berhubungan dengan proses infeksi, ditandai dengan frekuensi BAB sebanyak 3–4 kali per hari dengan konsistensi encer dan berlendir, pasien tampak lemas, dan mukosa bibir tampak pucat. Perilaku anak yang sering memasukkan tangan dan mainan ke dalam mulut diduga menjadi faktor pencetus infeksi saluran cerna.

Diagnosa ini menjadi dasar dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan yang komprehensif dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Diagnosa keperawatan yang dirumuskan sesuai teori SDKI PPNI (2017) yang ditemukan berdasarkan hasil studi dokumentasi pada pasien adalah Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit ditandai dengan

suhu tubuh meningkat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2020). Diagnosa ini ditetapkan oleh peneliti berdasarkan tanda dan gejala mayor yaitu suhu tubuh meningkat, Suhu: $38,6^{\circ}\text{C}$, Nadi: 180x/menit, RR: 48x/menit.

Diagnosis Keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah keperawatan atau proses kehidupan yang didalamnya baik yang berlangsung actual maupun potensial. (SDKI DPP PPNI, 2019).

Menurut (Rehana, 2021) Diagnosis yang ditemukan berdasarkan pengkajian klien yang diperoleh pada studi kasus ini yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan suhu tubuh diatas rentang normal dan akral panas, Diare berhubungan dengan proses infeksi ditandai dengan frekuensi BAB meningkat dengan konsistensi encer.

Menurut peneliti bahwa teori dari hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien An. K sejalan dengan hasil yang dilakukan oleh peneliti yang ditandai dengan tanda dan gejala yaitu suhu tubuh meningkat ($38,6^{\circ}\text{C}$), akral teraba panas dan frekuensi BAB dengan konsistensi encer 3-4 kali sehari.

3. Intervensi keperawatan,

Setelah diagnosa ditegakkan, intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan standar SIKI. Untuk diagnosa hipertermia, intervensi yang direncanakan meliputi pemantauan suhu tubuh secara berkala, penyediaan lingkungan yang sejuk dengan membuka ventilasi ruangan, serta pelonggaran pakaian pasien. Terapi farmakologis dilakukan melalui kolaborasi pemberian paracetamol untuk menurunkan suhu tubuh, dan diazepam untuk mengontrol kejang. Sedangkan untuk diagnosa diare, intervensi difokuskan pada pemantauan warna, frekuensi, dan konsistensi feses. Pemberian cairan rehidrasi (oralit dan infus D5 $\frac{1}{4}$ NS) dilakukan untuk mencegah dehidrasi. Selain itu, diberikan probiotik (L-Bio) serta antibiotik (Ceftriaxone) untuk mengatasi infeksi. Edukasi kepada orang tua mengenai pentingnya pemberian ASI dan menjaga kebersihan anak juga diberikan sebagai bagian dari perawatan holistik.

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus. Rencana keperawatan tersebut dibuat sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Rencana tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berdasarkan pada tujuan intervensi sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan yaitu Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit dan Diare Berhubungan dengan Proses Infeksi. Intervensi pada diagnosa Hipertermia yaitu manajemen hipertermia diantaranya melakukan **Observasi:** Monitor suhu tubuh, identifikasi penyebab diare dan monitor warna volume, frekuensi, konsistensi tinja. **Terapeutik:** Melonggarkan atau melepaskan pakaian, sediakan lingkungan yang dingin, monitor penyebab diare, dan berikan cairan intravena. **Edukasi:** Anjurkan tirah baring, anjurkan pemberian ASI. **Kolaborasi:** Kolaborasi pemberian cairan elektrolit intravena dan kolaborasi pemberian obat.

Menurut (Tarwoto & Wartolah, 2015) Intervensi keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien sesuai kebutuhan berdasarkan diagnosis keperawatan. Tahap ini merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menghilangkan, atau mengurangi masalah-masalah pasien.

Penelitian yang dilakukan (Nurarif, A. H., & Kusuma, 2017) Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi.

Pendapat peneliti berdasarkan kasus yang dialami oleh pasien dengan masalah keperawatan hipertermia yaitu dengan menetapkan intervensi keperawatan manajemen hipertermia sesuai dengan kondisi klien yang bertujuan untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien.

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan selama tiga hari berturut-turut. Pada hari pertama 14 Januari 2025, perawat melakukan pemantauan tanda vital, memberikan terapi paracetamol dan diazepam, serta menyediakan lingkungan sejuk dan pakaian yang nyaman. Selain itu, dilakukan pemasangan infus dan pemberian oralit serta antibiotik untuk menangani gejala diare. Pada hari kedua 15 Januari 2025, kondisi pasien mulai menunjukkan perbaikan. Suhu tubuh turun menjadi $37,7^{\circ}\text{C}$, dan kesadaran anak meningkat menjadi *compos mentis*. Intervensi dilanjutkan dengan memantau perkembangan eliminasi fekal yang mulai menunjukkan konsistensi yang membaik (setengah encer) dan frekuensi yang menurun. Pada hari ketiga 16 Januari 2025, pasien menunjukkan kondisi yang stabil. Suhu tubuh mencapai $36,6^{\circ}\text{C}$ dan tidak lagi mengalami kejang. Konsistensi feses berubah menjadi lembek dengan frekuensi normal dua kali sehari. Intervensi dihentikan setelah kondisi anak dinyatakan membaik dan siap dipulangkan.

Implementasi keperawatan pada pasien menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI 2020) adalah monitor suhu tubuh, kompres hangat. Dalam melaksanakan implementasi keperawatan ini ada beberapa faktor yang mendukung jalannya implementasi. Hal-hal yang mendukung jalannya implementasi keperawatan yaitu antara lain: adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, adanya kerja sama antara tenaga medis dengan pasien tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan dan penerimaan adanya penulis. (Pokhrel, 2024).

Teori yang dikemukakan oleh (perdana, 2021) Tatalaksana dan pencegahan pada anak yang mengalami kejang demam wajib untuk tanggulasi secara akurat serta sigap, dimana hal tersebut harus dilakukan atau dilaksanakan oleh orang tua pada saat anak timbul masalah kejang demam kompleks, dimana sikap yang paling utama yang harus dilakukan oleh orang tua ialah tidak panik dan harus tenang dalam menghadapi situasi yang timbul pada anaknya. Orang tua harus berupaya untuk

menurunkan suhu badan pada anak yang mengalami kejang demam kompleks, memposisikan anak dengan akurta dimana, posisi kepala anak harus dimiringkan, diletakkan pada area yang landai, singkirkan barang – barang atau aktivitas yang dapat mencelakai anak. Orang tua wajib untuk mengawasi atau merespon apa yang diinginkan oleh anaknya dengan cara menjaga sirkulasi pernafasan pada anak, dengan contoh seperti tidak memberikan barang atau benda apapun yang dapat masuk kedalam mulutnya dan tidak memberikan makanan, minuman, ataupun obat yang diberikan melalui mulut.

Penelitian yang dilakukan oleh (Handryastuti, 2019) menjelaskan penatalaksanaan keperawatan untuk anak yang mengalami kejang demam sederhana yaitu saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation), setelah ABC aman baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah danger, kepala dimiringkan, singkirkan benda-benda yang ada di sekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya, lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan, bila suhu tinggi berikan kompres hangat, setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat, jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulit dilepaskan.

Menurut peneliti, berdasarkan implementasi yang dilakukan pada pasien, meliputi kelengkapan data penunjang lainnya serta dilakukan menurut dengan kondisi klien, sehingga peneliti menemukan kesenjangan dan fakta. Hal ini dapat terjadi karena tindakan sesuai dengan kebutuhan klien, terapi masalah pasien teratasi sebagian dikarenakan demam belum sesuai dengan kriteria hasil yang di inginkan.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan setiap akhir hari terhadap masing-masing diagnosa keperawatan. Pada hari pertama, hipertermia belum teratasi, suhu tubuh masih tinggi dan kesadaran menurun. Begitu pula dengan diare, frekuensi BAB masih tinggi dan anak tampak lemas. Oleh karena itu, intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua, kondisi hipertermia mulai

membalik. Suhu menurun, anak tampak sadar dan responsif. Sedangkan diare juga menunjukkan perbaikan dengan penurunan frekuensi dan perubahan konsistensi feses. Namun, karena belum pulih sepenuhnya, intervensi masih dilanjutkan. Pada hari ketiga, kedua masalah keperawatan dinyatakan teratasi sepenuhnya. Anak tidak mengalami kejang maupun demam, dan feses telah kembali ke konsistensi normal. Pasien dinyatakan stabil dan diizinkan untuk pulang.

Menurut (Pokhrel 2024) Evaluasi keperawatan adalah kegiatan berkelanjutan yang digunakan untuk memastikan apakah rencana keperawatan berhasil dan menentukan apakah tindakan keperawatan cara dilanjutkan, memodifikasi, atau menghentikannya.

Menurut teori (Rahayu & Dewinta, 2021) evaluasi formatif atau disebut juga dengan evaluasi proses, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi keperawatan dilakukan. Format evaluasi yang digunakan adalah SOAP. S: Subjective yaitu pernyataan atau keluhan dari pasien, O : Objective yaitu data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga, A : Assasment yaitu kesimpulan dari objektif dan subjektif, P : Planning, yaitu rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis.

Menurut penelitian (Purwanto & Pamboaji 2022) keefektifan tindakan tindakan keperawatan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi harus terjadi di setiap langkah proses keperawatan. Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari sudah dilakukan sesuai dengan pengelolaan asuhan keperawatan serta kolaborasi dengan tim kesehatan.

Menurut peneliti bahwa pada catatan perkembangan pasien mengalami kemajuan yang signifikan selama 3 hari, serta menunjukkan adanya perkembangan suhu tubuh membaik dan dibuktikan dengan pasien tidak demam sesuai dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik $36,6^{\circ}\text{C}$.