

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Imanuel Sumba adalah rumah sakit yang berlokasi di Jalan Nangka No.4, Waingapu, Sumba Timur. Rumah sakit ini adalah rumah sakit yang terakreditasi B. Rumah sakit ini merupakan yayasan nirlaba yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tanpa membedakan suku, agama atau latar belakang. Rumah sakit ini memiliki berbagai fasilitas pelayanan seperti poliklinik, UGD, laboratorium, dan kamar operasi

4.1.1 Ruang Galatia

Ruang galatia merupakan ruang rawat inap yang dikhususkan untuk merawat pasien dewasa dengan kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 25 tempat tidur yang terdiri dari 3 kelas perawatan yaitu kelas satu dan dua dengan kapasitas tempat tidur 9 bed untuk kelas 1 dan 7 bed untuk kelas yang dikhususkan untuk merawat pasien laki-laki, sedangkan kelas 3 terdiri dari 9 bed yang dikhususkan merawat pasien perempuan.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Klien dan Penanggung Jawab

Karakteristik	Pasien
Nama	TN.M
Umur	20 tahun
Jenis kelamin	Laki-Laki
Pendidikan	SMA
Agama	Kristen protestan

Suku/bangsa

Sumba timur

Pekerjaan

Petani

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Pasien mengatakan demam

b. Riwayat Kesehatan (Penyakit) Sekarang

Pasien mengatakan pada tanggal 1 April 2025, pasien mengalami demam sejak 2 hari yang lalu disertai mual-muntah, sakit kepala, nyeri ulu hati, napsu makan berkurang, dan Lemas. Setelah itu keluarga pasien membawa pasien ke RSUD Imanuel Waingapu, pada tanggal 3 April 2025 sekitar pukul 18:21 WITA dengan hasil pengkajian keperawatan di RSUD Imanuel Waingapu keluhan demam, sakit kepala, nyeri ulu hati, mual muntah dan lemas. Hasil pengkajian tanda- tanda vital yaitu: Tekanan darah: 110/80 mmHg, Nadi: 111 x/menit, Respirasi rate: 20 x/menit, Suhu: 38,6 °C, SpO2: 98 %, TB: 162 cm, BB: 50.2 kg.

c. Riwayat Kesehatan Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit Demam Berdarah Dengue seperti ini, biasanya klien hanya sakit ringan seperti batuk pilek.

d. Riwayat Alergi

Pasien mengatakan selama ini tidak ada riwayat alergi, makanan, minuman bahkan obat- obatan yang di minum.

