

## BAB IV

### HASIL STUDI DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan membahas langkah-langkah dalam memberikan asuhan keperawatan medikal bedah kepada Ny. H, seorang pasien di Puskesmas Pambotanjara yang didiagnosis malaria. Langkah-langkah ini meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

#### 4.1 Hasil penelitian

##### 4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Komunitas yang melayani Puskesmas Pambotanjara terletak di Kecamatan Waingapu, Kabupaten Sumba Timur. Terdapat 4.855 keluarga dan 2.318 jiwa yang tinggal di sana, terdiri dari 1.9018 laki-laki dan 2.128 perempuan. Permukiman ini terdiri dari empat dusun, delapan RW, enam belas RT, satu Puskesmas, dan empat Posyandu.

Suku Sumba adalah penduduk asli Desa Pambotanjara. Bahasa Sumba Timur, selain bahasa Indonesia, juga digunakan sebagai bahasa daerah.

##### 4.1.2 Data Asuhan Keperawatan

#### 4.2 Pengkajian

##### 4.2.1 Identitas Pasien

Tabel 4. 1 Identitas Pasien

| NO | Identitas Klien | Hasil           |
|----|-----------------|-----------------|
| 1. | Nama (insial)   | Ny.H            |
| 2. | Umur (tahun)    | 44 Tahun        |
| 3. | Jenis kelamin   | Perempuan       |
| 4. | Suku/Bangsa     | Sumba/Indonesia |
| 5. | Agama           | Kristen         |

|     |                  |                  |
|-----|------------------|------------------|
| 6.  | Pekerjaan        | Ibu rumah tangga |
| 7.  | Pendidikan       | SD               |
| 8.  | Alamat           | Palindi          |
| 9.  | Penanggung jawab | BPJS             |
| 10. | NO.Reg/RM        | 010114xx         |
| 11. | Tgl/MRS          | 8 April 2025     |
| 12. | Diagnosa Medis   | Malaria          |

Tabel 4.1 menunjukkan hasil evaluasi Pasien Ny. H, seorang perempuan berusia 44 tahun, beragama Kristen, berpendidikan SD, seorang ibu rumah tangga, dan tinggal di Palindi, Sumba Timur, Indonesia. Nomor registrasi 010114xx di fasilitas kesehatan setempat.

