

BAB III HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

Setelah dilakukan tindakan perawatan pada anak dengan hipertermia diagnosa Kejang Demam di Ruang IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa, penulis akan menguraikan kesesuaian dan ketidaksesuaian antara teori, penelitian terdahulu, dan kasus yang ada. Bab ini akan mencakup semua tahapan proses asuhan keperawatan, dimulai dari pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

1. Riwayat Penyakit

Pasien anak laki-laki yang usia 3 tahun datang ke IGD RSUD Syekh Yusuf Gowa di rujuk dari puskesmas karena demam tinggi, dengan riwayat kejang di puskesmas selama 5 menit. Pada pengkajian primer An. A tidak memiliki masalah pada *airway* dan *breathing* frekuensi napas 40x/menit serta SpO₂: 95%. Untuk *circulation*, diperoleh akral hangat dan pucat, suhu meningkat dengan frekuensi 39,8°C, CRT <2 detik, nadi teraba kuat dengan frekuensi 126x/menit. *Disability*, ditemukan tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4M5V6), pupil isokor dengan diameter 2 mm. *Exposure*, tidak ditemukan masalah yang dimana pasien tidak memiliki trauma serta tidak memiliki keluhan nyeri.

Pada pengkajian sekunder, ditemukan pasien tidak memiliki riwayat alergi dan tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Pengkajian fisik pada kepala dan wajah diperoleh bahwa wajah simetris, konjunctiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bibir tampak pucat, fungsi penglihatan baik, fungsi pendengaran baik dan fungsi penciuman baik. Leher dan *cervical spine* ditemukan normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid. Untuk dada, bentuk dada normal, gerakan dada simetris, suara napas gurgling, tidak ada retraksi dada. Pada perut dan pinggang, ditemukan abdomen datar, tidak terdapat adanya pembesaran organ abdominal. Pada pelvis dan perineum, tidak ditemukan masalah. Ekstremitas, ditemukan kekuatan otot atas: sebelah kanan dan kiri normal, bawah: sebelah kanan

dan kiri normal, untuk kekuatan ekstremitas atas: sebelah kanan dan sebelah kiri 5, bawah: sebelah kanan dan kiri 5. Pada punggung dan tulang belakang ditemukan tidak ada kelainan. Untuk psikososial dan seksualitas tidak ditemukan masalah.

Pemeriksaan penunjang dilakukan pada tanggal 25 Maret 2024 berupa pemeriksaan laboratorium

- Hemoglobin : 2,2g/dl
- Hematokrit : 33,1%
- Trombosit : 427 103/uL
- Leukosit : 9,60 103/uL

Terapi medikasi yang diberikan pada pasien yaitu IVFD Ringer Laktat 500ml, Paracetamol 26cc dan Diazepam rectal 5mg. Hasil pengkajian di RSUD Syekh Yusuf Gowa didapatkan bahwa penanganan pasien hipertermia dengan kasus kejang demam saat awal masuk IGD dengan demam tinggi. Langkah awal yang dilakukan adalah menempatkan pasien pada triage kuning yang telah disediakan pada saat pasien datang diantar oleh keluarganya di ruang IGD.

2. Analisa Data

Berdasarkan riwayat penyakit yang diperoleh maka penulis menyusun analisa data untuk menegakkan diagnosis keperawatan sesuai dengan kasus. Data objektif yaitu, suhu 39,8 °C, Kulit tampak kemerahan, riwayat kejang 5 menit, nadi 126x/menit, RR 40x/menit, akral teraba hangat. Dari data-data tersebut penulis merumuskan masalah berdasarkan data yang ditemukan pada pasien sehingga dapat menegakkan masalah keperawatan yaitu hipertermia. Data selanjutnya yaitu pasien kejang saat demam, dan riwayat kejang berulang. Oleh karena itu, penulis dapat merumuskan masalah keperawatan sesuai dengan data tersebut yaitu risiko cedera.

3. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data diatas terdapat 2 masalah keperawatan yang muncul dan disusun berdasarkan prioritas masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan yang pertama yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan suhu 39,8 °C, Kulit tampak kemerahan, riwayat kejang 5 menit, nadi 126x/menit, RR 40x/menit, akral teraba hangat. Untuk diagnosa keperawatan kedua yaitu Risiko Cedera berhubungan dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh, dibuktikan dengan pasien kejang saat demam, dan riwayat kejang berulang.