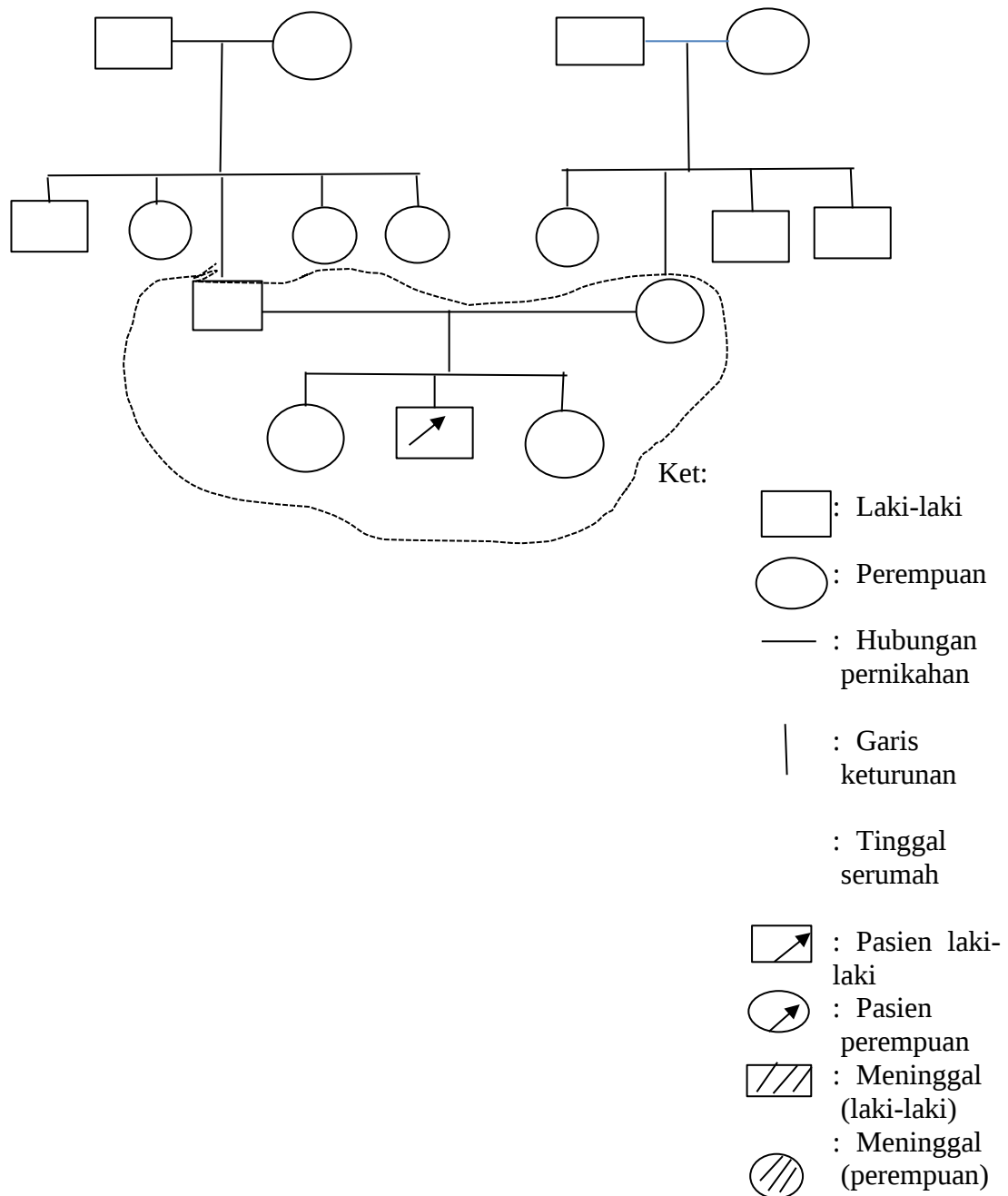
e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita atau pernah menderita penyakit DBD.

f. Riwayat Penyakit Tropik

Pasien mengatakan belum pernah menderita penyakit tropik

g. Genogram Keluarga (bagan 3 turunan dan keterangan)



h. Riwayat Kesehatan Lingkungan

Pasien mengatakan Lingkungan Kotor jarang disapu, ada semak-semak di samping rumah

3. Riwayat Kesehatan Lainnya :

Pasien terlihat tidak menggunakan alat bantu seperti gigi palsu, kacamata dan lain sebagainya.

4. Riwayat Psikososial dan Spritual Sosial/Interaksi dan Spiritual

Pasien mengatakan dukungan keluarga dan masyarakat selalu ada, saat dilakukan pengkajian pasien tampak kooperatif dan tidak terjadi konflik. Pasien percaya bahwa penguasa kehidupan dan sumber kekuatan saat ini adalah Tuhan Yesus. Ritual keagamaan yang diharapkan saat ini adalah berdoa, orang yang diperlukan untuk melaksanakan ritual agama yaitu rohaniawan. Pasien mengatakan tidak ada upaya Kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan agama dan pasien percaya bahwa Tuhan akan menolong dalam menghadapi situasi saat ini.