#### 4.2.2 Riwayat Kesehatan

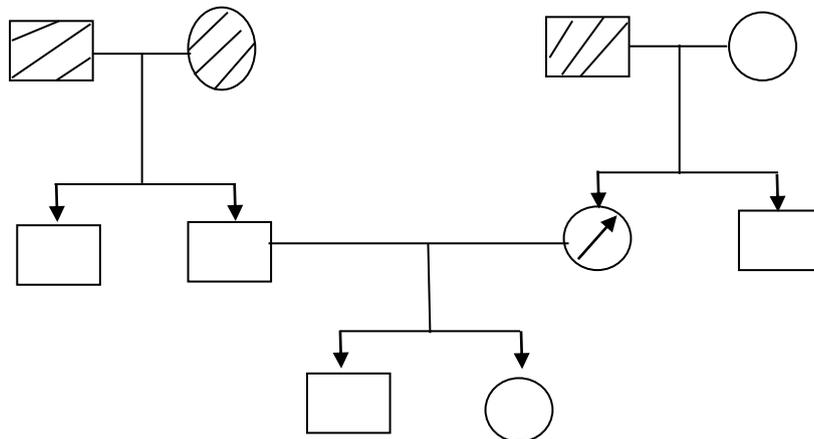
Tabel 4. 2 Riwayat Kesehatan

| <b>NO</b> | <b>Riwayat Kesehatan</b>   | <b>Hasil</b>  |
|-----------|----------------------------|---|
| 1.        | Keluhan utama              | Pasien mengeluhkan nyeri dan sakit badan, menggigil, dan lemas, serta demam.  |
| 2.        | Riwayat kesehatan sekarang | Pada hari Selasa, 8 April 2025, pasien melaporkan demam yang berlangsung selama tiga hari. Ia mengalami demam yang berfluktuasi dan sporadis serta lemas. |
| 3.        | Riwayat kesehatan dahulu   | Tidak ada riwayat medis sebelumnya yang diungkapkan oleh klien.   |
| 4.        | Riwayat alergi             | Klien tidak menyebutkan alergi makanan, minuman, atau obat resep.   |
| 5.        | Riwayat kesehatan keluarga | Menurut klien, tidak ada anggota keluarga mereka yang saat ini menderita penyakit yang sebanding dengan mereka.   |
| 6.        | Riwayat penyakit tropik    | Klien menyatakan bahwa mereka tidak memiliki riwayat penyakit tropis seperti demam berdarah atau malaria sebelumnya.                                      |

Berdasarkan tabel 4.2 didapatkan hasil riwayat kesehatan pada Pasien Ny.H keluhan utama yang di temukan pada klien yaitu demam disertai dengan menggigil. Keluhan klien saat ini adalah demam yang dimulai sejak

tiga hari yang lalu tepatnya pada hari selasa 08 April 2025 dan intensitasnya berfluktuasi.

#### 4.2.3 Genogram



#### Ketersngan:

□ : Pasien Laki-Laki

○ : Pasien Perempuan

— : Garis Hubungan Perkawinan

┆ : Garis Keturunan

▨ : Pasien Laki-Laki Meninggal

◐ : Pasien Perempuan Meninggal

Gambar 2. 2 Genogram Pasien Ny. H

Tabel 4. 3 Pola Fungsi Kesehatan

| Hal Yang Dikaji                              | Sebelum Sakit   | Di Rumah Sakit/ saat ini  |
|--|---|---|
| Pola Kongnitif-Persepsi                      | Pasien mengatakan indra pendengaran, rasa, dan penglihatan tidak terganggu.   | Pasien melaporkan bahwa indra penciuman, penglihatan, dan pendengarannya tidak terpengaruh.   |
| <b>Pola Nutrisi-Metabolik</b>                |   |   |
| a) Antropometri                              | BB: 53<br>TB: 158   | BB: 53<br>TB: 158   |
| 1. BB  | 53  | 53  |
| 2. TB  | $1,54 \times 1,54$  | $1,54 \times 1,54$  |
| 3. IMT                                       | $= 53/2,37$<br>$= 22$   | $= 53/2,37$<br>$= 22$   |
| b) Biochemical                               | Warna kuning kejernihan   | Pada pemeriksaan warna hasil pemeriksaannya kuning, Pada pemeriksaan kejernihan hasil pemeriksaannya jernih.                            |
| 1. Laboratorium focus nutrisi                |   |   |
| c) Clinical                                  | Rambut beruban, rapi, dan bersih  | Rambut beruban, rapi, dan bersih  |
| 1. Tanda-tanda klinis rambut                 | Turgor kulit baik   | Turgor kulit baik   |
| 2. Tugor kulit                               | Mukosa bibir pucat  | Mukosa bibir pucat  |
| 3. Mukosa bibir                              | Warna lidah pink  | Warna lidah pink  |
| 4. Warna lidah(apakah ada ulcer)             | Kongjungtiva tidak anemis   | Kongjungtiva tidak anemis   |
| 5. Kongjungtiva anemis atau tidak            |   |   |
| d) Diet                                      | Pasien mengatakan makan makanan seperti nasi, daging, telur dengan porsi habis, dan minum air putih 1 gelas kecil                       | Pasien mengatakan makan makanan seperti nasi, daging, telur dengan porsi $\frac{1}{2}$ , pasien tidak terlalu suka minum air            |
| <b>Pola Eliminasi</b>                        |   |   |
| a) BAK                                       | Pasien mengatakan BAK 8-9x/ menit, warna kuning,tanpa keluhan, dan tanpa alat bantu   | Pasien mengatakan BAK 8-9x/ menit, warna kuning,tanpa keluhan, dan tanpa alat bantu seperti kateter                                     |
| 1. Frekuensi (x/hari)                        |   |   |
| 2. Warna                                     |   |   |
| 3. Keluhan                                   |   |   |
| 4. Penggunaan alat bantu ( kateter/lainnya)  |   |   |
| b) BAB                                       | Pasien mengatakan BAB 1-2x/hari, tidak menentu, warna kuning kecoklatan, tanpa keluhan, tidak menggunakan laxitive dan tanpa alat bantu | Pasien mengatakan BAB 1-2x/hari, tidak menentu, warna kuning kecoklatan, tanpa keluhan, tidak menggunakan laxitive dan tanpa alat bantu |
| 1. Frekuensi (x/hari)                        |   |   |
| 2. Waktu (pagi/siang/sore/malam/tidak tentu) |   |   |
| 3. Warna                                     |   |   |
| 4. Keluhan                                   |   |   |
| 5. Konsistensi                               |   |   |
| 6. Penggunaan laxitive                       |   |   |
| 7. Penggunaan alat bantu                     |   |   |
| <b>Pola Personal Hygiene</b>                 |   |   |
| 1. Mandi (frekuensi)                         | Pasien mengatakan mandi 2x/ hari, berkumur 1x pada saat baru bangun tidur, cuci   | Pasien mengatakan mandi 1x/ hari, berkumur, cuci rambut 1x selama di rumah  |
| 2. Oral hygiene (frekuensi)                  |   |   |
| 3. Cuci Rambut (frekuensi)                   |   |   |