4. Intervensi Keperawatan

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

Rencana intervensi meliputi manajemen hipertermia dengan langkah-langkah seperti memonitor suhu tubuh secara berkala, memantau kemungkinan komplikasi akibat hipertermia, longgarkan atau lepaskan pakaian yang mengganggu, memberikan cairan secara oral, menyarankan istirahat total, serta berkolaborasi dalam pemberian cairan dan elektrolit intravena.

b. Risiko Cedera berhubungan dengan faktor risiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

Rencana intervensi mencakup manajemen kejang yang melibatkan pemantauan terhadap kejadian kejang berulang, karakteristik kejang, serta tanda-tanda vital. Selain itu, langkah-langkah lainnya termasuk menyarankan pasien untuk berbaring agar tidak jatuh, melonggarkan pakaian terutama di bagian leher, menginstruksikan keluarga untuk menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien selama kejang, menghindari penggunaan kekerasan untuk menahan gerakan pasien, dan berkolaborasi dalam pemberian antikonvulsan.

5. Implementasi Keperawatan

Pada tanggal 25 Maret 2024 penulis melakukan Implementasi yaitu pada pukul 18.50 memonitor suhu tubuh, nadi, pernapasan dengan hasil suhu 38,5°C, RR: 36x/m, N: 126x/m, setelah itu pukul 18.51 memonitor

komplikasi akibat hipertermia karena pasien sempat kejang saat berada di rumah, kemudian pukul 18.53 memberikan cairan oral dimana pasien diberikan air putih sedikit namun sering, kemudian pukul 18.54 melakukan pendinginan eksternal yaitu orang tua pasien memberikan kompres pada dahi dan ketiak pasien, sehingga pukul 18.56 pasien dipasang akses IV dengan cairan Ringer Laktat 500ml, ketika sudah terpasang infus selanjutnya pada pukul 18.57 melakukan kolaborasi pemberian obat IV yaitu paracetamol 26 cc sesuai BB anak.

Kemudian pukul 19.00 memonitor terjadinya kejang berulang dan pukul 19.02 membaringkan pasien dan memposisikan pasien dengan posisi semi-fowler dengan menaikkan pengaman bed agar tidak terjatuh, kemudian pukul 19.05 menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat mengalami kejang, sehingga pada pukul 19.18 dilakukan kolaborasi pemberian antikonvulsan dengan obat Diazepam rectal 5mg.

6. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi pada diagnosa pertama hipertermia berhubungan dengan proses penyakit ditemukan pasien tampak kejang, TTV: N: 126x/menit; P: 36x/menit; S:39,8⁰C.

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Suhu 39,8°C, RR: 36x/menit, N: 126x/menit	Memonitor suhu tubuh, nadi, pernapasan	Suhu 37,2°C, RR: 32x/ment, N: 98x/menit
pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Memonitor komplikasi akibat hipertermia	Kejang berkurang
Pasien masih menggunakan pakaian	Melonggarkan atau lepaskan pakaian	Ibu pasien melonggarkan pakaian pasien
Pasien mengalami peningkatan suhu tubuh	Memberikan cairan oral	Diberikan air mineral sedikit tapi sering
Pasien mengalami peningkatan suhu tubuh	Melakukan pendinginan eksternal	Ibu pasien menggunakan kompres pada dahi dan ketiak sebagai upaya untuk

		menurunkan suhu tubuh anak.
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Menganjurkan tirah baring	Anak bisa melakukan balik kiri dan kanan
Pasien datang ke IGD belum terpasang infus dan demam tinggi	Berkolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV	pasien dipasangkan akses IV dengan cairan Ringer Laktat 500ml, dan pemberian obat IV yaitu paracetamol 26 cc sesuai BB anak

Assessment yang diperoleh yaitu hipertermia belum teratasi sehingga *planning* yang dilakukan yaitu intervensi tetap dilanjutkan dengan Monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, anjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena.