5. Pola Fungsi Kesehatan

Hal yang di kaji	polakebiasaan sebelum sakit	Dirumah sakit/sat ini
2.1 pola kognitif persepsi	Sebelum masuk rumah sakit, pasien selalu berpikir positif tentang kesehatan dirinya	Setelah masuk rumah sakit, pasien tidak berpikir negatif tentang dirinya bahwa tidak dapat membantu pekerjaan ibunya karena sakit

1.2 pola nutrisi metabolik		
a. antropometri		
➤ BB	50.2 kg	50.2 kg
➤ TB	162 cm	162 cm
➤ IMT		
b. Biochemical		
➤ Laboratorium fokus nutrisi		
c. Clinical		
	- rambut bersih	- tampak kusam
➤ Tanda-tanda klinis rambut	- normal	- normal
➤ Turgor kulit	- lembab	- lembab
➤ Mukosa bibir		
➤ Warna lidah (apakah ada ulcer)	- merah muda	- merah muda
➤ Conjunctiva anemis atau tidak	- merah muda	- merah mudah
	- normal	- 3x sehari tapi makan 1/3
d. Diet	- nasi putih	- bubur
➤ Nafsu makan	- 3x sehari	- 3x / hari
➤ Jenis makanan	- tidak ada	- tidak ada
➤ Frekuensi makan	- tidak ada	- tidak ada
➤ Jenis diet	5-6 gelas air putih/hari	- minum air putih 5-8x/hari

e. Mual/muntah/ sariyawan		
f. Munim (frekuensi, jumlah, jenis)		

1.3 pola eliminasi		
1. BAK		
➤ Frekuensi (x/hari)	- 3-4 x/ hari	3-4 x/ hari
➤ Warna	- kuning	- kuning
➤ Keluhan	- tidak ada	- tidak ada
➤ Penggunaan alat bantu	- tidak ada	- tidak ada
(keteter/lainny a)	- 1x/ hari	- 1x/ hari
	- tidak menentu	- tidak menentu
2. BAB		
➤ Frekuensi (x/hari)	- kuning	- kuning
	- tidak ada	- tidak ada
➤ Waktu	- lembek	- lembek
(pagi/siang/ malam / tidak tertentu)	- tidak ada	- tidak ada
	-tidak ada	-tidak ada
➤ Warna		
➤ Keluhan		
➤ Konsist ensi		

➤ Penggunaan lexative ➤ Penggunaan alat bantu		
1.4 pola personal hygiene ➤ mandi (frekuensi) -2x/hari ➤ oral hygiene (frekuensi) -3x/minggu ➤ cuci rambut (frekuensi) -2x/hari ➤ mengganti pakaian (frekuensi) -baik ➤ peneampilan umum	2x/hari -2x/hari -3x/minggu -2x/hari -baik	

1.5 pola aktivitas dan latihan					
ADL	0	1	2		
Makan/minum			0		
			2		
Toileting			2		
			2		
			2		
Mobilisasi dari tempat tidur					
Berpakaian					

							n da n ala t		
Berpindah							4:te rg ant un g tot al		
Ambulansi									
1.6 pola istirahat dan tidur									
➤ waktu		22.00 -06.00						22.00 -05.00	
➤ frekuensi		6-8 jam						4-6 jam	
➤ kebiasaan atau ritual tidur		berdoa tidak ada						berdoa tidak ada	
➤ keluhan									
1.7 pola peran hubungan (peran secara induvidu, peran atau tidak)		Berperan sebagai anak						Berperan sebagai anak	

1.8 pola sessualitas atau reproduksi (pemenuhan kebutuhan sesualitas dan repruduksi induvidu)	Tidak dikaji	Tidak dikaji
1.9 pola koping – toleransi stress (masalah, strategi penyelesaian, sopport sistem, solusi)	Pasien selalu mencari jalan keluar setiap ada masalah	Pasien selalu mencari jalan keluar setiap ada masalah
1.10 pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan (merokok/konsumsi alkohol/bergadang/lain nya)	Pasien mengatakan merokok	Pasien mengatakan tidak merokok

6. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi, Olfaksi)

hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan tertadap pada tabel berikut ini:

Nama pasien	Ny. M Umur: 20 tahun
Tanda-tanda vital	TD: 110/80 mmhg N:111 x/menit S:38,6°C SPO2:98% RR: 20x/menit
Kepala	I: bentuk kepala bulat, tampak tampak kotor