|                                 |                                    |                             |
|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| 4. Mengganti Pakian (frekuensi) | rambut 2x / minggu, 2x             | sakit, mengganti pakian     |
| 5. Penampilan umum              | mengganti pakian dan terlihat rapi | 1x/ hari, dan terlihat rapi |

#### Pola Aktivitas dan Latihan

| ADL                                | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Keterangan   |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|--|
| Makan/<br>minum                    |   |   |   |   |   | 0: mandiri<br>1: dengan alat bantu<br>2: di bantu orang lain<br>3: di bantu orang lain dan alat<br>4: tergantung total |
| Toiletin<br>g                      |   |   |   |   |   |  |
| Mobilisasi<br>dari tempat<br>tidur |   |   |   |   |   |  |
| Berpakaian                         |   |   |   |   |   |  |
| Berpindah                          |   |   |   |   |   |  |
| Amubulasi                          |   |   |   |   |   |  |

Pasien mengatakan melakukan pola aktivitas dan latihan tanpa di bantu

Pasien mengatakan melakukan pola aktivitas dan latihan tanpa di bantu

#### Pola Istirahat dan Tidur

1. Waktu
2. Frekuensi
3. Kebiasaan/ Ritual Tidur
4. Keluhan

Pasien mengatn istirahat dan tidur lebih dari 1 jam, tidak melakukan ritual, dan tidak ada keluhan

Pasien mengatn istirahat dan tidur lebih dari 1 jam, tidak melakukan ritual, dan tidak bisa tidur karna baribut

## Pemeriksaan Fisik

Tabel 4. 4 Hasil Pemeriksaan Fisik

| No   | Pemeriksaan Umum   | Hasil  |      |      |      |      |
|------|--------------------|--|------|------|------|------|
| 1.   | Keadaan Umum       | KU: Sedang   |      |      |      |      |
| 2.   | Kesadaran (B1)     | Composmentis ,neurologi: E <sub>4</sub> V <sub>5</sub> M <sub>6=15</sub>   |      |      |      |      |
| 3.   | Tanda -Tanda Vital | TD : 120/80 mmHg<br>N : 89 x/m<br>RR : 20 x/m<br>S :39,6 °C<br>SPO <sub>2</sub> : 96%  |      |      |      |      |
| 5.   | Pemeriksaan (B2)   | Tidak ada kesulitan bernafas,auskultasi paru-paru tidak ada suara nafas tambahan,Rr=20 x/m   |      |      |      |      |
| 6    | Pemeriksaan (B3)   | N=89 X/m,nadi teraba cepat TD=120/80 mmHg<br>Tidak ada tanda-tanda syok,tampak berkeringat,pasien tampak pucat,CRT kembali 2 detik                       |      |      |      |      |
| 7    | Pemeriksaan (B4)   | -  |      |      |      |      |
| 8    | Pemeriksaan (B5)   | Tidak ada pembengkakan pada perut,tidak ada nyeri tekan,auskultasi bising usus 5-30 x/m<br>Kekuatan otot   |      |      |      |      |
| 9    | Pemeriksaan (B6)   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>5555</td> </tr> </table> | 5555 | 5555 | 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555               |  |      |      |      |      |
| 5555 | 5555               |  |      |      |      |      |

Tidak memiliki masalah persyarafan.

