

BAB III

RESUME KASUS

A. Pengkajian

Nama An.A lahir di Batang, 1 Mei 2013, berjenis kelamin perempuan, yang usia saat ini 3 tahun, anak kedua dari dua bersaudara dari pasangan Tn.A dengan Ny.I, beralamat di Desa Sidorejo Warungasem Kabupaten Pekalongan. An.A masuk RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan pada hari Sabtu, 14 Mei 2016 jam 14.00 WIB, No. Registrasi 258322 dengan diagnosa medis *Febris Konvulsif*. Klien tiba di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan bersama ibunya, menurut ibu klien An.A panas 3 hari. Pada hari ketiga disertai dengan 2x kejang sekitar 5 menit, kejang pada semua anggota tubuh. Setelah kejang berhenti sekitar 30 menit, klien kembali kejang dan pada saat itu klien dibawa oleh ibunya ke RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan.

Saat pengkajian tanggal 16 Mei 2016 jam 07.30, data subjektif didapatkan ibu mengatakan anaknya batuk, sesak nafas, panas, anaknya sempat kejang dua kali di rumah, dan ibu cemas. Data Objektif ditemukan An.A panas, akral teraba hangat, Suhu 39,4 °C, nadi 110 x/menit, frekuensi nafas 45 x/menit, kesadaran compos mentis, klien tampak batuk, sesak nafas, terdengar suara ronkhi di bagian paru kanan, berat badan 13 kg. Ibu klien tampak menangis, ibu klien sering bertanya tentang keadaan anaknya, saat ditanya ibu klien menjawab cemas terhadap anaknya. Data laboratorium pada tanggal 14 Mei 2016 jam 15.00 wib didapatkan data: Hemoglobin 12 mg/dl, leukosit 17.500 /mm³, trombosit 175.000 /mm³. Hasil rontgen pada tanggal 16 Mei 2016 menunjukkan adanya vaskuler kasar infiltrat pada perimiler kanan, kesan: bronchopneumonia, bronkitis. Terapi tanggal 14 Mei 2016, infus RL 15 tetes/menit, oksigen kanul 3 liter/menit, norages 3x150 mg melalui IV, rycef 3x200 mg melalui IV, nebulizer 2x1 nacl 8 tetes dan flexotide 8 tetes, sibital 100 mg melalui IV saat kejang, sanmol oral sirup tiap 4 jam ketika klien panas lebih dari 38 °C.

B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian tanggal 16 Mei 2016, didapatkan diagnosa:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret berlebih, ditandai dengan klien sesak nafas, suara nafas ronkhi, frekuensi pernafasan 45 x/menit.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses terjadinya infeksi di saluran pernafasan, ditandai dengan suhu 39,4 °C, Nadi 120x/menit, leukosit 17.500 mg/dl, lemas, kulit teraba panas.
3. Resiko kejang berulang berhubungan dengan riwayat kejang & demam, ditandai dengan suhu 39,4 °C, riwayat kejang dua kali di rumah.
4. Cemas pada ibu berhubungan dengan ketidaktahuan tentang prognosis penyakit ditandai dengan ibu klien terlihat menangis, ibu klien sering bertanya tentang keadaan anaknya, saat ditanya ibu klien menjawab cemas terhadap keadaan anaknya.

C. Intervensi dan Implementasi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan sesak nafas klien hilang. Kriteria hasil: Suara nafas klien vesikuler, frekuensi nafas 20-40 x/menit, klien tidak batuk dan sesak nafas. Intervensi: observasi tanda-tanda vital, kaji fungsi pernafasan, posisikan klien untuk semifowler, lakukan fisioterapi dada, ajarkan ibu melakukan fisioterapi dada, ajarkan ibu untuk memosisikan klien semifowler, kolaborasi terapi uap nebulizer nacl 8 tetes dan flexotide 8 tetes, kolaborasi antibiotik rycef 3x200 mg melalui IV. Implementasi: mengobservasi tanda-tanda vital, mengkaji fungsi pernafasan, memosisikan klien untuk semi fowler, melakukan fisioterapi dada, mengajarkan ibu melakukan fisioterapi dada, mengajarkan ibu untuk memosisikan klien semifowler, melakukan kolaborasi terapi uap nebulizer nacl dan flexotide 8 tetes, melakukan kolaborasi antibiotik rycef 3x200 mg melalui IV.

2. Hipertermi

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kepada klien, diharapkan suhu rektal pada klien mengalami penurunan menjadi 36 -37 °C. Kriteria hasil :suhu tubuh klien rektal 36-37 derajat celsius, klien tenang. Intervensi; observasi tanda-tanda vital, lakukan kompres air hangat, anjurkan klien banyak minum hangat, anjurkan agar klien berpakaian tipis, anjurkan ibu mengompres air hangat, kolaborasi pemberian antipiretik norages 3x150 mg melalui IV, sanmol oral sirup 100 mg tiap 4 jam bila panas, kolaborasi pemberian antibiotik rycef 3x200 mg melalui IV. Implementasi: mengobservasi tanda-tanda vital, mengompres tubuh anak dengan air hangat, menganjurkan ibu supaya klien banyak minum air hangat, menganjurkan kepada ibu agar klien memakai pakaian yang tipis, menganjurkan ibu mengompres dengan air hangat jika klien panas, melakukan kolaborasi pemberian antipiretik; norages 3x150 mg melalui IV, sanmol sirup 100 mg tiap 4 jam bila panas, melakukan kolaborasi antibiotik rycef 3x200 mg melalui IV.

3. Resiko kejang berulang

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kepada klien, diharapkan kejang tidak berulang. Kriteria hasil; klien tidak mengalami kejang saat panas. Intervensi; Observasi tanda-tanda vital klien, ajarkan cara penanganan kejang, beri pendidikan kesehatan tentang kejang demam, kompres klien menggunakan air hangat bila klien panas, anjurkan ibu agar klien berpakaian yang longgar dan menyerap keringat, kolaborasi pemberian antikonvulsi sibal saat kejang 100 mg melalui IV. Implementasi: mengobservasi tanda-tanda vital, mengajarkan cara penanganan kejang, memberi pendidikan kesehatan tentang kejang demam, menganjurkan agar klien berpakaian yang longgar dan menyerap keringat, memonitor suhu klien, mengompres air hangat ketika klien panas.

4. Cemas pada ibu

Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kepada ibu klien, diharapkan kecemasan ibu hilang. Kriteria; ibu klien

tenang, dapat melakukan cara penanganan dan mengetahui kejang demam..
 Intervensi: observasi pengetahuan ibu tentang kejang demam, beri pendidikan kesehatan kepada keluarga tentang kejang demam, ajarkan ibu menangani anak ketika kejang, anjurkan ibu untuk berdoa, dampingi ibu, libatkan ibu dalam perawatan anak. Implementasi: mengobservasi pengetahuan ibu, memberikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam kepada keluarga terutama pada ibu, mengajarkan cara menangani anak ketika kejang demam, serta menganjurkan ibu berdoa, dan dampingi ibu saat mengompres, melibatkan ibu dalam perawatan anak.

D. Evaluasi

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Evaluasi pada tanggal 18 Mei 2016 pukul 21.00 untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas. Subjektif; ibu klien mengatakan sesak nafas pada anaknya sudah berkurang. Objektif; frekuensi nafas 27 x/menit, suara nafas vesikuler. *Assesment*; masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi. *Planing*; pertahankan intervensi, monitor frekuensi dan irama pernafasan.

2. Hipertermi

Evaluasi pada tanggal 18 Mei 2016 pukul 21.00 untuk diagnosa hipertermi. Subjektif; ibu klien mengatakan klien sudah tidak panas. Objektif; suhu klien 37°C, klien tampak tenang. *Assesment*; masalah hipertermi teratasi. *Planing*; pertahankan intervensi, pantau suhu klien, kaji tanda-tanda vital.

3. Resiko kejang berulang

Evaluasi pada tanggal 18 Mei pukul 21.00 untuk diagnosa resiko kejang berulang. Subjektif; ibu mengatakan anaknya sudah tidak panas dan tidak kejang. Objektif; suhu 37 °C, klien tampak tenang. *Assesment*; masalah resiko kejang berulang teratasi. *Planing*; pertahankan intervensi,

monitor suhu klien, kaji tanda-tanda vital ajarkan cara penanganan kejang demam.

4. Cemas pada ibu

Evaluasi pada tanggal 17 Mei 2016 jam 21.00 untuk diagnosa cemas pada ibu. Subjektif: ibu klien mengatakan sudah mengetahui masalah yang dihadapi anaknya. Objektif; ibu klien dapat menjawab pertanyaan tentang kejang demam. *Assesment*; masalah cemas pada ibu teratasi. *Planing*; pertahankan kondisi; berikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam.

Penulis telah melakukan tindakan keperawatan kepada klien dari tanggal 16-18 Mei 2016. Pada tanggal 18 Mei 2016 klien telah diperbolehkan pulang oleh dokter karena masalah keperawatan klien sudah teratasi.