	P: tidak ada benjolan , tidak ada nyeri tekan
Mata	I: simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, refleks pupil p: tidak ada nyeri tekan di disekitar mata
Hidung	I : bentuk simetris P: tidak ada nyeri tekan atau lesi
Telinga	I: Bentuk simetris P: tidak ada luka atau lesi
Mulut	I : bentuk simetris, mukosa bibir pucat, tidak ada luka P :tidak ada luka
Leher	I: bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid P: tidak ada nyeri tekan
Thoraks	I: bentuk simetris, tidak ada retraksi dada tidak ada luka P: tidak ada bunyi napas tambahan A: tidak ada bunyi napas tambahan
Abdomen	I: tidak ada luka, tidak ada benjolan A: bising usus 20x/menit P: tidak ada nyeri tekan P: tidak ada lesi
Ekstermitas atas	Tidal ada kelainan
Ekstermitas bawah	Tidak ada kelaianan
Genitalia	Tidak dikaji

7. Pemeriksaan Penunjang

Dari hasil pemeriksaan penunjang dari Pasien didapatkan data pada table berikut ini:

Tabel 4. 1 Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Trombrisit	120	/m	150-400
Leukosit	3,4	/m	4.5-11
Hematokrit	30,8	%	338-45,00
Hemoglobin	9,6	g/dl	13,5-17-5

8. Terapi

Berdasarkan terapi yang didapatkan di ruang Galatia, Imanuel Waingapu dapat dilihat Pada tabel dibawah ini:

Tabel 4. 2 Terapi Pasien

Jenis terapi	Dosis Obat	Manfaat Obat
Cefexime	2x200mg	Untuk menggantikan cairan yang hilang dalam tubuh
Paracetamol	3x100mg	Meredakan gejala demam dan nyeri
Omeprasale	2x20mg	
Infus RL	250cc/jam	Untuk menggantikan cairan yang hilang dalam tubuh

9. Klasifikasi Data (Data Fokus)

Klasifikasi data hasil penelitian dari pasien dapat di lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 4. 3 Klasifikasi Data

Data DS	Data DO
Pasien mengeluh demam	Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas, keadaan umum: sakit sedang, kesadaran: <i>composmentis</i> , Tanda-tanda vital: suhu 38,6 ⁰ C, Tekanan darah 110/80mmHg, Nadi 111x/menit, SPO ² 98%, Respirasi 20x/menit

Tabel di atas menggambarkan bahwa tanda dan gejala dari Pasien DBD secara subjektif didapatkan keluhan berupa Demam sejak 2 hari yang lalu disertai nyeri kepala, nyeri uluh hati, mual-muntah, tidak ada nafsu makan dan lemas

10. Analisa data

Tabel 4. 4 Analisa Data

DATA (DS & DO)	MASALAH (Problem)	PENYEBAB (Etiologi)
DS: Pasien mengeluh Demam/panas DO: Keadaan umum : sakit sedang Kesadaran : <i>composmentis</i> Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas, Tanda-tanda vital Suhu: 38,6 ⁰ C Nadi: 111 x/menit RR : 20 x/menit TD : 110/80 mmHg Spo2 : 98 x/menit	Hipertermia	Proses Penyakit

11. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisa data, maka dirumuskan diagnosa keperawatan pada pasien Tn.M sebagai berikut:

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit ditandai dengan:
Kulit kering, kejang, kulit terasa hangat, takikardi, takipnea.

DS: Pasien mengeluh Demam

DO: Keadaan umum : sakit sedang Kesadaran : *composmentis*

Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas,

Tanda-tanda vital

Suhu: 38,6⁰C

Nadi: 111 x/menit

TD : 110/80 mmHg

RR : 20 x/menit

Spo2 : 98 x/menit

12. Intervensi Keperawatan

Tabel 4. 5 Intervensi keperawatan

NO	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Hipertermia b.d proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan Tindakan Keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Teremogulasi menurun dengan Kriteria Hasil: -Suhu tubuh (membai k) -Suhu Kulit (Membai k) -Pucat (Menurun)	Manajemen Hipertermia (1.15506) (Observasi) 1) Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas) 2) Monitor suhu tubuh (Terapeutik) 3) Sediakan lingkungan yang dingin 4) Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5. Lakukan kompres dingin. 6. Berikan cairan oral 7. Lakukan pendinginan eksternal (Mis.selimut	1. Untuk mengetahui penyebab hipertermi. 2. Untuk mengetahui kenaikan atau menurunnya suhu tubuh. 3. Untuk mendeteksi dini kekurangan cairan dalam tubuh. (Terapeutik) 4. Untuk mengurangi demam. 5. Untuk menurunkan suhu tubuh. 6. Untuk mengurangi suhu tubuh dan mencegah dehidrasi (Edukasi)

			hipotermia atau kompres dingin pada dahi, dada, leher, abdomen, aksila) (Edukasi) 8) Anjurkan tirah baring (Kolaborasi) 9) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.	7. Agar mempercepat untuk sehat. (Kolaborasi) 8. Agar cepat membantu menurunkan suhu tubuh
--	--	--	---	--

13.

Implementasi

Tabel 4.6 implementasi dan evaluasi hari pertama

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Jam tindakan	Implementasi	Evaluasi
Senin, 24 maret 2025	Hipertermia b.d proses penyakit	21:00	Manajemen Hipertermia (1.15506) 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Sediakan lingkungan yang dingin. 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian.	S: Pasien mengeluh demam O: Keadaan umum: sakit sedang Kesadaran : <i>composmentis</i> Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas,

			5. Lakukan kompres hangat pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7. Anjurkan tirah baring 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	Tanda-tanda vital Suhu: 38,6°C Nadi: 111 x/menit RR : 20 x/menit TD : 110/80 mmHg Spo2 : 98 x/mnt A: Masalah keperawatan belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Sediakan lingkungan yang dingin. 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5. Lakukan kompres dingin pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7. Anjurkan tirah baring
--	--	--	---	---

				8.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
--	--	--	--	--

Tabel 4.7 Implementasi dan evaluasi hari kedua

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Jam tindakan	Implementasi	Evaluasi
Selasa,25 maret 2025	Hipertermia b.d proses penyakit	15:10	Manajemen demam 1.Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3.Sediakan lingkungan yang dingin. 4.Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5.Lakukan kompres hangat pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7.Anjurkan tirah baring	S: Pasien masih mengeluh demam O: Keadaan umum: sakit sedang Kesadaran : <i>composmentis</i> Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas, Tanda-tanda vital Suhu: 37,8 ⁰ C Nadi: 100 x/menit RR : 20 x/menit TD : 120/90 mmHg Spo2 : 99 x/meni A: Masalah keperawatan belum teratasi

			8.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	P: Lanjutkan intervensi 1.Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3.Sediakan lingkungan yang dingin. 4.Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5.Lakukan kompres dingin pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7.Anjurkan tirah baring 8.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
--	--	--	--	--

Tabel 4.8 Implementasi dan evaluasi hari ketiga

Hari/tgl	Diagnosa keperawatan	Jam tindakan	Implementasi	Evaluasi
Rabu, 26 maret 2025	Hipertermia b.d proses penyakit	08:23	Manajemen Hipertermia 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Sediakan lingkungan yang dingin. 4. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5. Lakukan kompres hangat pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7. Anjurkan tirah baring 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	S: Pasien sudah tidak ada keluhan O: Keadaan umum: sakit sedang Kesadaran : <i>composmentis</i> Pasien tampak menggigil, kulit merah, pucat, suhu kulit panas, Tanda-tanda vital Suhu: 37,3°C Nadi: 112 x/menit RR : 21 x/menit TD : 110/70 mmHg Spo2 : 100 x/mnt A: Masalah keperawatan teratasi P: Lanjutkan intervensi di rumah 1. Identifikasi penyebab hipertermia

				2. Monitor suhu tubuh 3.Sediakan lingkungan yang dingin. 4.Longgarkan atau lepaskan pakaian. 5.Lakukan kompres dingin pada dahi, leher, aksila. 6. Berikan cairan oral 7.Anjurkan tirah baring 8.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
--	--	--	--	--

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis membahas tentang kesenjangan berdasarkan data yang di ambil pada pasien di wilayah kerja RSUD Imanuel. Penulis akan membandingkan antara dasar teori dan hasil yang terdapat di lapangan meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi dan Evaluasi yang diuraikan sebagai berikut.

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil studi kasus pada Tn M di Rumah sakit Imanuel ruang galatia di peroleh data subyektif yaitu pasien mengatakan demam/ panas(berdasarkan hasil pengkajian Here and Now) disertai sakit kepala ringan, mual, berdasarkan hasil pengkajian tersebut diatas di lanjutkan dengan interpretasi data/ analisa data kemudian menentukan diagnosa keperawatan yaitu hipertemie b/d proses penyakit, setelah menentukan Diagnosa keperawatan keperawatan penulis membuat rencana keperawatan :1) observasi suhu tubuh, 2) memberikan kompres hangat, memberikan edukasi ttg kompres hangat, 3) anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis pada pasien, 4) mengintruksikan pasien untuk selalu mengkonsumsi banyak cairan.

Implementasi keperawatan dilakukan berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan yang sudah dibuat, selama melakukan implementasi respon pasien sangat kooperatif dan setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 hari diperoleh hasil sesuai catatan perkembangan pasien hari ke 3 jam 14.00 data subektif klien mengatakan sudah tidak deman lagi, nyeri kepala hilang dan tidak mual. Apabila disandingkan dengan kriteria hasil yang tetapkan pada intervensi maka di simpulkan masalah keperawatan Hipertermi teratasi

Menurut Menurut kemenkes, RI (2017) pada pasien DBD ditemukan manifestasi klinis sebagai berikut: Demam 2-7 hari, Adanya manifestasi perdarahan baik spontan seperti petekie, purpura, ekimosis, epistaksi, perdarahan gusi, hematitis atau melena, maupun berupa uji torniquet, Trombositopenia (trombosit $< 100.000/\text{mm}^3$), diagnosa keperawatan utama yang sering ditemukan pada pasien DBD adalah Hipertermi menurut (SDKI, 2017). Sedangkan intervensi, implementasi adalah perencanaan dan tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien.

Dari hasil studi kasus diatas jika dibandingkan dengan teori tentang gejala klinik dari DBD tidak semua gejala seperti yang dikemukakan oleh Kemenkes ditemukan pada pasien Tn M, hal tersebut disebabkan karena pasien sudah memperoleh perawatan 2 hari sebelum diambil menjadi subyek studi kasus dan klien saat MRS masih dalam kondisi baik dalam hal ini sehingga tidak ditemukan perdarahan.

2. Diagnosa Keperawatan

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit. Dari hasil pengkajian pada 1 pasien diruangan Galatia RSUD Imanuel waingapu penulis mendapatkan bahwa diagnosa keperawatan yang muncul adalah Hipertermi. Menurut teori (Wicaksana & rachman, 2021) Hipertermia adalah keadaan meningkatnya suhu tubuh diatas rentang normal tubuh (38°C) Hipertermia adalah peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidak mampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas.

Berdasarkan hasil pengkajian dari data diatas didapatkan data subjektif: pasien mengatakan demam. Data objektif : suhu $38,6^{\circ}\text{C}$, trombosit 120 (L), leukosit: 3,4uL (N), akral teraba panas.

Penulis mengangkat hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (DBD) sebagai diagnosa utama karena dalam kasus demam biasanya masalah utama yang sering terjadi adalah peningkatan suhu tubuh yang berlangsung selama 3 hari sampai bahkan lebih 1 minggu. Oleh karena itu hipertermi harus dilakukan penanganan pertama karena suhu tubuh yang tinggi dan berkepanjangan dapat beresiko menyebabkan kejang, demam dan bahkan penurunan kesadaran (Nurhayati & Hearani, 2020). Pada penentuan diagnosa keperawatan pada Tn.M tidak ada perbedaan antara teori dan kasus yang dirawat

3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan perencanaan atau proses tahapan dari proses keperawatan yang dilakukan perawat secara spesifik dengan untuk mencapai hasil yang diharapkan (wijaya, 2016) dalam melakukan intervensi pedoman yang digunakan penulis adalah buku panduan SIKI.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn.M didapatkan diagnosa keperawatan dengan intervensi berikut:

-Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, tujuan keperawatan pada diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yaitu: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh membaik, dengan kriteria hasil: suhu tubuh membaik $36,5^{\circ}\text{C} - 37,50^{\circ}\text{C}$

Intervensi keperawatan yang ditemukan penulis untuk diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, yaitu: 1) mengidentifikasi penyebab hipertermi, 2) Observasi suhu tubuh, 3) berikan kompres hangat, 4) anjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang tipis pada pasien, 5) mengintruksikan pasien untuk selalu mengkonsumsi banyak air. Intervensi yang diterapkan pada Tn.M sesuai teori pada SIKI sehingga dapat dikatakan bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan intervensi pada kasus Tn.M

4. Implementasi keperawatan

Pelaksanaan keperawatan merupakan langkah insiatif dari rencana tindakan yang dirancang untuk mencapai tujuan yang telah di tentukan. Tahap ini di kenal sebagai tahap implementasi, yang diawali dengan menyusun rencana tindakan dan dilaksanakan sesuai rencana. Tujuannya membantu klien mencapai hasil yang diharapkan, seperti meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan memfasilitasi mekanisme koping, (Hearani,2020).

Implementasi yang diberikan kepada Tn.M sudah berdasarkan perencanaan, yaitu: mengidentifikasi penyebab hipertermi, Mongobservasi suhu tubuh pasien, Memberikan kompres hangat, Menganjurkan keluarga untuk memakaikan pakaian yang longgar pada pasien, Mengintruksikan pasien untuk mengkonsumsi air yang banyak.

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi Keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari rencana keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Evaluasi Keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan klien. Penilaian adalah tahap yang menentukan apakah tujuan tercapai. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan yaitu pada komponen kognitif, afektif, psikomotor, perubahan fungsi dan tanda gejala yang spesifik (Olfah & Ghofur, 2016). Dari hasil evaluasi 1 partisipan dengan masalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yang dilakukan pada senin 24 maret 2025 penulis menemukan data subjektif: klien mengatakan demam. Data objektif: suhu tubuh $38,6^{\circ}\text{C}$. Berdasarkan tujuan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya, implementasi keperawatan belum berhasil jika suhu tubuh masih diatas nilai normal, klien masih terlihat lemas, maka penulis menetapkan bahwa intervensi dilanjutkan pada planning selanjutnya dengan memonitor suhu tubuh klien, pemberian kompres hangat, anjurkan tirah baring.

Evaluasi pada Selasa, 25 maret 2025 penulis menemukan data subjektif: klien mengatakan masih demam. Data objektif: suhu 38°C , klien mengeluh demam, lemas. Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah hipertermia belum teratasi, intervensi keperawatan dilanjutkan.

Dan evaluasi pada Rabu, 26 maret 2025 penulis menemukan data subjektif: klien mengatakan sudah tidak demam. Data objektif: suhu $37,3^{\circ}\text{C}$, klien sudah tidak kedinginan, Melihat kriteria hasil dengan data evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan masalah hipertermia teratasi karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan maka penulis menetapkan bahwa intervensi dihentikan.

Selain itu, sejalan dengan penelitian yang dilakukan vikri, yang menyusun intervensi manajemen hipertermia dengan luaran termoregulasi untuk mengatasi diagnosis hipertermia pada pasien DBD, yang didapatkan masalah hipertermia teratasi karena ada kesesuaian dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan bahwa intervensi dihentikan (Vikri, 2022). Pemberian kompres hangat baik dilakukan untuk meringankan ketidaknyamanan klien karena suhu yang tinggi(hipertermi), tindakan ini juga mudah dan dapat dilakukan sendiri oleh keluarga sebagai tindakan pertama sebelum tempat pelayanan kesehatan terdekat.