### 4.2.4 Terapi

Tabel 4. 5 Terapi

| NO | Nama obat dan dosis         | Kandungan dalam obat   | Manfaat   |
|----|-----------------------------|--|---|
| 1. | Parasetamol No X 1x3 500 mg | Mengandung zat aktif bernama parasetamol, yang juga dikenal sebagai asetaminofen | Untuk meredakan gejala demam seperti demam demam dengue                                 |
| 2. | Ibu profen No V 3x400mg     | Untuk meredakan nyeri mengurangi peradangan,dan menurunkan demam                 | Untuk mengurangi nyeri,demam dan inflamasi  |
| 3. | DHP 9 tab 1x3               | Untuk meredakan rasa sakit atau inflamasi  | Untuk meredakan rasa sakit yang disertai dengan peradangan atau kondisi medis tertentu. |
| 4. | Primaquin 14 tab 1x1        | Untuk mengatasi infeksi malaria  | Untuk mencegah efek samping serius  |

## 4.2.5 Klasifikasi Data

Tabel 4. 6 Klasifikasi Data (Data Fokus)

| <b>Data Subjektif (DS)</b>  | <b>Data Objektif (DO)</b>  |
|---|--|
| <b>DS:</b><br>1. Pasien mengatakan demam, mengigil, lemas dan badan terasa pegal atau sakit | <b>DO:</b><br>KU: Sedang<br>KES : Composmentis<br>TTV :<br>TD: 120/80 mmHg<br>S: 39,6 C<br>N: 89x/m<br>RR: 20 x/m<br>SPO <sup>2</sup> : 96 %<br>- Pasien tampak pucat<br>- Pasien tampak lemas |

## 4.2.6 Analisa Data

Tabel 4. 7 Analisa Data

| <b>Data (Ds &amp; Do)</b>   | <b>Masalah (Problem)</b> | <b>Penyebab (Etiologi)</b> |
|---|--------------------------|----------------------------|
| <b>DS:</b><br>1. Pasien mengatakan demam, mengigil, lemas dan badanya terasa pegal atau sakit<br><br><b>DO:</b><br>1. Pasien tampak pucat<br>2. Pasien tampak lemas<br>KU: Sedang<br>KES : Composmentis<br>TTV :<br>TD: 120/80 mmhg<br>S: 39,6°C<br>N: 89x/m<br>RR: 20 x/m<br>SPO <sup>2</sup> : 96 % | Hipertermia              | Proses penyakit            |

## 4.2.7 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Tabel 4. 8 Diagnosa Keperawatan

Nama Klien : Ny. H

Nomor Rm : 010114xx

Ruangan: Puskemas Pambojanjara

| No Diagnosa | Diagnosa Keperawatan (Sdki) (Berdasarkan Prioritas) | Tanggal Ditemukan | Tanggal Tertasi | Paraf Mahasiswa        |
|-------------|---|-------------------|-----------------|------------------------|
| D. 0130     | Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit      | 8 April 2025      | 9 April 2025    | Yernia Rambu Dulu Moha |

Berdasarkan tabel 4.8, ditemukan diagnosa keperawatan pada pasien Ny.H yaitu Hipertermia dengan tanda mayor pasien mengalami demam yang disertai dengan membrane mukosa kering, dan suhu tubuh meningkat.