Pada evaluasi diagnosa keperawatan Risiko Cedera ditandai dengan faktor resiko kegagalan mekanisme pertahanan tubuh dibuktikan dengan pasien kejang saat demam, dan riwayat kejang berulang.

Pre-Evaluasi	Implementasi	Post-Evaluasi
Ibu pasien mengatakan anaknya kejang apabila pasien demam	Memonitor terjadinya kejang berulang	Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak mengalami kejang berulang
Suhu 39,8°C, RR: 36x/menit, N: 126x/menit	Memonitor tanda -tanda vital	Suhu 37,2°C, RR: 32x/menit, N: 98x/menit
Pasien datang ke IGD dengan keluhan demam tinggi dan mengalami serangan kejang	Baringkan pasien agar tidak jatuh	pasien di baringkan dengan posisi semi-fowler atau fowler
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang	Tampak ibu pasien mengerti dengan penjelasan perawat
Pasien sempat kejang saat suhu tubuh meningkat	Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan	Ibu pasien terlihat memahami penjelasan

	pasien	an yang diberikan oleh perawat.
Pasien sempat mengalami kejang berulang	Kolaborasi pemberian antikonvulsan	Pasien diberikan obat Diazepam rectal 5mg

Assessment yang diperoleh yaitu risiko cedera teratasi sehingga *planning* yang diberikan yaitu mempertahankan intervensi.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menambahkan tentang penerapan manajemen hipertermia terhadap perbaikan termoregulasi pada anak dengan kejang demam di Instalasi gawat darurat RSUD Syekh Yusuf Gowa.

1. Gambaran Masalah Keperawatan Manajemen Hipertermia Pada Anak Dengan Kejang Demam

Pada tanggal 25 Maret 2024, dilakukan pengkajian terhadap An.A yang mengalami kejang demam. Pengkajian dilakukan melalui wawancara dan observasi terhadap kondisi pasien, termasuk identitas dan pemeriksaan fisik. Pengumpulan data dilakukan tanpa kendala setelah melakukan perkenalan dan menjelaskan tujuan penulis untuk memberikan asuhan keperawatan kepada anak tersebut, sehingga keluarga menjadi terbuka, memahami, dan berkolaborasi.

Pada pengkajian di dapatkan hasil yaitu ibu pasien mengatakan anaknya demam sejak kemarin, demamnya tidak turun-turun, dan kejang dirumah selama 5 menit, kesadaran pada saat pengkajian composmentis serta keadaan umum pasien masih lemah dan lesu, tubuh teraba panas, kulit tampak kemerahan, , serta tanda-tanda vitalnya adalah suhu 39,8°C, nadi 126x/menit, pernapasan 40x/menit. Dalam hal ini terdapat beberapa

kesamaan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Rehana et al., 2021) ditemukan kesamaan dengan kasus An. A dan An. N dalam hal pengkajian. An. A mengalami demam selama dua hari dan kejang selama lima menit, sementara An. N mengalami demam sepanjang malam dan dua kali kejang selama lima menit. Hasil pemeriksaan fisik menunjukkan bahwa An. A memiliki riwayat subjektif batuk non-productive sehari sebelum demam, sedangkan secara objektif memiliki kondisi umum baik dengan GCS 15, suhu tubuh 38°C, denyut nadi 150 kali per menit, dan frekuensi pernapasan 30 kali per menit.

Pada penelitian yang dilakukan (Purwanto & Pamboaji, 2023) didapatkan hasil pengkajian dari dua responden yang mengeluh demam naik turun dengan suhu 38,7 dan 38,5 C per aksila, kulit kemerahan, mukosa bibir kering, dan akral teraba hangat. Pada anak yang menderita kejang demam pada umumnya akan mengalami kenaikan suhu tubuh di atas normal dimana suhu mencapai 38°C. Anak akan mengeluh lemas, rewel, akral teraba hangat, mukosa bibir kering, dan kulit kemerahan. Pada beberapa anak memiliki riwayat penyakit yang dialami sebelum kejang seperti batuk pilek, mual muntah dan diare.

Menurut PPNI (2018), gejala dan masalah utama serta masalah terkait dalam kasus hipertermia terjadi ketika pasien mengalami suhu tubuh di atas normal, menyebabkan kulit mereka menjadi merah dan bengkak. Kondisi ini terjadi ketika suhu tubuh turun dari 38 hingga 38,9 derajat Celcius. Sering disebabkan oleh infeksi mikroorganisme seperti

virus, parasit, dan bakteri yang memasuki tubuh. Selain itu, diare juga dapat disebabkan oleh diet yang kuat, diare, atau reaksi alergi yang disebabkan oleh gangguan sistem pencernaan (Lazdia et al., 2022).

2. Efektifitas Penerapan Tindakan Keperawatan Manajemen Hipertermia Terhadap Perbaikan Termoregulasi Pada Anak Dengan Kejang Demam

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien yaitu manajemen hipertermia berupa monitor suhu tubuh yang bertujuan untuk mengetahui perubahan suhu pasien, monitor komplikasi akibat hipertermia, longgarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis pada pasien yang bertujuan untuk memudahkan dan menguapkan panas, berikan cairan oral yang bertujuan untuk mengimbangi asupan cairan yang hilang akibat peningkatan suhu tubuh, lakukan pendinginan eksternal seperti kompres pada dahi leher ataupun aksila yang bertujuan untuk menurunkan suhu tubuh, anjurkan untuk tirah baring yang bertujuan untuk mengistirahatkan tubuh, kolaborasi dalam pemberian cairan dan obat IV (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Pada penelitian (Aini et al., 2022) intervensi dilakukan pada pasien dengan diagnosis hipertermi melibatkan evaluasi tanda-tanda vital klien seperti suhu tubuh, nadi, dan frekuensi pernapasan. Ini dilakukan untuk mengidentifikasi peningkatan suhu tubuh. Jika suhu tubuh lebih dari 38°C, kompres air hangat dapat diberikan untuk mengurangi panas melalui konduksi. Disarankan kepada ibu untuk menggunakan pakaian yang tipis agar dapat menyerap keringat dan memberikan kenyamanan, serta

mencegah peningkatan suhu tubuh.

Pada Implementasi, peneliti melakukan kontrak sebelumnya untuk melakukan tindakan yang meliputi berapa lama waktu yang dibutuhkan, siapa yang melakukan tindakan, tujuan dan tindakan apa saja yang dilakukan, serta peralatan yang perlu dipersiapkan. Tindakan keperawatan yang dilakukan pada pasien berupa memonitor suhu tubuh, pernapasan dan nadi hasil: suhu 39,8⁰C RR: 36x/m N: 126x/m, memonitor komplikasi akibat hipertermia hasil: pasien kejang di rumah selama 5 menit, melonggarkan pakaian dan memberikan pakaian yang tipis pada pasien, memberikan cairan oral hasil: pasien minum air putih sedikit tapi sering, melakukan pendinginan eksternal hasil: ibu pasien memberikan kompres pada dahi leher ataupun aksila, menganjurkan pasien untuk tirah baring, dan berkolaborasi dalam pemberian cairan IV dan obat IV hasil : terpasang cairan Ringer Laktat dan diberikan obat paracetamol 26 cc sesuai BB anak.

Pada penelitian yang dilakukan (Anisa, 2019) didapatkan bahwa pengaruh suhu pada saat kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh pasien dimana sebelum diberikan tindakan kompres air hanga. Selain memberikan kompres, anak juga perlu diberikan cairan oral yang banyak karena demam dapat menimbulkan dehidrasi.

Langkah evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses kelanjutan yang membandingkan hasil setelah dilakukan tindakan yang disistematisasikan dengan tujuan atau kriteria yang telah ditetapkan pada langkah proses sebelumnya. Evaluasi dilakukan mengikuti jangka waktu

yang ditentukan dalam rencana kecelakaan. (Rehana et al., 2021).

Hasil evaluasi pada tanggal 10 Maret 2024. Data objektif akral teraba panas dan suhu sudah turun menjadi 38,2°C. *Assesment* masalah hipertermi belum teratasi. *Planning* intervensi 1,2,3 dilanjutkan di ruang perawatan. Pada penelitian (Putri et al., 2022) didapatkan Hasil evaluasi pada hari ketiga pelaksanaan. Analisis masalah: hipertermi teratasi. Rencana: intervensi dihentikan.