## 4.2.8 INTERVENSI KEPERAWATAN

Nama Klien : Ny. H

NO. RM : 010114xx

Ruangan : Puskesmas Pambotanjara

Tabel 4. 9 Intervensi Keperawatan

| No | Dx Keperawatan (SDKI)                                    | Jam/Tgl                              | Tujuan (SLKI)   | Intervensi (SIKI)   | Rasional  |
|----|--|--------------------------------------|---|---|---|
| 1. | Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit. (D.0130) | 10.00<br>WITA<br>/8<br>April<br>2025 | Setelah dilakukan kunjungan rumah selama 1x diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:<br>(L.14134)<br>1) Pucat (menu run)<br>2) Suhu tubuh (mem baik) | Manajemen hipertermi:<br><i>Observasi:</i> (I.15506)<br>1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator).<br>2. Monitor suhu tubuh<br><i>Trapeutik:</i><br>1. Kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila (menurut artikel pendukung) (Aurelia et al., 2022)<br><i>Kalaborasi:</i><br>1. Kolaborasi pemberian obat. | Observasi<br>✓ Dengan mengetahui penyebab terjadinya hipertermia diharapkan kedepannya menjadi aware terhadap resiko terjadinya hipertemia.<br>✓ Peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba yang mengakibatkan kejang.<br>Terapeutik<br>✓ Agar suhu tubuh permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin<br>Kolaborasi<br>✓ Untuk mengurangi demam |

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang telah ditetapkan, Tabel 4.9 merinci intervensi yang akan diberikan kepada pasien Ny. H selama perawatan. Perencanaan klien ini didasarkan pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), yang mencakup kolaborasi, edukasi, terapi, dan observasi.

#### 4.2.9 Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 10 Implementasi Keperawatan

| No. DX | Tgl /jam         | Implementasi dan Respon  | Paraf Mahasiswa              |
|--------|------------------|--|------------------------------|
| 0130   | 8 April<br>2025  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengukur tanda-tanda vital<br/>TD: 120/80 mmHg<br/>N: 89 x/menit<br/>S: 39,6°C<br/>SpO<sub>2</sub> : 96%<br/>RR: 20x/menit</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipertermi<br/><b>Respon:</b> pasien demam disertai dengan menggigil</li> <li>Memonitor suhu tubuh<br/><b>Respon :</b> 39,6°C</li> <li>Melakukan kompres hangat pada leher</li> <li>Melayani obat <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Paracetamol 1x3 500mg</li> <li>✓ Ibu profen 3x400</li> <li>✓ Dhp 1x3</li> <li>✓ Primaquin 1x1</li> </ul> </li> </ol> | Yernia<br>Rambu Dulu<br>Moha |
| 0130   | 9 April<br>2025  | <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengobservasi tanda-tanda vital<br/>TD: 120/70 mmHg<br/>S: 36,7°C<br/>N: 78 x/menit<br/>SpO<sub>2</sub>: 99x/menit<br/>RR: 20 x/menit</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipertermi</li> <li>Memonitor suhu tubuh</li> </ol>  | Yernia rambu<br>dulu moha    |
| 0130   | 10 April<br>2025 | Melakukan pendidikan kesehatan /penyuluhan tentang pencegahan malaria  | Yernia rambu<br>dulu moha    |

Tabel di atas menunjukkan bahwa rencana atau intervensi tersebut menjadi dasar implementasi. Aktivitas keperawatan dilaksanakan sesuai dengan intervensi keperawatan untuk memenuhi persyaratan hasil. Selama dua hari, Ny. H, pasien, menjalani implementasi di rumah.

## 4.2.10 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4. 11 Evaluasi Keperawatan

| No.<br>DX | Tgl/Jam          | Evaluasi (SOAP)   |
|-----------|------------------|---|
| 0130      | 8 April 2025     | <p><b>S:</b> pasien mengatakan demam disertai dengan mengigil, pasien mengatakan lemas</p> <p><b>O:</b> pasien tampak mengigil<br/>pasien tampak lemas<br/>TD:120/80 mmHg<br/>N: 89x/menit<br/>S: 38,4<sup>o</sup>c<br/>SpO<sub>2</sub> : 96%<br/>RR: 20x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Lakukan kompres hangat</li> </ol> |
| 0130      | 9 April 2025     | <p><b>S:</b> pasien mengatakan sudah tidak merasa demam lagi</p> <p><b>O:</b> pasien tampak baik<br/>Pasien sudah tidak tampak pucat lagi<br/>TD: 120/80 mmHg<br/>S: 36,7<sup>o</sup>C<br/>N: 78 x/menit<br/>SpO<sub>2</sub>: 99x/menit<br/>RR: 20 x/menit</p> <p><b>A:</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi dihentikan</p>   |
| 0130      | 10 April<br>2025 | <p>S : pasien mengatakan sudah pahami tentang materi yang disampaikan</p> <p>O : pasien tampak menerima materi yang disampaikan</p> <p>A : penyuluhan tersampaikan dengan baik</p> <p>P : intervensi diterapkan</p>   |

Berdasarkan tabel di atas, penilaian pasien Ny. H menunjukkan bahwa diagnosis keperawatan khususnya, bahwa ia menderita hipertermia telah ditetapkan pada hari kedua perawatan di rumah.

### 4.3 PEMBAHASAN

Terkait asuhan keperawatan untuk Ny. H, yang didiagnosis malaria di Puskesmas Pambotanjara, penulis akan membahas persamaan dan perbedaan antara teori dan praktik. Penulis membuat diagnosis keperawatan berdasarkan informasi yang dikumpulkan dari pemeriksaan Ny. H pada tanggal 8 April 2025. Pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi adalah lima proses yang diuraikan penulis menjadi proses keperawatan dalam debat ini.

#### a) Pengkajian

Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian keperawatan, yaitu prosedur metodis yang mengumpulkan informasi dari berbagai sumber untuk menganalisis atau menentukan kondisi kesehatan pasien saat ini (Eprin Untirta, 2022). Studi kasus Ibu H, yang datang ke Puskesmas dengan keluhan demam dan menggigil yang berlangsung selama tiga hari berturut-turut, digunakan untuk menggambarkan hal ini.

Menurut hasil penelitian (RI WAHYUNI, 2019), dilaporkan sebuah studi kasus seorang pasien yang datang ke unit gawat darurat dengan keluhan demam tinggi yang berlangsung selama empat hari. Selain demam, terdapat pula menggigil, lemas, mual, dan penurunan trombosit ( $96.000/\mu\text{L}$ ) di laboratorium. Selain itu, denyut nadi pasien meningkat menjadi 77 denyut per menit.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa terdapat ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata berdasarkan temuan kasus tersebut dan investigasi teoritis. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa ketika Ibu H

pertama kali tiba di Puskesmas, beliau tidak mengalami dispnea. Laju pernapasan spontannya adalah 20 napas per menit. Dalam hal ini, kondisi mental pasien baik, tidak mengalami penurunan kesadaran, dan tidak menggunakan otot bantu untuk bernapas. Kemampuan pasien untuk mengatur pernapasannya merupakan alasan di balik hal ini.

b) Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis terhadap masalah kesehatan atau peristiwa kehidupan pasien yang dialami secara langsung maupun tidak langsung. Tanda-tanda malaria yang paling umum pada pasien meliputi hipovolemia, perfusi perifer yang tidak efisien, defisiensi nutrisi, dan kepanasan (WAHYUNI, 2019).

Peneliti menggunakan teori ini untuk mengembangkan diagnosis keperawatan untuk Ny. H. Diagnosis keperawatan hipertermia terkait penyakit pun ditegakkan. Terdapat empat diagnosis keperawatan untuk malaria, menurut T.P.S.D. PPNI (2017): 1) hipertermia terkait penyakit; 2) defisiensi nutrisi yang berhubungan dengan kesulitan menelan; 3) hipovolemia yang berhubungan dengan asupan cairan yang tidak memadai; dan 4) perfusi perifer yang tidak efektif yang berhubungan dengan volume cairan yang tidak memadai. Diagnosis untuk Ny. H adalah hipertermia.

Peneliti mengklaim bahwa penelitian saat ini dan penelitian sebelumnya tidak berbeda secara signifikan satu sama lain. Satu-satunya perbedaan adalah hanya satu diagnosis yang ditetapkan dalam penelitian saya, dibandingkan dengan empat diagnosis pada penelitian sebelumnya.

c) Intervensi keperawatan

Semua perencanaan dan metode terapi yang dirancang oleh perawat dengan menggunakan keahlian dan penilaian klinis mereka untuk terus meningkatkan kesehatan pasien disebut sebagai intervensi keperawatan.

Intervensi keperawatan teoretis, menurut studi (RI WAHYUNI, 2019), meliputi pemberian kompres hangat, pemantauan asupan dan keluaran cairan, pemeriksaan warna dan suhu kulit, pemantauan suhu dan indikator vital lainnya, serta pemberian antipiretik. Intervensi keperawatan yang direncanakan dalam tinjauan kasus ini meliputi pemberian kompres hangat, pemberian antipiretik, pemantauan warna dan suhu kulit, serta pemantauan suhu dan indikator vital lainnya. Namun, studi ini berfokus pada penggunaan evaporasi dan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh.

Tidak ditemukan konflik antara perlakuan yang dilakukan peneliti dan teori, karena peneliti mendiagnosis hipertermia yang berkaitan dengan proses penyakit. Pemberian kompres hangat kepada pasien merupakan salah satu intervensi keperawatan untuk hipertermia. Dengan menggunakan evaporasi, teknik keperawatan ini bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh. Klaim ini konsisten dengan penelitian sebelumnya. Karena kedua penelitian menggunakan intervensi yang sebanding kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh klien agar pemulihan lebih cepat tidak ada perbedaan berarti antara kedua penelitian tersebut.

d) Implementasi keperawatan

Untuk meningkatkan kondisi pasien, implementasi keperawatan mengacu pada tindakan atau pelaksanaan tindakan yang sejalan dengan tahap perencanaan. Menurut penelitian, penanganan hipertermia meliputi pemantauan warna kulit, suhu tubuh, dan pemberian kompres hangat saat menggunakan antipiretik (RI WAHYUNI, 2019).

Tanggal 8 dan 9 April 2025 merupakan tanggal implementasi untuk diagnosis 1) hipertermia terkait penyakit. Teori dan intervensi diikuti saat mengimplementasikan rencana tersebut. Untuk menurunkan suhu tubuh pasien, penulis berfokus pada pemberian kompres hangat. Dengan harapan masalah tersebut dapat diatasi sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan, penulis mengatasi kesulitan Ibu H dengan menerapkan rencana tindakan yang telah direncanakan setelah mempertimbangkan masalah saat ini.

Penggunaan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh klien demi perbaikan serupa pada penelitian sebelumnya dan saat ini, oleh karena itu tidak terdapat perbedaan yang signifikan di antara keduanya.

e) Evaluasi keperawatan

Tujuan pengkajian keperawatan adalah untuk mengevaluasi intervensi keperawatan pada pasien, serta hasil dari proses dan pemenuhan kebutuhan pasien secara otomatis. Pengkajian yang diperoleh berdasarkan penggunaan data subjektif: Klien melaporkan demamnya menurun, dan informasi faktual: Tanda-tanda vital: S: 36,7°C, N: 89x/menit, Rr:

20x/menit, dan TD: 120/80 mmHg. Karena demam yang dilaporkan berada dalam rentang normal  $36,7^{\circ}\text{C}$ , masalah hipertermia dapat diatasi.

Penelitian (RI WAHYUNI, 2019) menyatakan bahwa pengkajian hipertermia meliputi pemantauan warna kulit, suhu tubuh, serta pemberian kompres hangat dan antipiretik secara bersamaan. Penulis melakukan intervensi dengan memberikan kompres hangat kepada pasien untuk menurunkan suhu tubuhnya. Berdasarkan masalah yang ada, penulis mengatasi kesulitan Ibu H dengan mengikuti rencana tindakan dengan harapan masalah tersebut dapat diatasi sesuai dengan tujuan yang telah ditentukan. Terdapat kesamaan dalam evaluasi, seperti penggunaan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh klien agar suhu tubuh membaik, sehingga tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya.