

**ANALISIS INTERVENSI KEPERAWATAN TEPID SPONGE
PADA PASIEN ANAK DENGAN HIPERTERMI
DALAM MENURUNKAN SUHU BADAN
DI RSUD DOK II JAYAPURA
TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Ners



Disusun Oleh:

Nama : Harold Mezack Tahapary S.Tr.Kep

Nim : PO.71.20.9.20.020

Peminatan : Manajemen Anak

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
TAHUN 2020/2021**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Jayapura , 20 Juli 2021

Pembuat Pernyataan

Harold Mezack Tahapary S.Tr.Kep

NIM : PO.71.20.9.20.020

HALAMAN PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa

Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul;

**ANALISIS INTERVENSI KEPERAWATAN TEPID SPONGE PADA
PASIEN ANAK DENGAN HIPERTERMI DALAM MENURUNKAN SUHU
TUBUH
DI RSUD DOK II JAYAPURA
TAHUN 2021**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Harold Mezack Tahapary S.Tr.Kep

NIM : PO. 71. 20. 09. 20. 020

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan

Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Qoriah Nur, S.Kep.,Ns,M.Kep

NIP. 19801024 200912 2 001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Ners (KIAN) ini diajukan oleh :

Nama : Harold Mezack Tahapary

NIM : PO.71.20.9.20.020

Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Analisis Intervensi Keperawatan Tepid Sponge Pada
Pasien Anak Dengan Hipertermi Dalam Menurunkan
Suhu Tubuh Di RSUD Dok II Jayapura

Telah Berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan di terima sebagai bagian memperoleh gelar Ners Pada Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Penguji 1: Ellen Purba,S.Kep Ns, M.Kep (.....)

Jayapura, Juni 2021

Mengetahui

Ketua Program Studi Profesi Ners

Blestina Maryorita,S.Kep,Ns,M.SN.,M.Si.

NIP. 196705201986012001

HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Moto

Kopi hitam kupu-kupu

Kian ini saya persembahkan untuk:

1. Tuhan Yesus Kristus yang senantiasa memberikan berkat serta pertolongan sehingga bisa menyelesaikan kian ini.
2. Kedua orang tuaku yang selalu memberikan doa dan dukungan.
3. Ketiga saudaraku, beserta keluarga besar atas doa dan dukungannya.
4. Dosen pembimbingku ibu Qoriah. Terimakasih telah membimbing saya dari awal sampai akhir sehingga penulisan KIAN ini dapat diselesaikan dengan baik.
5. Sahabat-sahabatku Rifai, Risma, Merlin yang selalu memberikan doa dan dukungan.
6. Almamaterku tercinta Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Profesi Ners.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan kasih dan sayang-Nya kepada saya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Analisis intervensi keperawatan tepid sponge pada pasien anak dengan hipertermi dalam menurunkan suhu badan di RSUD Jayapura Tahun 2021 ini dengan tepat waktu.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir Stase Tahap pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Tahap Pendidikan Profesi Ners Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Di dalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada:

1. Ibu Qoriah selaku pembimbing yang telah banyak membantu hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini.
2. Sahabat dan rekan pejuang Ners Angkatan ke- 2 tercinta yang telah kompak dalam memberi dukungan dan saling memotivasi satu sama lain.
3. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi Ilmu Keperawatan khususnya.

Jayapura, 30 Juli 2021

ANALISIS INTERVENSI KEPERAWATAN TEPID SPONGE PADA PASIEN ANAK
DENGAN HIPERTERMI DALAM MENURUNKAN SUHU BADAN DI RSUD
DOK II JAYAPURA TAHUN 2021

Harold Mezack Tahapary¹, Qoriah Nur²

ABSTRAK

Latar Belakang: Ensefalitis adalah infeksi jaringan perenkim otak oleh berbagai macam mikroorganisme. Pada encephalitis terjadi peradangan jaringan otak yang dapat mengenai selaput pembungkus otak sampai dengan medula spinalis (Muhamad Ridwan dalam Smeltzer 2018). Virus Japanese Ensefalitis ini juga pertama kali dikenal pada tahun 1871 di Jepang, dan diketahui menginfeksi sekitar 6000 orang pada tahun 1924, kemudian terjadi KLB besar pada tahun 1935 dan hampir setiap tahun terjadi KLB dari tahun 1946-1950.

Tujuan: Menganalisis intervensi tepid sponge untuk menurunkan hipertemi pada anak yang dirawat di ruang (HCU) RSUD Jayapura.

Metode: Dalam penelitian ini menggunakan metode Deskriptif dengan studi kasus untuk menganalisis hasil penilaian yang telah dilakukan, tindakan yang direncanakan yang akan diberikan kepada pasien, melakukan rencana yang telah dibuat, dan untuk mengevaluasi tindakan.

Hasil: Hasil studinya adalah dengan adanya tepid sponge dapat menurunkan suhu badan pada anak.

Kesimpulan: Intervensi ini menunjukkan bahwa adanya penurunan suhu badan yang signifikan saat pasien diberikan intervensi tepid sponge.

**Analysis Of Tepid Sponge Nursing Interventions In Child Patients
With Hyperthermy To Reduce Body Temperature In RSUD Dok II
Jayapura Year 2021**

Harold Mezack Tahapary¹, Qoriah Nur²

ABSTRACT

Background: Encephalitis is an infection of the brain tissue by various microorganisms. In encephalitis, there is inflammation of brain tissue which can affect the membrane covering the brain to the spinal cord (Muhamad Ridwan in Smeltzer 2018). This Japanese encephalitis virus was also first recognized in 1871 in Japan, and was known to infect about 6000 people in 1924, then a major outbreak occurred in 1935 and an outbreak occurred almost every year from 1946-1950.

Objective: To analyze the intervention of the tepid sponge to reduce hyperthermia in children treated in the ward (HCU) of RSUD Jayapura.

Methods: This research uses descriptive method with case studies to analyze the results of the assessment that has been carried out, the planned action to be given to the patient, carry out the plan that has been made, and to evaluate the action.

Results: The results of the study are that the presence of a tepid sponge can reduce body temperature in children.

Conclusion: This intervention showed that there was a significant decrease in body temperature when the patient was given a tepid sponge intervention.

Keywords : Encephalitis,Hyperthermia,Tepid Sponge.

DAFTAR ISI

	Halaman
COVER	i
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
HALAMAN MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
ABSTRAK.....	vii
ABSTRACT.....	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB. I Latar Belakang.....	1
1.1 Tujuan.....	6
1.2 Manfaat Penelitian.....	6
BAB. II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Konsep Medis.....	7
2.2 Konsep suhu tubuh dan hipertermi.....	16
BAB. III TINJAUAN KASUS.....	37

3.1	Gambaran Lokasi Penelitian.....	37
3.2	Rencana Asuhan Keperawatan.....	53
3.3	IMPLEMENTASI	55
3.4	Catatan Perkembangan	55
BAB. IV ANALISIS SITUASI MASALAH		65
4.1	Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan.....	62
4.2	Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Peneliti Terkait.....	66
4.3	Alternatif Pemecahan Masalah.....	68
BAB. V PENUTUP		69
5.1	Kesimpulan.....	69
5.2	Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA		71

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.2 Saraf Kranial.....	9
Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan.....	27
Tabel 2.3 SOP Tepid Sponge.....	33

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1 Pathway.....	14
Gambar 3.1 Genogram.....	39

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Hidayat (2009), anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun), usia bermain toddler (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Anak merupakan bagian dari keluarga dan masyarakat. Anak yang sakit dapat menimbulkan stress bagi anak itu sendiri maupun keluarga sehingga masalah kesehatan tersebut meliputi masalah umum, gangguan perkembangan, gangguan perilaku dan gangguan belajar (Apriliawati, 2011). Di Amerika Serikat, diperkirakan lebih dari 5 juta anak menjalani hospitalisasi karena prosedur pembedahan dan lebih dari 50% dari jumlah tersebut, anak mengalami demam. Diperkirakan juga lebih dari 1,6 juta anak dan anak usia antara 2-6 tahun menjalani hospitalisasi disebabkan karena injury dan berbagai penyebab lainnya (Lestiawati, Listyana Natalia, & Dewi, 2019).

Menurut data dari World Health Organisation (WHO) 2008 memperkirakan terdapat sekitar 17 juta kasus demam diseluruh dunia dengan insidensi 600.000 kasus kematian tiap tahun. Prevalensi demam di Indonesia di perkirakan 350–810 kasus per 1000 penduduk pertahun atau kurang lebih sekitar 600.000–1,5 juta kasus setiap tahun 80–90% dari angka di atas adalah anak berusia 2–19 tahun (Masruroh, Hartini, & Astuti, 2016) Indonesia dan beberapa wilayah seperti Vietnam selatan, Thailand selatan, Malaysia, Filipina, Srilangka, dan India selatan merupakan wilayah endemis penyakit JE dan kasusnya akan meningkat setelah awal musim penghujan. Hasil surveilan pada tahun 2016 tercatat sebanyak 326 kasus JE terjadi di Indonesia. 85% kasus tersebut terdapat pada kelompok usia 15 tahun dan 15% pada kelompok usia diatas 15 tahun (Dewi & Farmani, 2021). Ensefalitis adalah infeksi jaringan perenkim otak oleh berbagai macam mikroorganisme. Pada encephalitis terjadi

peradangan jaringan otak yang dapat mengenai selaput pembungkus otak sampai dengan medula spinalis (Muhamad Ridwan dalam Smeltzer 2018). Virus Japanese Ensefalitis ini juga pertama kali dikenal pada tahun 1871 di Jepang, dan diketahui menginfeksi sekitar 6000 orang pada tahun 1924, kemudian terjadi KLB besar pada tahun 1935 dan hampir setiap tahun terjadi KLB dari tahun 1946-1950. Japanese encephalitis (JE) adalah penyakit radang otak (encephalitis) yang disebabkan oleh virus Japanese encephalitis dan ditularkan lewat nyamuk. Manusia dapat tertular virus JE. Virus JE memerlukan hewan sebagai inang perantara seperti babi dan beberapa spesies burung. Nyamuk culex tersebut berkembang biak di tempat genangan air seperti sawah kolam dan menggigit terutama pada malam hari. Sekitar 16-30% kasus JE dapat mengakibatkan kematian. Angka kematian yang tinggi terjadi pada anak khususnya pada anak yang berusia di bawah 10 Tahun. Gejala klinis JE umumnya normal 4-14 hari setelah terinfeksi antara lain demam mendadak, penurunan kesadaran, sakit kepala, kesulitan berbicara, berjalan ataupun gangguan motorik lainnya kejang terutama pada anak (Sukmandari, 2019).

Penyakit encephalitis atau radang otak masih banyak ditemukan terutama pada anak-anak. Penyakit ini dapat disebabkan karena infeksi dari bakteri, jamur atau virus. Apabila penyebabnya adalah bakteri, maka pada umumnya cairan otak penderita akan berwarna keruh dan mengandung banyak leukosit. Sedangkan kalau disebabkan oleh virus atau jamur, maka cairan otak akan tetap jernih dengan jumlah leukosit masih dalam batas normal. Sekarang ini diduga penyakit encephalitis disebabkan oleh virus lebih banyak dibandingkan dengan yang disebabkan oleh bakteri, karena telah banyak digunakan obat antibiotika berkhasiat tinggi. Secara klinis saja, sukar membedakan encephalitis karena bakteri atau virus, karena keduanya mempunyai gejala yang sangat mirip. (Lubis & Wuryadi, 1983)

Demam adalah suatu respon pengaturan tubuh yang adaptif terhadap rangsangan pada sistem imun (biologi dan kimia). Selama fase akut respon terhadap demam melibatkan sistem otonom, perilaku, dan proses neuroendokrin (Thompson, et al, 2007). Demam adalah keadaan suhu tubuh di atas suhu

normal, yaitu suhu tubuh diatas 36,5 C-37,5C. Suhu tubuh adalah visera, hati, otak yang dapat diukur melalui oral, rectal, dan aksila. Suhu adalah perbedaan antara jumlah panas yang dihasilkan tubuh dengan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. Suhu tubuh menurun kurang dari 36,5C yang disebut hipotermia dan suhu tubuh naik lebih dari 37,5C disebut dengan hipertermia atau demam (Potter & Perry, 2009). Demam adalah peninggian suhu tubuh dari variasi suhu normal sehari-hari yang berhubungan dengan peningkatan titik patokan suhu di hipotalamus. Demam terjadi pada oral temperature >37,2C (Dinarello & Gelfand, 2005). Demam biasanya disebabkan infeksi (bakteri, virus, jamur atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat-obatan (Kaneshiro & Zieve, 2010). Demam merupakan tanda klinis suatu penyakit pada anak. Gangguan kesehatan ini sering dihadapi oleh tenaga kesehatan. Secara tradisional, demam diartikan sebagai kenaikan suhu tubuh diatas normal, jika demam tidak segera diatasi akan menimbulkan efek yang serius pada anak yaitu dapat menyebabkan dehidrasi, kejang dan demam. Banyak orang tua yang kurang mengerti tentang penanganan demam, dan mengakibatkan anak menderita dehidrasi dan kejang karena penanganan yang tidak tepat (Avner, 2009). Suhu tubuh manusia cenderung berfluktuasi setiap saat. Banyak faktor yang dapat menyebabkan fluktuasi suhu tubuh. Untuk mempertahankan suhu tubuh manusia dalam keadaan konstan, diperlukan regulasi suhu tubuh. Suhu tubuh manusia diatur dengan mekanisme umpan balik (feed back) yang diperankan oleh pusat pengaturan suhu di hipotalamus. Apabila pusat temperatur hipotalamus mendeteksi suhu tubuh yang terlalu panas, tubuh akan melakukan mekanisme umpan balik. Mekanisme umpan balik ini terjadi bila suhu inti tubuh telah melewati batas toleransi tubuh untuk mempertahankan suhu, yang disebut titik tetap (set point). Titik tetap tubuh dipertahankan agar suhu tubuh inti konstan pada 37°C. Apabila suhu tubuh meningkat lebih dari titik tetap, hipotalamus akan merangsang untuk melakukan serangkaian mekanisme untuk mempertahankan suhu dengan cara menurunkan produksi panas dan meningkatkan pengeluaran panas sehingga suhu kembali pada titik tetap. Upaya-upaya yang kita dilakukan untuk

menurunkan suhu tubuh yaitu mengenakan pakaian yang tipis, banyak minum, banyak istirahat, beri kompres dan beri obat penurun panas (Setiawati, 2009).

Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk menurunkan suhu tubuh yaitu terapi farmakologis penggunaan obat antipiretik dan nonfarmakologis. Upaya nonfarmakologis yang dapat dilakukan yaitu mengenakan pakaian tipis, lebih sering minum, banyak istirahat, mandi dengan air hangat, memberi kompres dan upaya farmakologis yaitu memberikan obat penurun panas (Aden, 2010). Penanganan pertama demam dapat berupa terapi farmakologi dan terapi non farmakologi. Terapi farmakologi yang digunakan biasanya adalah berupa memberikan obat penurun panas, sedangkan terapi non farmakologi yang dapat dilakukan yaitu mengenakan pakaian tipis, lebih sering minum, banyak istirahat, mandi dengan air hangat, serta memberi kompres (Kristianingsih & Sagita, 2019). Kompres adalah metode pemeliharaan suhu tubuh dengan menggunakan cairan atau alat yang dapat menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh yang memerlukan. Jenis kompres ada dua, yaitu kompres hangat dan kompres dingin. Tujuan kompres hangat yaitu memperlancar sirkulasi darah, mengurangi rasa sakit, memberi rasa hangat, nyaman, dan tenang pada klien, memperlancar pengeluaran eksudat, merangsang peristaltik usus. Selain tujuan kompres ada juga lokasi kompres, diantaranya yaitu di ketiak (axilla), di lipatan paha (femoral), di dahi (frontal) (Masruroh et al., 2016).

Kompres tepid sponge adalah sebuah teknik kompres hangat yang menggabungkan teknik kompres blok pada pembuluh darah supervisial dengan teknik seka. Pada proses pemberian kompres tepid sponge ini mekanisme kerja pada kompres tersebut memberikan efek adanya penyaluran sinyal ke hipotalamus melalui keringat dan vasodilatasi perifer sehingga proses perpindahan panas yang diperoleh dari kompres tepid sponge ini berlangsung melalui dua proses yaitu konduksi dan evaporasi dimana proses perpindahan panas melalui proses konduksi ini dimulai dari tindakan mengkompres anak dengan waslap dan proses evaporasi ini diperoleh dari adanya seka pada tubuh saat pengusapan yang dilakukan sehingga terjadi proses penguapan panas

menjadi keringat. Selama ini kompres air biasa atau air dingin menjadi kebiasaan para ibu saat anaknya demam. Namun kompres dengan menggunakan air biasa atau air dingin sudah tidak dianjurkan karena pada kenyataannya didapatkan bahwa demam tidak menjadi turun bahkan demam kembali naik dan sering sekali menyebabkan anak menangis, menggigil, dan kebiruan. Setelah pengukuran suhu tubuh awal, peneliti melakukan tindakan keperawatan yaitu kompres dengan tehnik tepid sponge. Adapun tahapan prosedurnya adalah mencuci tangan, menutup sampiran/jendela, memakai sarung tangan, memasang pengalas dibawah tubuh anak, melepas pakaian anak, memasang selimut mandi, mencelupkan waslap ke Waskom dan mengusapkannya ke seluruh tubuh , melakukannya tindakan beberapa kali (setelah kulit kering), mengkaji perubahan suhu setiap 15-20 menit, menghentikan prosedur bila suhu tubuh mendekati normal, mengeringkan tubuh dengan handuk, merapikan kembali alat-alat melepas sarung tangan merapikan pasien, menanyakan kenyamanan pasien dan mencuci tangan. (Potter dan Perry, 2005) dalam (Haryani, Adimayanti, & Astuti, 2018) Suhu sebelum sebelum dilakukan tepid sponge sebagian besar (73, 34 %) berada pada suhu 38-39° Celcius dan ketika dilakukan tepid sponge sebagian besar (63 %) berada pada suhu 37 -38° Celsius, maka Pemberian kompres tepid sponge berpengaruh terhadap penurunan suhu tubuh (Haryani et al., 2018)

Di indonesia penderita demam sebanyak 465 (91,0%) dari 511 ibu yang memakai perabaan untuk menilai demam pada anak mereka, sedangkan sisanya 46 (23,1%) Dari 511 ibu yang menggunakan thermometer (Siska Damayanti, 2020).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk membuat karya ilmiah akhir ners dengan mengangkat judul analisis intervensi keperawatan tepid sponge pada pasien anak dengan hipertermi dalam menurunkan suhu badan di RSUD Jayapura Tahun 2021 untuk itu pentingnya pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami demam baik itu dengan pengobatan serta perawatan yang baik maka diharapkan dapat mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulisan karya ilmiah akhir ners (KIAN) ini bertujuan untuk menganalisis intervensi keperawatan tepid sponge pada pasien anak dengan hipertermi dalam menurunkan suhu badan di RSUD Jayapura.

2. Tujuan Khusus

husus dari penulis karya ilmiah Adapun tujuan ini yaitu:

- a. Mengidentifikasi kasus kelolaan pasien yaitu anak yang mengalami hipertermi yang dirawat di ruang HCU yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi
- b. Menganalisis intervensi tepid sponge untuk menurunkan hipertemi pada anak yang dirawat di ruang (HCU) RSUD Jayapura.

C. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan keperawatan

- a. Memberikan perencanaan pada praktik keperawatan anak terkait pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang mengalami hipertermi.
- b. Memberikan gambaran nyata manfaat pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh dalam pelayanan keperawatan.

2. Ilmu keperawatan

Turut berperan serta dalam mengembangkan ilmu keperawatan anak, khususnya tentang pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak yang menjalani perawatan intensif.

3. Penelitian keperawatan

Memberikan gambaran dan acuan untuk riset keperawatan selanjutnya tentang pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medis

1. Pengertian

Ensefalitis adalah radang jaringan otak yang dapat disebabkan oleh bakteri, cacing, protozoa, jamur, ricketsia atau virus (Arif Mansur : 2010). Ensefalitis adalah infeksi yang mengenai system saraf pusat (SSP) yang disebabkan oleh virus atau mikroorganisme lain yang nonpurulen. Penyebab tersering dari ensefalitis adalah virus kemudian herpes simpleks, arbovirus, dan jarang disebabkan oleh enterovirus, mumps, dan adenovirus. Ensefalitis bias juga terjadi pascainfeksi campak, influenza, varicella, dan pascavaksinasi pertusis.

Ensefalitis adalah infeksi jaringan perenkim otak oleh berbagai macam mikroorganisme. Pada encephalitis terjadi peradangan jaringan otak yang dapat mengenai selaput pembungkus otak sampai dengan medula spinalis (Smeltzer, 2012). Encephalitis adalah infeksi yang mengenai CNS yang disebabkan oleh virus atau mikroorganisme lain yang menyebabkan infiltrasi limfositik yang kuat pada jaringan otak dan leptomeningen menyebabkan edema serebral, degenerasi sel ganglion otak dan kehancuran sel saraf difusi (Anania, 2012).

2. Konsep persyarafan menurut (Pratama & Wiwin, 2018)

a. System saraf pusat

Sistem saraf pusat (SSP) merupakan system saraf yang dibangun oleh dua organ utama yaitu otak dan sumsum tulang belakang. Otak dan sumsum tulang belakang dilindungi oleh membrane tertentu yang disebut meninges.

Meningens atau selaput saraf terdiri atas tiga lapisan yaitu:

- 1) Pia mater merupakan lapisan paling dalam yang berlangsung melapisi otak dan sumsum tulang belakang dan terdapat banyak pembuluh darah.
- 2) Arakhnoid merupakan lapisan tengah yang terletak diantara piameter dan durameter .diantara piameter dan arkhnoid terdapat ruang yang

berisi cairan serebrospinal berfungsi sebagai bantalan yang melindungi otak dan sumsum tulang belakang dari benturan.

- 3) Duramater , merupakan lapisan paling luar , tebal, dan kuat. Sistem Saraf Pusat (SSP) memiliki dua tipe jaringan saraf yaitu grey matter (substansi abu-abu) dan white matter (substansi putih). Dikatakan gray matter karena jaringan tersebut terdiri atas badan-badan sel saraf , berukuran pendek dan tidak mengandung myelin. Sebaliknya white matter dibentuk oleh jaringan akso berselubung myelin. Mielin merupakan suatu substansi berwarna putih.

b. Sistem Saraf Perifer

Merupakan system saraf yang berada di luar system saraf pusat dan terdiri atas saraf dan ganglia (tunggal:ganglion). Pada system saraf perifer dikenal dua macam serat saraf , yaitu serat saraf sensori (saraf aferen) dan serat saraf motor (saraf eferen). Serat saraf sensori tersusun dari sel-sel saraf yang membawa informasi dari reseptor sensori ke system saraf pusat, sedangkan system saraf motor membawa perintah dari system saraf pusat ke efektor. Ganglion merupakan simpul-simpul saraf yang berasal dari berbagai bagian tubuh. Menurut tempat asalnya , semua saraf pada system saraf perifer dapat dibedakan atas saraf kranial dan saraf spinal.

1) Saraf kranial

Saraf kranial merupakan saraf yang muncul pada permukaan dorsal otak. Saraf kranial berfungsi membawa impuls saraf dari dan ke otak. Pada manusia, terdapat 12 pasang saraf kranial yang penomorannya dilakukan dengan menggunakan angka Romawi. Saraf kranial dapat berupa serat saraf sensori dan motor. Saraf kranial sebagian besar terkonsentrasi di daerah kepala leher dan wajah, kecuali saraf nomor X yang disebut saraf vagus. Selain terdapat di laring dan faring , percabangan saraf vagus ini dapat mencapai organ dalam. Lihat tabel berikut.

Tabel. 1.2 Saraf kranial

Urutan Saraf	Saraf Dan Fungsi	Nama Saraf	Sifat Saraf
I	Nervus Olfaktorius	Sensorik	Hidung, sebagai alat penciuman
II	Nervus	Sensorik	Bola mata untuk penglihatan
III	Nervus Okulomotorius	Motorik	Penggerak bola mata dan mengangkat kelopak mata
IV	Nervus Troklearis	Motorik	Mata memutar dan penggerak bola mata
V	Nervus Trigemini - N. Olfaktorius - N. Maksilaris - N. Mandibularis	Motorik dan Sensorik	Kulit kepala dan kelopak mata atas Rahang atas, palatum dan hidung Rahang bawah dan lidah
VI	Nervus Abduken	Motorik	Mata, penggoyang sisi mata
VII	Nervus Fasialis	Motorik dan Sensorik	Otot lidah, menggerakkan lidah dan selaput lendir rongga mulut
VIII	Nervus Auditorius	Sensorik	Telinga, rangsangan pendengaran
IX	Nervus GlossoFaringeus	Motorik dan Sensorik	Faring, tonsil dan lidah, rangsangan cita rasa
X	Nervus Vagus	Motorik dan Sensorik	Jantung, lambung, usus halus, laring
XI	Nervus Aksesorius	Motorik	Leher, otot leher
XII	Nervus Hipoglossus	Motorik	Lidah, cita rasa, dan otot lidah

2) Saraf Spinal

Saraf Spinal merupakan serat saraf yang melekat pada kedua sisi tulang belakang. Saraf spinal berfungsi membawa impuls saraf dari dan ke

sumsum tulang belakang .Pada manusia terdapat 31 pasang saraf spinal yang keluar dari akar dorsal dan akar ventral dikedua sisi tulang belakang. Akar dorsal (bagian belakang) terdiri atas serat saraf sensori yang menghantar impuls saraf dari reseptor sensori ke sumsum tulang belakang. Akar ventral (bagian depan) terdiri atas serat saraf motor yang menghantar impuls saraf ke luar sumsum tulang belakang. Akar dorsal dan akar ventral bercabang pendek kemudian bergabung kembali dan keluar melayani bermacam bagian tubuh. Jika sebuah saraf dihilangkan , maka sensasi dan pengontrolan motor yang dilayani saraf tersebut akan hilang. Pada umumnya , saraf kranial dan saraf spinal mengandung sel saraf sensori dan sel saraf motor. Akan tetapi , sebagian kecil dari saraf kranial ada yang hanya mengandung sel saraf motor. Misalnya , pada saraf olfaktori dan saraf optik. Saraf spinal diberi nama dan angka sesuai dengan regio kolumna vertebra tempat munculnya saraf tersebut.

- a) Saraf serviks ; 8 pasang . C1 sampai C8.
- b) Saraf toraks ; 12 pasang , T1 sampai T12.
- c) Saraf lumbal ; 5 pasang , L1 sampai L5.
- d) Saraf sakral ; 5 pasang , S1 sampai S5
- e) Saraf koksiks ; 1 pasang.

c. Otak

Otak merupakan pusat control system saraf. Otak dibangun oleh lebih dari 100miliar sel saraf. Setiap sel saraf dapat berkomunikasi dengan ribuan sel saraf lainnya untuk menghasilkan komunikasi yang kompleks dan pengontrol jaringan kerja. Otak manusia dibagi menjadi tiga bagian yaitu otak depan, otak tengah dan otak belakang.

1) Otak Depan (prosencefalon) terdiri atas dua bagian:

- a) Telensefalon merupakan bagian otak yang berkembang secara cepat baik menurut ukuran maupun kompleksitasnya. Komponen utama telensefalon adalah serebrum dan bulbus olfaktori.

- b) Diensefalon terdapat didepan otak tengah. Mengandung beberapa komponen antara lain thalamus , hipotalamus , kelenjar pineal dan kelenjar pituitari.
- Thalamus terdiri atas substansi kelabu yang dibangun oleh sejumlah badan sel, dendrite, dan akson yang tidak berselubung myelin. Banyak nucleus sensorik dan motorik penting yang terletak dalam thalamus seperti: nucleus genikulasi, nucleus ventral, nucleus ventrolateral.
 - Hipotalamus berada dibawah thalamus berfungsi untuk mengatur berbagai proses. Misal mengatur temperature tubuh, dorongan seks, rasa lapar .Selain itu hypothalamus juga berfungsi mengontrol kelenjar pituitary. Dengan demikian terjalin hubungan kerja sama antara system saraf dan system hormone.
 - Epithalamus membentuk langit-langit tipis ventrikel ketiga. Berukuran kecil ,badan pineal, yang berfungsi sebagai endoktrin, menjulur dari ujung posterior epitalamus.
- 2) Otak tengah (mesensefalon) merupakan sebuah pusat koordinasi dari respons refleks untuk indra penglihatan. Bagian dasar dari otak tengah disebut optic tektum, yaitu suatu penebalan dari system kelabu yang menghubungkan sinyal-sinyal penglihatan dan pendengaran. Otak tengah terdiri dari pendunculus, dan corpora quadrigemina adalah empat tonjolan bulat yang disebut kolikoli yang menyusun langitlangit otak tengah.
- 3) Otak belakang (rhombensefalon) merupakan bagian otak yang bersambungan dengan sumsum tulang belakang. Komponen utama:
- a) Metensefalon berubah menjadi batang otak (pons dan serebelum) Pons (berarti jembatan). Menghubungkan medulla yang panjang dengan berbagai bagian otak melalui pendunculus serebral. Berfungsi sebagai pusat respiratorik mengatur frekuensi dan kedalaman pernapasan dan sebagai menerima informasi dari saraf cranial VIII.

b) Miensefalon menjadi medulla oblongata Medulla Oblongata panjang sekitar 2,5cm dan menjulur dari pons sampai medulla spinalis dan terus memanjang. Komponennya terdiri atas:

- Dekusasi pyramid tepat di area superior medulla spinalis.
- Traktus Piramidal adalah jalur motorik utama dari serebrum ke medulla spinalis

4) Rongga pada tabung saraf tidak berubah dan berkembang menjadi ventrikel otak dan kanal sentral medulla spinalis. Fungsi dari medulla spinalis :

- a) Mengendalikan berbagai aktivitas refleks dalam tubuh.
- b) Bagian ini mentransmisi impuls dari otak melalui traktus asenden dan desenden.

3. Etiologi

Berbagai macam mikroorganisme dapat menyebabkan ensefalitis, misalnya bakteri protozoa, cacing, jamur, spirochaeta dan virus. Penyebab terpenting dan paling sering adalah virus. Infeksi dapat terjadi karena virus langsung ke otak atau reaksi radang akut karena infeksi sistemik atau vaksinasi terdahulu.

Macam-macam ensefalitis virus menurut Robin :

- a. Infeksi virus yang bersifat epidemic
- b. Infeksi virus yang bersifat sporadic
- c. Ensefalitis pasca infeksi, pasca morbili, dan pasca varisela.

4. Manifestasi Klinis

Adapun gejala-gejala yang mungkin timbul pada masalah ensefalitis adalah :

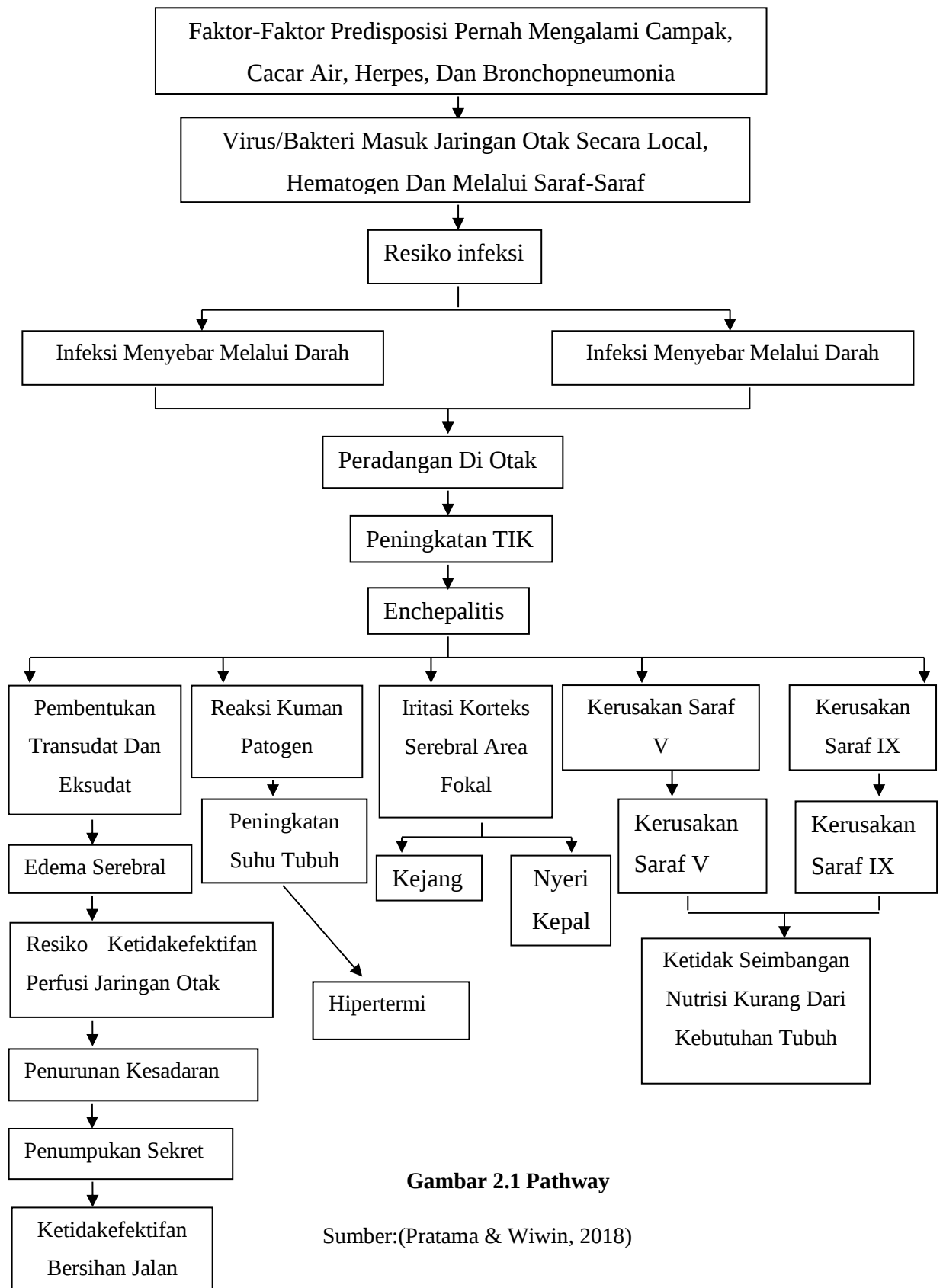
- a. Panas badan meningkat.
- b. Sakit kepala.
- c. Muntah-muntah lethargi.
- d. Kaku kuduk apabila infeksi mengenai meningen.
- e. Gelisah kadang disertai perubahan tingkah laku
- f. Gangguan penglihatan, pendengaran, bicara dan kejang.

5. Patofisiologi

Virus masuk tubuh klien melalui kulit, saluran napas dan saluran cerna, setelah masuk kedalam tubuh, virus akan menyebar keseluruh tubuh dengan secara lokal: aliran virus terbatas menginfeksi selaput lendir permukaan atau organ tertentu, penyebaran hematogen primer : virus masuk kedalam darah, kemudian kemudian menyebar ke menyebar keorgan dan organ dan berkembang biak bang biak diorgan diorgan tersebut dan tersebut dan menyebar melalui saraf : virus berkembang biak dipermukaan selaput lendir dan menyebar melalui sistem persarafan.

Setelah terjadi Setelah terjadi penyebaran ke otak, timbul eotak, timbul manifestasi manifestasi klinis ensefalitis, klinis ensefalitis, Masa Prodromal berlangsung selama 1 – 4 hari ditandai dengan demam, sakit kepala, sulit mengunyah, suhu badan naik, muntah, kejang hingga penurunan kesadaran, paralisis, dan afasia.

6. Pathway



Gambar 2.1 Pathway

Sumber:(Pratama & Wiwin, 2018)

7. Pemeriksaan Penunjang (Rizki Nurbaiti 2018)

- a. Pemeriksaan serologis
- b. Pemeriksaan darah
- c. Pungsi lumbal
- d. EEG
- e. CT scan

8. Penatalaksanaann

Penderita baru dengan kemungkinan ensefalitis harus dirawat inap sampai menghilangnya gejala-gejala neurologik. Tujuan penatalaksanaan adalah mempertahankan fungsi organ dengan mengusahakan jalan nafas tetap terbuka, pemberian makanan enteral atau parenteral, menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit dan koreksi gangguan asam basa darah (Arif, 2010). Tata laksana yang dikerjakan sebagai berikut :

- a. Mengatasi kejang adalah tindakan vital, karena kejang pada ensefalitis biasanya biasanya berat. Pemberian Pemberian Fenobarbital Fenobarbital 5-8 mg/kgBB/24 mg/kgBB/24 jam. Jika kejang sering terjadi, perlu diberikan Diazepam (0,1-0,2 mg/kgBB) IV, dalam bentuk infus selama 3 menit.
- b. Memperbaiki homeostatis, dengan infus cairan D5 - 1/2 S atau D5 - 1/4 S (tergantung umur) dan pemberian oksigen.
- c. Mengurangi edema serebri serta mengurangi akibat yang ditimbulkan oleh anoksia serebri dengan Deksametason 0,15-1,0 mg/kgBB/hari i.v dibagi dalam 3 dosis.
- d. Menurunkan tekanan intrakranial yang meninggi dengan Manitol diberikan intravena dengan dosis 1,5-2,0 g/kgBB selama 30-60 menit. Pemberian dapat diulang setiap 8-12 jam. Dapat juga dengan Gliserol, melalui pipa nasogastrik, 0,5-1,0 ml/kgbb diencerkan dengan dua bagian bagian sari jeruk. Bahan ini tidak toksik dan dapat diulangi diulangi setiap 6 jam untuk waktu lama.

B. Konsep Suhu Tubuh Dan Hipertermi

A. Pengertian Suhu Tubuh

Suhu tubuh merupakan salah satu tanda vital yang menggambarkan status kesehatan seseorang. Suhu status kesehatan seseorang. Suhu adalah pernyataan tentang perbandingan (derajat) panas suatu zat. Dapat juga dikatakan sebagai ukuran panas/dinginnya suatu benda. Suhu tubuh adalah perbedaan antara jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang diproduksi oleh proses tubuh dan jumlah panas yang hilang ke lingkungan luar. $\text{Produksi panas} - \text{kehilangan panas} = \text{suhu badan/tubuh}$ (Fajarwaty, 2020)

Suhu tubuh didefinisikan sebagai salah satu tanda vital yang menunjukkan status kesehatan seseorang, dimana pengukuran suhu tubuh dilakukan untuk mengetahui tanda klinis dan berguna untuk memperkuat diagnosis suatu penyakit. Suhu tubuh merupakan keadaan perubahan dari panas dan dinginnya tubuh yang diukur menggunakan thermometer dan dinyatakan dalam derajat Celsius (0C).

(Neoni, 2021)

1. Organ Pengatur Suhu Tubuh

Hipotalamus adalah pusat pengaturan suhu tubuh, jika hipotalamus mendeteksi suhu yang tidak sewajarnya, maka tubuh akan melakukan mekanisme umpan balik. Mekanisme umpan balik ini terjadi bila suhu inti tubuh telah melewati batas dari toleransi tubuh untuk mempertahankan suhu yang disebut titik tetap (set point). Mekanisme tersebut adalah saat tubuh menunjukkan peningkatan suhu tubuh yang tidak semestinya maka signalakan diterima hipotalamus anterior yang berfungsi membuang panas. Mekanisme ini dilakukan dengan terbentuknya vasodilatasi pembuluh darah ke kulit dan mengaktifkan kelenjar keringat. Mekanisme saat tubuh mengalami penurunan suhu tubuh yaitu impuls akan diterima oleh hipotalamus yang berfungsi

memproduksi panas. Mekanisme ini dilakukan dengan terbentuknya vasokonstriksi pembuluh darah ke kulit dan tubuh dan terjadi mekanisme menggigil. Hipotalamus terletak di antara belahan otak/cerebral hemisphere (Novieastari et al., 2020) dalam (Neoni, 2021)

Kemudian menurut (Fajarwaty, 2020) mengatakan bahwa Pusat pengatur panas dalam Pusat pengatur panas dalam tubuh adalah hipotalamus tubuh adalah hipotalamus, hipotalamus dikenal , hipotalamus dikenal dengan thermostat yang berada di bawah otak. Terdapat dua hipotalamus, yaitu :

- a. Hipotalamus anterior, berfungsi mengatur pembuangan panas.
- b. Hipotalamus posterior, berfungsi mengatur penyimpanan panas.

Saraf-saraf yang terdapat pada bagian preoptic hipotalamus anterior dan hipotalamus posterior memperoleh 2 sinyal, yaitu :

- 1) Berasal dari saraf perifer yang menghantarkan sinyal dari reseptor panas/dingin.
- 2) Berasal dari suhu darah yang memperlirahi bagian hipotalamus itu sendiri.

Thermostat hipotalamus memiliki semacam titik control yang disesuaikan untuk mempertahankan suhu tubuh. Jika suhu tubuh turun sampai dibawah atau sampai titik ini, maka pusat akan memulai impuls untuk menahan panas atau meningkatkan pengeluaran panas.

2. Mekanisme Pemindahan/ Kehilangan Panas

a. Radiasi

Radiasi adalah perpindahan panas dari permukaan satu objek ke permukaan lain tanpa kontak langsung antara keduanya. Radiasi terjadi karena perpindahan kalor melalui gelombang elektromagnetik

b. Konduksi

Konduksi adalah uksi adalah perpindahan panas dari suatu objek ke objek lain dengan kontak langsung.

c. Konveksi

Konveksi adalah perpindahan panas melalui pergerakan udara atau air. Panas konduksi ke udara terlebih dahulu sebelum dibawa aliran konveksi.

d. Evaporasi

Evaporasi adalah perpindahan energy panas dengan penguapan. Pembuangan panas dengan evaporasi menyebabkan kita merasa lebih dingin ketika naju renang basah daripada ketika kering.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Suhu Tubuh

a. Umur

- BBL : 36,1 – 37,70C
- 1 tahun : 37,70C
- 2-5 tahun : 37,20C
- 6-dewasa : 370C
- Usila : 360C

b. Jenis kelamin

Wanita biasanya lebih baik dalam mengisolasi panas dan menjaga suhu internal. Peningkatan progesterone selama ovulasi menyebabkan perubahan suhu sekitar 0,3 – 0,50C. Esterogen dan prosterogen menyebabkan peningkatan BMR

c. Emosi

Saat emosi tidak stabil misalnya dalam keadaan marah akan menyebabkan meningkatnya suhu tubuh. Sedangkan apatis dan depresi menyebabkan menurunnya suhu tubuh.

d. Olahraga

Aktivitas otot menyebabkan suhu tubuh meningkat. Aktivitas berat dapat menyebabkan suhu naik 2,70.

e. Lingkungan

Pada lingkungan yang lebih tinggi suhunya dibandingkan suhu tubuh maka tubuh akan menyerap panas dari lingkungan demikian juga sebaliknya.

4. Masalah-Masalah Perubahan Suhu Tubuh

a. Demam

Demam atau hiperpireksia terjadi karena mekanisme pengeluaran panas tidak mampu untuk mempertahankan kecepatan pengeluaran kelebihan produksi panas, yang mengakibatkan peningkatan suhu tubuh abnormal.

b. Kelelahan akibat panas

Kelelahan akibat panas terjadi bila diaphoresis yang banyak mengakibatkan kehilangan cairan dan elektrolit secara berlebihan. Disebabkan oleh lingkungan yang terpajan panas.

c. Hipertermia

Merupakan peningkatan suhu tubuh sehubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk meningkatkan pengeluaran panas atau menurunkan produksi panas.

d. Heat stroke

Pajanan yang lama terhadap sinar matahari atau lingkungan dengan suhu tinggi dapat mempengaruhi mekanisme pengeluaran panas.

e. Hipotermia

Pengeluaran panas akibat paparan terus-menerus terhadap dingin memengaruhi kemampuan tubuh untuk memproduksi panas sehingga akan mengakibatkan hipotermia. (Haswita dan Sulistyowati, 2017) dalam (Neoni, 2021)

Menurut (Kemenkes RI, 2019) dalam (Neoni, 2021) mengatakan suhu tubuh dapat diklasifikasikan menjadi:

- Hipotermia: suhu tubuh $<36,50^{\circ}\text{C}$.
- Normal: suhu tubuh antara $36,50^{\circ}\text{C}$ – $37,50^{\circ}\text{C}$.
- Febris/pireksia/panas: suhu tubuh $37,60^{\circ}\text{C}$ – 400°C .
- Hipertermia: suhu tubuh $>400^{\circ}\text{C}$

B. Pengertian hipertermi

Hipertermia adalah suhu inti tubuh di atas kisaran normal karena kegagalan regulasi adapun hipertermi dapat disebabkan karena berbagai hal seperti karena inflamasi, suatu penyakit, Trauma, Dehidrasi dan lain sebagainya. Pada hipertemi masalah yang muncul adalah ketidakseimbangan suhu tubuh, yaitu tubuh melebihi dari rentang normal $> 37,5^{\circ}\text{C}$. Suhu tubuh dapat diukur melalui rektal, oral ataupun aksila dengan perbedaan kurang lebih $0,5$ – $0,6^{\circ}\text{C}$ (Kurnia, 2019)

C. Penyebab

Hipertermi dapat disebabkan karena gangguan otak atau akibat bahan toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu. Zat yang dapat menyebabkan efek perangsangan terhadap pusat pengaturan suhu sehingga menyebabkan demam yang disebut pirogen. Zat pirogen ini dapat berupa protein, pecahan protein, dan zat lain. Terutama toksin polisakarida, yang dilepas oleh bakteri toksi/ pirogen yang dihasilkan dari degenerasi jaringan tubuh dapat menyebabkan demam selama keadaan sakit (Kurnia, 2019)

Faktor penyebabnya :

1. Dehidrasi Penyakit atau trauma
2. Ketidakmampuan atau menurunnya kemampuan untuk berkeringat
3. Pakaian yang tidak layak
4. Kecepatan metabolisme meningkat.
5. Pengobatan/ anesthesia Terpapar pada lingkungan yang panas (jangka panjang)
6. Aktivitas yang berlebihan

D. Gejala dan Tanda Mayor atau Minor

a. Gejala tanda mayor dan minor hipertermi

1. Mayor

a) Subjektif

(Tidak tersedia)

b) Objektif

Suhu tubuh di atas normal

2. Minor

a) Subjektif

(Tidak tersedia)

b) Objektif

1) Kulit merah

2) Kejang

3) Takikardia

4) Takipnea

5) Kulit terasa t terasa hanga a hangat

E. Kondisi Klinis Terkait

a. Proses infeksi

b. Hipertiroid

c. Stroke

d. Dehidrasi

e. Trauma

f. Prematuritas

F. Penatalaksanaan menurut (Anirohnuriani, 2018)

1. Keperawatan

a. Pengukuran suhu secara berkala setiap 4-6 jam.

b. Bukalah pakian dan selimut yang berlebihan.

c. Memperhatikan aliran udara di dalam ruangan.

d. Jalan nafas harus terbuka untuk mencegah terputusnya suplai oksigen ke otak yang akan berakibat rusaknya sel-sel otak.

- e. Berikan cairan melalui mulut, minum sebanyak-banyaknya.
 - f. Tidur yang cukup agar metabolisme berkurang.
 - g. Kompres dengan air di bagian dahi, ketiak, dan lipatan paha.
2. Penatalaksanaan medis

Obat-obatan antipiretik

Antipiretik bekerja secara sentral menurunkan suhu di pusat pengatur suhu di hipotalamus. Antipiretik berguna untuk mencegah pembentukan prostaglandin dengan jalan menghambat enzim cyclooxygenase sehingga set poin hipotalamus direndahkan kembali menjadi normal yang mana diperintah memproduksi panas diatas normal dan mengurangi pengeluaran panas.

C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar pertama atau langkah awal dasar keperawatan secara keseluruhan dan merupakan suatu proses yang sistematis dan pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi suatu kesehatan pasien. Pada tahap ini semua data dan informasi tentang klien yang dibutuhkan, dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Tujuan dari pengkajian adalah untuk mengumpulkan data, menganalisa data sehingga ditemukan diagnosa keperawatan. Adapun langkah-langkah dalam pengkajian ini menurut (Pratama & Wiwin, 2018) adalah sebagai berikut :

a. Identitas pasien

Identitas pasien meliputi nama, umur, berat badan, dan jenis kelamin, alamat rumah, suku, agama dan nama orang tua.

b. Riwayat penyakit

Riwayat penyakit sekarang meliputi sejak kapan timbulnya demam, gejala lain serta yang menyertai demam (misalnya mual, muntah, nafsu makan, diaforesis, eliminasi, nyeri otot, dan sendi dll), apakah anak menggigil, gelisa atau letargi, upaya yang harus di lakukan.

Riwayat penyakit dahulu yang perlu ditanyakan yaitu riwayat penyakit yang pernah diderita oleh anak maupun keluarga dalam hal ini orang tua. Apakah dalam keluarga pernah memiliki riwayat penyakit keturunan atau pernah menderita penyakit kronis sehingga harus dirawat di rumah sakit.

Riwayat tumbuh kembang yang pertama ditanyakan adalah hal-hal yang berhubungan dengan pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai dengan kebutuhan anak sekarang yang meliputi motorik kasar, motorik halus, perkembangan kognitif atau bahasa dan personal sosial atau kemandirian.

Imunisasi yang ditanyakan kepada orang tua apakah anak mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan usia dan jadwal pemberian serta efek samping dari pemberian imunisasi seperti panas, alergi dan sebagainya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Pola Pengkajian

Pola fungsi kesehatan dapat dikaji melalui pola Gordon dimana pendekatan ini memungkinkan perawat untuk mengumpulkan data secara sistematis dengan cara mengevaluasi pola fungsi kesehatan dan memfokuskan pengkajian fisik pada masalah khusus. Model konsep dan tipologi pola kesehatan fungsional menurut Gordon :

a) Pola Persepsi Manajemen Kesehatan

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan. Persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan

b) Pola Nutrisi Metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit, nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi BB dalam

6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah penyembuhan kulit, makanan kesukaan.

c) Pola Eliminasi

Manajemen pola fungsi ekskresi, kandung kemih dan kulit, kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuria, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, karakteristik urine dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, aspirasi berlebih, dll.

d) Pola Latihan Aktifitas

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, fungsi pernapasan, dan sirkulasi. Pentingnya latihan / gerakan dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain. Kemampuan klien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan 0 : mandiri, 1 : dengan alat bantu, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain, 4 : tergantung dalam melakukan ADLs, kekuatan otot dan ROM, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan kedalaman napas, bunyi napas, riwayat penyakit paru.

e) Pola Kognitif Perceptual

Menjelaskan persepsi sensori kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau, dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif didalamnya mengandung kemampuan daya ingat klien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi klien terhadap waktu, tempat, dan nama (orang, atau benda yang lain). Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat,

kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensoris (nyeri), penciuman dll.

f) Pola Istirahat Dan Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk.

g) Pola Konsep Diri Persepsi Diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai sistem terbuka dimana keseluruhan bagian sistem terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio psiko sosio kultural spiritual dan dalam pandangan secara holistik.

h) Pola Peran Hubungan

Menggambarkan dan mengetahui hubungan peran klien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang pasif agresif terhadap orang lain, masalah keuangan, dll.

i) Pola Reproduksi Seksual

Menggambarkan kepuasan actual atau dirasakan dengan seksualitas. Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit, hubungan sex, pemeriksaan genital.

j) Pola Koping Stress

Menggambarkan kemampuan untuk mengalami stress dan penggunaan sistem pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stress, interaksi dengan orang terdekat,

menangis, kontak mata, metode koping, yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stres.

k) Pola Keyakinan Dan Nilai

Menggambarkan dan menjelaskan pola nilai, keyakinan, termasuk piritual. Menerangkan sikap dan keyakinan klien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya.

2. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan dalam mengembangkan kemampuan berpikir rasional sesuai dengan latar belakang ilmu pengetahuan.

3. Perumusan Masalah

Setelah analisa data dilakukan, dapat dirumuskan beberapa masalah kesehatan. Masalah kesehatan tersebut ada yang dapat di intervensi dengan asuhan keperawatan (masalah keperawatan) tetapi ada juga yang tidak dan lebih memerlukan tindakan medis. Selanjutnya disusun diagnosis keperawatan sesuai dengan prioritas. Prioritas masalah ditentukan berdasarkan kriteria penting dan segera. Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Maslow, yaitu : Keadaan yang mengancam kehidupan, keadaan yang mengancam kesehatan, persepsi tentang kesehatan dan keperawatan.

4. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah (NANDA, 2015-2017) dalam (Pratama & Wiwin, 2018).

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul :

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebihan
- b. Hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi

- c. Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko prosedur invasive
 - d. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera biologis
 - e. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan sindrom sick sinus
 - f. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan faktor ekonomi
 - g. Resiko cedera berhubungan dengan faktor resiko
5. Perencanaan Keperawatan

Semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien beralih dari status kesehatan saat ini ke status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan. Rencana asuhan keperawatan yang dirumuskan dengan tepat memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya. Sebagai hasil, semua perawat mempunyai kesempatan untuk memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten. Rencana asuhan keperawatan tertulis mengatur pertukaran informasi oleh perawat dalam laporan pertukaran dinas. Rencana perawatan tertulis juga mencakup kebutuhan pasien jangka panjang (Pratama & Wiwin, 2018).

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan

No	Diagnosa	NOC	NIC
----	----------	-----	-----

1	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebihan	Status Pernapasan: Kepatenan Jalan Napas Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi dengan indikator skala : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah) 2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien merasa tidak tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)	Manajemen jalan nafas: 1. Posisikan untuk meringankan sesak nafas 2. Pasang oral atau nasopharyngeal airway 3. Keluarkan secret dengan menganjurkan batuk atau suction 4. Atur terapi Nebulizer 5. Monitor TTV 6. Anjurkan istirahat 7. Terapi oksigen
2	Hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi	Termoregulasi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah hipertermi menurun dengan indikator : 1. Suhu tubuh dalam rentang normal 2. Nadi dan RR dalam rentang normal	Pengobatan paparan panas 1. Kendurkan atau lepaskan pakaian yang sesuai 2. Mengelola cairan IV yang sesuai 3. Memonitor tingkat kesadaran 4. Kompres basah (tepid sponge) 5. Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup

			6. Kolaborasi pemberian antipiretik
3	Resiko infeksi berhubungan dengan faktor resiko prosedur invasif	Integritas jaringan : Kulit dan membran mukosa Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko infeksi tidak terjadi dengan indikator skala : 1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi 2. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaannya 3. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi 4. Jumlah leukosit dalam batas normal	Perawatan Luka: Perlindungan Infeksi 1. Monitor kerentanan terhadap infeksi 2. Monitor nilai WBC 3. Batasi jumlah pengunjung 4. Pertahankan aseptis untuk pasien yang beresiko 5. Tingkatkan asupan nutrisi yang cukup 6. Ajarkan pasien dan anggota keluarga bagaimana cara menghindari infeksi
4	Nyeri berhubungan agen cedera biologis	Pain control Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah nyeri dapat di control dengan indicator : 1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik	Pain management 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Tentukan pilihan analgesic

		nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan) 2. Nyeri berkurang dengan menggunakan management nyeri 3. Menyatakan rassa nyaman setelah nyeri berkurang	tergantung tipe dan berat nyeri 3. Berikan analgesic tepat waktu 4. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif 5. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 6. Ajarkan tehnik nonfarmakologi
5	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan faktor resiko	Status neurologi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat terpantau dengan indicator : 1. Kesadaran normal 2. Nadi normal 3. Aktivitas normal	Monitor neurologi 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor CVP 3. Monitor oksigen 4. Pantau TTV 5. Monitor batuk dan muntah 6. Monitor tingkat orientasi
6	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kerusakan saraf cranial V dan IX yang menyebabkan kesulitan	Asupan Gizi Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah ketidak seimbangan nutrisi kurang dapat terpantau dengan indicator :	Terapi Nutrisi 1. Lakukan penilaian gizi yang sesuai, pantau makanan/ cairan yang dimakan dan hitung kalori harian,

	mengunyah dan kesulitan makan	1. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan 2. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan 3. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi 4. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan 5. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti	sebagaimana mestinya 2. Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang diperlukan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, sebagaimana mestinya 3. Kelola dosis enteral enteral, sebagaimana mestinya 4. Pilih suplemen nutrisi atau gizi, sebagaimana mestinya 5. Pastikan bahwa diet termasuk makanan tinggi serat untuk mencegah sembelit 6. Berikan pasien tinggi kalori tinggi protein, makanan ringan dan minuman yang mudah dikonsumsi,
--	-------------------------------	--	--

			sebagaimana mestinya
7	Resiko cidera berhubungan dengan faktor resiko	Keparahan cidera fisik Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko cidera dapat terpantau dengan indicator : 1. Mampumemodifikasi gaya hidup untuk mencegah injury 2. Menggunakan fasilitas kesehatan yang ada 3. Mampu mengenali perubahan status kesehatan	Pencegahan jatuh 1. Identifikasi kekurangan baik kognitif atau fisik dari pasien yang mungkin meningkatkan potensi jatuh 2. Identifikasi perilaku dan faktor yang mempengaruhi resiko jatuh 3. Tanyakan pasien mengenai persepsi keseimbangan, dengan tepat 4. Letakkan tempat tidur mekanik pada posisi yang paling rendah 5. Ajarkan pasien bagaimana jika jatuh, untuk meminimalkan cidera 6. Dukung pasien untuk menggunakan tongkat atau

			walker, dengan tepat
--	--	--	-------------------------

Tabel 2.3 SAP TEPID SPONGE

SATUAN OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)

TEPID SPONGE

PENGERTIAN	Tepid sponge merupakan tindakan mengompres yang dilakukan dengan menggunakan handul atau waslap yang di basahi dengan air hangat 37 C. Tepid sponge merupakan salah satu teknik kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh febris.
TUJUAN	1. Meningkatkan kontrol kehilangan panas tubuh melalui penguapan 2. Memberikan rassa nyaman 3. Menurunkan suhu tubuh yang demam
INDIKASI	Anak demam
KONTRAINDIKASI	-
PERSIAPAN PASIEN	1. Cek catatan perencanaan keperawatan pasien dan identitas 2. Perkenalkan diri perawat pada pasien atau ke orang tua pasien yang menjaga pasien 3. Jelaskan tujuan, maksud, dan prosedur tindakan yang akan di lakukan 4. Minta persetujuan pasien atas tindakan yang akan dilakukan.
PERSIAPAN ALAT:	1. Sarung tangan 2. Baskom mandi 3. Waslap

	4. Air hangat 37 C 5. Handuk pengering 6. Thermometer 7. Selimut tidur 8. Selimut mandi 9. Baki dan alas
PERSIAPAN LINGKUNGAN DAN PERAWAT :	1. Mengatur pencahayaan ruangan 2. Mengatur suhu ruangan 3. Menutup privasi pasien (jendela, pintu, atau tirai) 4. Perawat melakukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan 5. Perawat memakai APD (Alat pelindung diri)
CARA KERJA: 1. Posisikan pasien senyaman mungkin, dengan terlentang 2. Ukur suhu tubuh pasien 3. Pertahankan selimut mandi di atas bagian tubuh yang tidak di kompres 4. Periksa suhu air 5. Rendamkan waslap ke dalam air hangat letakan di bawah ketiak dan lipatan paha 6. Secara perlahan ekstremitas di kompres setiap 5 menit 7. Bila suhu belum turun, lanjutkan ke punggung dan bokong selam 3-5 menit kaji ulang suhu tubuh pasien selama 5 menit 8. Ganti air bila sudah tidak hangat 9. Bila suhu tubuh turun sedikit di atas normal, hentikan prosedur 10. Keringkan ekstremitas dan bagian tubuh secara menyeluruh, selimuti dengan selimut tipis dan menyerap keringat 11. Ganti linen bila basah 12. Rapikan pasien kembali 13. Rapikan alat 14. Cuci tangan 15. Pendokumentasian HASIL: Dokumentasikan nama tindakan/tanggal/jam tindakan, hasil yang diperoleh, respon pasien selama tindakan, nama dan paraf perawat	

7. Tindakan keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan pasien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini menuntut perawat untuk mengevaluasi yang diidentifikasi pada tahap perencanaan.

b. Tahap 2 : intervensi

Fokus tahap pelaksanaan tindakan perawatan adalah kegiatan dan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

c. Tahap 3 : dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan

8. Evaluasi keperawatan

Perencanaan evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan jalan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sasaran evaluasi adalah sebagai berikut :

a. Proses asuhan keperawatan berdasarkan kriteria atau rencana yang telah disusun

b. Hasil tindakan keperawatan berdasarkan kriteria keberhasilan yang telah dirumuskan dalam rencana evaluasi.

Adapun juga terdapat 2 kemungkinan hasil evaluasi yaitu :

1) Tujuan tercapai, apabila pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

- 2) Tujuan tercapai sebagian, apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab serta cara untuk mengatasinya.

Tujuan tidak tercapai, apabila pasien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru dalam hal ini perawat perlu untuk mengkaji secara lebih mendalam apakah terdapat data, analisis, diagnosa, tindakan, dan faktor-faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan. Setelah seorang perawat melakukan seluruh proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi kepada pasien, seluruh tindakannya harus didokumentasikan dengan benar dalam dokumentasi keperawatan.

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik keperawatan yaitu ruang Kanak-kanak RSUD Jayapura, Papua. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 2 juni 2021 - 5 Juni 2021 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun hasil tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut :

1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penatalaksanaan asuhan keperawatan ini dilakukan di RSUD Jayapura yang terletak di Jalan Kesehatan No.1, Kelurahan Bhayangkara, Distrik Jayapura Utara, Kota Jayapura - Papua. RSUD Jayapura merupakan salah satu dari 3 rumah Sakit rujukan milik Pemerintah Provinsi Papua dan merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi di Provinsi Papua yang berkedudukan di kota Jayapura. Diresmikan sebagai Rumah Sakit dengan nama RSUD Dok II Jayapura pada tanggal 3 Juni 1959, dibangun tahun 1958 pada masa perang Pasifik. Fasilitas yang tersedia di RSUD Jayapura ini antara lain Instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, dan IGD 24 Jam. Untuk fasilitas rawat jalan terdiri dari poliklinik, medical check up, dan resume medis. Fasilitas pemeriksaan penunjang terdiri dari laboratorium patologi klinik, patologi anatomi, radiologi, hemodialisa, CT-scan, OK sentral, Laundry, Farmasi, gizi. Untuk unit rawat inap terdapat beberapa ruangan yaitu Ruang Bedah Pria, Ruang Bedah Wanita, Ruang Orthopedia, Ruang Penyakit Dalam Pria, Ruang Penyakit Dalam Wanita, Ruang Paru, Ruang Neurologi, Ruang Kanak-Kanak, Ruang Gynekologi, ICU, ICCU, HCU, ESWL Center.

Penerapan asuhan keperawatan ini, dilakuan diruang kanak-kanak. Kasus yang ditangani di ruang Kanak-kanak ini meliputi kasus malaria, bronkopneumonia, kejang demam, epilepsi, vomiting profuse, talasemia,

asma bronchial, pharyngitis akut, diare akut dan GEA. Bangunan pada ruang anak-anak terdiri 1 ruang kepala ruangan, 1 ruangan perawat, 2 kamar mandi perawat, 1 dapur, 1 ruang tindakan, 1 gudang, 1 kamar VIP dengan kapasitas 2 tempat tidur dengan 1 kamar mandi, 1 kamar kelas I dengan kapasitas 4 tempat tidur dengan 1 kamar mandi, 1 kamar kelas II dengan kapasitas 4 tempat tidur dengan 1 kamar mandi, 1 kamar kelas III dengan kapasitas 4 tempat tidur dengan 1 kamar mandi, 1 bangsal dengan kapasitas 7 tempat tidur, dan ruang HCU dengan kapasitas 4 tempat tidur.

A. Pengkajian

Nama Mahasiswa : Harold Mezack Tahapary S.Tr.Kep

NIM : 71.20.9.20.027

Ruang : Ruang Kanak-Kanak, RSUD Jayapura

B. Identitas pasien

Nama : An. M.N
 TTL : Ormuari 4 mei 2018
 Jenis kelamin : Laki-Laki
 Agama : Kristen protestan
 Pendidikan : Belum berpendidikan
 Alamat : Pasir 2
 Tanggal MRS : 31/05/2021
 Tanggal pengkajian : 02/06/2021
 Diagnosa medic : Encephalitis

C. Identitas Orang Tua

1. Ibu

Nama : Ny. Y.I
 Usia : 25 Tahun
 Pendidikan : SD
 Pekerjaan : IRT
 Agama : Kristen protestan
 Alamat : Pasir 2

2. Ayah

Nama : Tn. N.N
 Usia : 25 Tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : Nelayan
 Agama : Kristen protestan
 Alamat : Pasir 2

D. Identitas Saudara Kandung

No	Nama	Usia	Hubungan	Keterangan
1	An. N.N	6 Tahun	Saudara kandung	Kaka
2	An. M.N	1 Tahun	Saudara kandung	Adik

E. Keluhan Utama

Demam dan kejang

F. Riwayat Sekarang**A. Kesehatan searang**

Ibu pasien mengatakan anaknya demam dan kejang kurang lebih tiga hari dan di antarkan kerumah sakit.

1. Pre natal

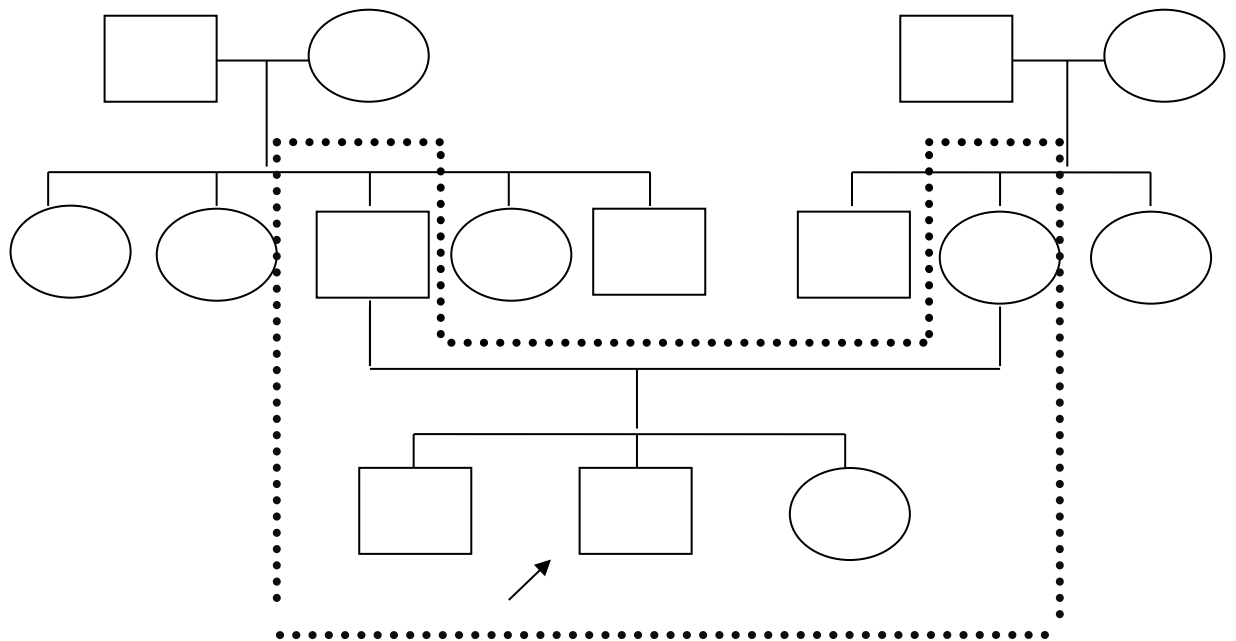
- Pemeriksaan kehamilan : 2 kali
- Keluhan ibu saat hamil : Tidak ada
- Riwayat terkena sinar X : Tidak ada
- Kenaikan BB selama hamil : Ibu pasien mengatakan saat mengandung anak yang ke dua mengalami peningkatan BB
- Golongan darah ibu : A

2. Natal

- Tempat melahirkan : Rumah
- Lama dan jenis persalinan : Spontan

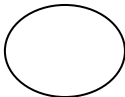
- c. Penolong persalinan : Bidan desa
 - d. Cara untuk memudahkan persalinan : Tidak ada
 - e. Komplikasi waktu lahir : Tidak ada
3. Post natal
- a. Kondisi bayi : BB : 3,3 kg PB : Orang tua tidak mengetahui
 - b. Anak mengalami : Tidak ada
 - c. Penyakit yang pernah di derita : Diare
 - d. Kecelakaan yang di alami : Tidak terjadi kecelakaan
 - e. Riwayat alergi : Tidak ada
 - f. Konsumsi obat-obat bebas : Ibu pasien mengatakan tidak pernah memberikan obat kepada anaknya secara bebas, saat sakit anak di bawah ke puskesmas untuk mendapatkan pengobatan
- B. Riwayat Kesehatan Keluarga
1. Penyakit anggota keluarga :
- Ibu pasien mengatakan didalam keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit alergi, asma, TBC, hipertensi, Penyakit jantung, storke, anemia, DM, kanker, dan jiwa.

Genogram :



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

1. Laki-Laki : 
2. Perempuan : 
3. Pasien : 
4. Tinggal Serumah : 
5. Hubungan perkawinan : 

C. Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imumisasi	Waktu Pemberian	Reaksi Setelah Pemberian
1	BCG		Demam
2	DPT (I,II,III)		Demam
3	Polio (I,II,III,IV)		Demam
4	Campak		Demam
5	Hepatitis		Demam
6	Lain-lain		

D. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pemeriksaan fisik

1. BB lahir : 3,3 Kg
2. BB sekarang : 9,5 Kg
3. Tinggi badan : 84 Cm
4. Waktu tumbu gigi : 11 bulan

B. Perkembangan tiap tahap

1. Berguling : 1-4 bulan
2. Duduk : 4-6 bulan
3. Merangkak : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya
4. Berdiri : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya
5. Berjalan : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya
6. Senyum pada orang lain : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya
7. Bicara pertama kali : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya
8. Berpakaian tanpa bantu : Saat ditanya ibu pasien tidak mengetahuinya

E. Riwayat nutrisi

1. Pemberian asi
 - a. Pertama kali disusui : Dari 0 bulan
 - b. Cara pemberian susu : Menyusui/oral
 - c. Lama pemberian : 10-15 menit kadang juga disusui sampai anaknya tertidur
2. Pola pemberian nutrisi tiap tahapan usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis nutrisi	Lama pemberian
0-4 bulan	Asi	6-9 hari/hari
4-12 bulan	Asi + pasi	3-5 kali/hari
12- sebelum sakit	Bubur dan nasi	3-5 kali/hari
Saat sakit	Minum air putih dan susu	4-6 kali/hari

F. Riwayat psikososial

1. Anak tinggal bersama : orang tua
2. Lingkungan : Baik, dan ramah
3. Hubungan antar keluarga : Baik
4. Pengasuh anak : Tidak ada

G. Riwayat spiritual

1. Suport system dalam keluarga : Orang tua
2. Kegiatan keagamaan : Ikut sekolah minggu setiap hari minggu bersama kakanya
 - a. Reaksi hospitalisasi
 - 1) Pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap : Mengerti tentang sakit dan cara menangani
 - 2) Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap : tidak tau/tidak bisa untuk Nutrisi berbicara

H. Aktifitas sehari-hari

No	Kondisi	Sebelum sakit	Saat ini
1	Selera makan	Baik	Berkurang
2	Menu makan	Bubur, nasi dan sayur	Nasi, sayur dan buah
3	Frekuensi makan	3x sehari	3-4x sehari
4	Makanan disukai	Tidak ada	Tidak ada
5	Makanan pantangan	Tidak ada	Tidak ada
6	Pembatasan pola makan	Tidak ada	Tidak ada
7	Cara makan	Makan sendiri/dibantu ibu	Disuap
8	Ritual makan	Berdoa	Berdoa

A. Cairan

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Jenis minum	Air putih dan susu formula	Air putih
2	Frekuensi minum	4-6 kali sehari	3 kali sehari
3	Kebutuhan cairan	Tidak dikaji	Tidak dikaji
4	Cara pemenuhan	Tidak dikaji	Tidak dikaji

B. Eliminasi BAB dan BAK

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Tempat pembuangan	Toilet	Pampers
2	Frekuensi	1 kali sehari	2 kali sehari
3	Konsistensi	Padat	Padat

4	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
5	Obat pencahar	Tidak ada	Tidak ada

BAK

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Tempat pembuangan	Toilet	Pempers
2	Frekuensi	3-5 kali sehari	2-4 kali sehari
3	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada

C. Istirahat/tidur

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Jam tidur		
	Siang	13:00-15:00	13:00-16:00
	Malam	20:00-07:00	19:00-07:30
2	Pola tidur	Teratur	Teratur namun kadang juga terbangun karena demam
3	Kebiasaan sebelum tidur	Mendengarkan lagu	Tidak ada
4	Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada

D. Personal hygiene

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Mandi		

	Cara	Dengan Menggunakan air hangan	Di lap dengan menggunakan air hangat
	Frekuensi	2-3 kali sehari	1 kali sehari
	Alat mandi	Sabun mandi, sampo, handuk Gayung dan loyang	Handuk, Loyang
2	Cuci rambut		
	Cara	Di mandikan	Di lap
	Frekuensi	2-3 kali sehari	1 kali sehari
3	Gunting kuku		
	Cara	Di potong	Di potong
	Frekuensi	2 minggu 1 kali	Belum gunting kuku
4	Gosok gigi		
	Frekuensi	1 kali sehari	1 kali sehari
	Cara	Menggunakan sikat gigi dan odol/pasta gigi	Digosok menggunakan kassa basah steril

E. Aktifitas/mobilisasi fisik

No	Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1	Kegiatan sehari-hari	Bermain bersama saudara	Hanya tidur
2	Pengaturan jadwal makan	Tidak ada	Tidak ada
3	Penggunaan alat bantu aaktifitas	Tidak menggunakan alat bantu aktifitas	Tidak menggunakan alat bantu aktifitas
4	Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak mengalami kesulitan pergerakan	Tidak mengalami kesulitan pergerakan

I. Pemeriksaan Fisik

A. Keadaan Umum : Apatis

B. Tanda-Tanda Vital

1. Tekanan Darah : Tidak dilakukan
2. Nadi : 92x/menit
3. Suhu Tubuh : 37.8 C
4. Respirasi : 24x/menit

C. Antropometri

1. TB : 84 Cm
2. BB : 9,5 Kg
3. LILA : 14 Cm
4. LK : 48 Cm
5. LD : 48,5 Cm
6. LP : 46 Cm

a. Mata

Tidak cekung, sclera ikterik, konjungtiva anemis

b. Hidung

Bentuk simetris kiri dan kanan, secret tidak ada, polip tidak ada

c. Telinga

Simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen, pendengaran baik

d. Mulut

Tampak bersih, lembab, tidak ada bercak putih di lidah, tidak ada karies gigi

e. Leher

Teraba kelenjar getah bening dan juga kelenjar tiroid, massa tidak ada

f. Dada

Inspeksi : Simetris, ikut gerak nafas

Palpasi : Tidak ada lekukan, tidak terdapat nyeri tekan

Auskultasi : Terdengar bunyi ronkhi, tidak terdengar bunyi tambahan

g. Perut

Inspeksi : Tampak cekung

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Tidak dikaji

Auskultasi : Tidak dikaji

G. Test diagnostic

A. Pemeriksaan laboratorium

No Lab : 21 02 51 24 selesai : 31-05-2021 08:44 Cetak : 31-05-2021 10:38

Nama : An.M.N No MR: 459578 Hal: 1 dari 1

Tanggal lahir : 15-04-2018

Departemen : Instalasi rawat darurat

Dokter : dr. Patresya Lantan

Tanggal : 31-05-2021 Ket klinis: OBS
kejang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Hematologi rutin + Diff			
Kadar hemoglobin	L. 10, 0	g/dl	11, 0- 14, 7
Hitung jumlah leukosit	L 34, 3	%	35, 2-46, 7
Hitung jumlah trombosit	H 24, 81	$10^3/\mu\text{l}$	3, 37-8, 38

Hitung jumlah eritrosit	H 699	$10^3/\mu\text{l}$	140-400
Hitung jenis leukosit	531	$10^3/\mu\text{l}$	3, 69-5, 46
Sel basofil	0, 6	%	0, 3-1, 4
Sel eusinofil	L 0, 3	%	0, 6-5, 4
Sel neutrofil	H 72, 1	%	39, 8-70, 5
Sel limfosit	L 18, 2	%	23, 1-49, 9
Sel monosit	0, 8	%	4, 3-10, 0
LR	H 3, 96	%	< 3, 13
Malaria (DDR)	Negatif		
KIMIA DARAH			
Darah sewaktu	H 177	Mg/dl	< = 140
KCL			
Natrium darah	L 122, 80	Meq/l	135-148
Kalium darah	L 3, 2	Meq/l	3, 50-5, 30
CL darah	102, 00	Meq/l	98-105
Calcium ion	L 1, 10	Meq/l	1, 15-1, 35
KROBIOLOGI			
Pemeriksaan covid - 19	Non reaktif		Non reaktif

➤ **Terapi pengobatan**

1. Injeksi Amikasin 150 mg
2. Injeksi Phenitoin 2x75 mg
3. Injeksi Fenobarbital 2x30 mg

4. Injeksi Paracetamol 3x150 mg

H. Klsifikasi data

Data Subjektif	Data Objektif
Orang tua dari anak tersebut mengatakan : - Demam kurang lebih 2 hari - Kejang kurang lebih 30 menit - Batuk pilek kurang lebih sudah 3 hari dan berlendir	Pasien tampak : - Keadaan umum : lemah - Kesadaran : Apatis - TTV : - Nadi : 92x/menit - Suhu : 37, 8 C - Respirasi : 24x/menit - SpO2 : 98% - Antropometri - TB : 84 Cm - BB: 9, 5 Cm - LILA : 14 Cm - Lingkar kepala : 48 Cm - Lingkar dada : 48, 5 Cm - Lingkar perut : 46 Cm

I. Analisa data

Nama : An. M.N

Ruang rawat : Ruang anak (HCU)

No	Data Klien	Etiologi	Problem
1	DS: Ibu pasien mengatakan anaknya demam DO : Klien tampak Demam TTV :	Virus, bakteri, jamur dan protozoa ↓ Masuk ke dalam tubuh ↓ Merangsang system pertahanan tubuh ↓	Hipertermi

	Nadi : 92x/menit Suhu : 37,8 C Respirasi : 24x/menit SpO2 : 98% Akral terasa hangat	Memulai reaksi antigen antibody↓ Terjadi inflamasi ↓ Merangsang mediator kimia ↓ Merangsang sel saraf ↓ Pelepasan Zat pirogen endogen↓ Instabil termoregulasi ↓ Hipertermi	
2	DS : Ibu mengatakan anaknya batuk pilek beserta dengan lendir DO : Pasien tampak Batuk berlendir Warna sputum putih Tampak lemah	Virus bakteri masuk jaringan otak secara lokal, hematogen dan melalui saraf-saraf ↓ Resiko infeksi ↓ Infeksi menyebar melalui sel saraf ↓ Peradangan di otak ↓ Peningkatan TIK ↓ Encephalitis ↓ Pembentukan transudat dan eksudat ↓	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

		Edema serebral ↓ Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak ↓ Penurunan kesadaran ↓ Penumpukan secret ↓ Ketidak efektifan bersihan jalan nafas	
3	DS :- DO : Pasien tampak Kesadaran apatis TTV : Nadi : 92x/menit Suhu : 36, 8 C Respirasi : 24x/menit SpO2 : 98%	Virus bakteri masuk jaringan otak secara local hematogen dan melalui saraf-saraf ↓ Resiko infeksi ↓ Infeksi menyebar melalui darah ↓ Infeksi menyebar melalui saraf ↓ Peradangan di otak ↓ Peningkatan TIK ↓ Encephalitis ↓ Pembentukan trnsudat dan eksudat ↓ Edema serebral	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

		↓ Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak	
--	--	---	--

J. Rencana Asuan Keperawatan

Nama : An. M.N

Umur : 3 Tahun

Diagnosa Medis : Encephalitis

No/Tgl	Dx Keperawatan Dan Data Penunjang	Tujuan	Intervensi	Rasional
1	Hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi DS : Ibu mengatakan anaknya demam DO : Pasien tampak Demam Akral teraba hangat TTV : Nadi : 98x/menit Suhu : 37,8 C Respirasi : 24x/menit SpO2 : 98%	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan : - Suhu tubuh dalam rentang normal - Nadi dan respirasi dalam rentang normal - Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing	1. Monitor suhu setiap 2 jam 2. Monitor nadi dan respirasi 3. Monitor penurunan tingkat kesadaran 4. Selimuti pasien 5. Kompres pasien dengan teknik (tepid sponge) 6. Berikan antipiretik	1. Untuk mengetahui perkembangan status suhu pasien 2. Untuk mengetahui perkembangan status nadi dan respirasi pasien 3. Untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien 4. Untuk mempertahankan

				kan suhu tubuh pasien 5. Untuk menurunkan suhu tubuh pasien 6. Untuk menurunkan suhu tubuh
2	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret DS : Ibu mengatakan anaknya batuk pilek dan berlendir DO : Pasien tampak Batuk berlendir Warna sputum putih Respirasi 24x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan : • Menunjukkan jalan nafas yang paten (frekuensi nafas dalam rentang normal tidak ada suara nafas abnormal)	1. Keluarkan secret dengan menggunakan teknik claping 2. Monitor O₂ pasien 3. Lakukan mika/miki setiap 2 jam 4. Berikan perawatan mulut	1. Untuk mengeluarkan dahak 2. Untuk mengetahui perkembangan O₂ pasien 3. Untuk tidak terjadi sesak serta tidak terjadi dekubitus karena tirah baring 4. Untuk menambah kenyamanan pasien
3	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan edema serebral yang mengubah atau	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan :	1. Batasi gerak pada kepala dan leher	1. Untuk mencegah terjadinya nyeri yang berlebihan

	menghentikan aliran darah arteri/vena DS : - DO : Pasien tampak Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Apatitis TTV : Nadi : 92x/menit Suhu : 37,8 C Respirasi : 24x/menit SpO2 : 98%	- Berkomunikasi dengan jelas sesuai kemampuan - Menunjukkan fungsi sensori motorik cranial yang utuh, tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan infolunter	2. Sering membangun pasien agar tetap mempertahankan kesadaran 3. Kolaborasi pemberian terapi analgetik atau antibiotik	2. Agar tetap mempertahankan kesadaran klien 3. Untuk mempercepat proses penyembuhan
--	---	--	--	---

K. Implementasi

Nama : An. M.N

Ruangan : Ruang anak (HCU)

No.Dx	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Selasa/01/06/2021	08:55	1. Monitor suhu tubuh setiap 2 jam Hasil : 37,8C 2. Monitor nadi dan respirasi Hasil : Nadi : 92x/menit Respirasi : 24x/menit 3. Monitor penurunan	Jam : 13:55 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih teraba hangat O: Pasien tampak Keadaan umum : lemah Akral teraba hangat

			tingkat kesadaran : Hasil : Kesadaran apatis 4. Selimuti pasien Hasil : Pasien sudah diselimuti dengan kain 5. Kompres pasien dengan teknik (tepid sponge) Hasil: Perawat melakukan kompres dengan teknik tepid sponge pada pasien 6. Memberikan antipiretik Hasil : Injeksi Paracetamol 3x150mg	Kesadaran : Apatis TTV : Nadi : 92x/menit SB : 37,4C Respirasi : 24x/menit SpO2 : 98% A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, 5 dan 6
2	Selasa/01/06/2021	09:20	1. Melakukan mika/miki setiap 2 jam Hasil : Setiap 2 jam pasien dimiringkan 2. Memberikan perawatan mulut Hasil : Mulut pasien di bersikan	Jam : 13 :55 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir O : Pasien tampak Keadaan umum : lemah

			menggunakan kassa	Kesadaran : Apatis Masih tampak batuk berlendir A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1 dan 2
3	Selasa/01/06/2021	09:27	1. Membatasi gerakan pada kepala dan leher Hasil : Perawat telah melakukan pembatasan gerak pada kepala dan leher menggunakan bantal serta anjurkan orang tua untuk tidak menggerakkan kepala dan leher anaknya 1. Membangunkan pasien agar tetap mempertahankan kesadaran. Hasil : Setiap 4 jam perawat	Jam : 13:37 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih belum sadar sepenuhnya setelah sakit O : Pasien tampak Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Apatis Tangan kanan dan kiri ada sensasi TTV : Nadi : 92x/menit

			menepuk pasien dan ajak berbiacra 2. Mengkolaborasi pemberian terapi antibiotik dan analgetik Hasil : Injeksi Amikasin 150mg (Jam :08.00) Injeksi Phenitoin 2x75mg (Jam : 08.00) Injeksi Fenobarbital 2x30 mg (Jam: 08.00)	Respirasi : 25x/menit A : Masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1, 2, dan 3
--	--	--	---	--

L. Catatan Perkembangan

A. Catatan Perkembangan Hari ke 1, 2, dan 3 Hipertermi

No. Hari	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu/02/06/2021	08.00	1. Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam Hasil : 37, 8C	Jam : 13:25 S :	
		08.03	2. Memonitor nadi dan respirasi Hasil : Nadi : 93x/menit Respirasi : 24x/menit	Ibu pasien mengatakan anaknya masih teraba hangat O : Klien tampak	
		08.04	3. Memonitor penurunan tingkat kesadaran	- Akral teraba hangat - TTV	

		08.05	Hasil : Kesadaran apatis 4. Selimuti pasien Hasil : Pasien di selimuti dengan kain	Nadi : 93x/menit Suhu tubuh : 37,6C Rspirasi : 24x/menit SPO2 : 98 %	
		08.07	5. Mengkompres Pasien Hasil : Perawat mengkompres pasien dengan teknik tepid sponge	A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1, 2, 3, 4, dan 5	
2	Kamis/03/06/2021	08.00	1. Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam Hasil : 37,9C	Jam : 13:55 S :	
		08.03	2. Memonitor nadi dan respirasi Hasil : Nadi : 96x/menit Respirasi : 24x/menit	Ibu pasien megatakan anaknya sudah tidak demam O : Klien tampak - Akral teraba hangat - TTV :	
		08.04	3. Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil : Kesadaran apatis	Nadi : 93x/menit Suhu tubuh : 37,5C Respirasi : 24x/menit SPO2 : 98%	
		08.05	4. Selimuti pasien Hasil : Pasien di selimuti dengan kain	A : Masalah hipertermi teratasi	
		08.07	5. Mengkompres Pasien	P : Intervensi dihentikan tetapi jika pasien demam	

			Hasil : Perawat mengkompres pasien dengan teknik tepid sponge	kembali tetap di lanjutkan.	
3	Jumat/04/06/2021	08.00	1. Memonitor suhu tubuh setiap 2 jam Hasil : 38, 0C	Jam : 14:05 S :	
		08.03	2. Memonitor nadi dan respirasi Hasil :	Ibu pasien mengatakan anaknya kembali demam O :	
		08.04	3. Memonitor penurunan tingkat kesadaran Hasil : Kesadaran Composmentis	Pasien tampak - Akral teraba hangat - Kesadaran : Compsmentis - TTV Nadi : 96x/menit Suhu tubuh : 37.4C	
		08.05	4. Selimuti pasien Hasil : Pasien di selimuti dengan kain	Respirasi : 23x/menit	
		08.07	5. Mengkompres Pasien Hasil : Perawat mengkompres pasien dengan teknik tepid sponge	A : Masalah hipertermi teratasi P : Intervensi di hentikan, jika pasien kembali demam tetap pertahankan intervensi	

B. Catatan Perkembangan Hari Ke 1, 2, Dan 3 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

No.	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu/02/06/2021	08.20 08.25	1. Melakukan mika/miki setiap 2 jam Hasil : Setiap 2 jam pasien di miringkan agar tidak terjadi sumbatan pada jalan nafas 2. Melakukan perawatan mulut Hasil : Mulut pasien di bersikan menggunakan kassa steril dan air hangat	Jam : 13:25 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir O : - Pasien tampak lemah - Kesadaran apatis - Tampak batuk berlendir - Mulut tampak bersih A : Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi P : Intervensi 1 dan 2 dilanjutkan	
2	Kamis/03/06/2021	08.20 08.25	1. Melakukan mika/miki setiap 2 jam Hasil : Setiap 2 jam pasien di miringkan agar tidak terjadi sumbatan pada jalan nafa 2. Melakukan perawatan mulut Hasil : Mulut pasien di bersikan	Jam : 13:55 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih batuk berlendir O : - Pasien tampak lemah - Kesadaran apatis - Tampak batuk berlendir	

No.	Hari/Tgl	Jam	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	Rabu/02/06/2021	08.30	1. Membatasi gerakan pada kepala dan leher Hasil : Perawat telah melakukan pembatasan gerak pada kepala dan leher menggunakan bantal serta anjurkan orang tua untuk tidak menggerakan kepala dan leher anaknya	Jam : 13:25 S : Ibu pasien mengatakan anaknya masih belum sadar sepenuhnya sebelum saat sakit O : Pasien tampak Keadaan umum : Lemah Kesadaran : apatis TTV : Nadi : 93x/menit Suhu tubuh : 37, 6C Respirasi : 24x/menit SPO2 : 98 %	
		08.40	2. Membangunkan pasien agar tetap mempertahankan kesadaran Hasil : Setiap 4 jam dilakukan	A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
		08.45	3. Mengkolaborasi pemberian terapi analgetik atau antibiotic Hasil : Injeksi Amikasin 150mg Injeksi Phenitoin 2x75mg Injeksi Fenobarbital 2x30 mg	1, 2, dan 3	
2	Kamis/03/06/2021	08.30	1. Membatasi gerakan pada kepala dan leher	Jam : 13:55 S :	

		08.40	Hasil : Perawat telah melakukan pembatasan gerak pada kepala dan leher menggunakan bantal serta anjurkan orang tua untuk tidak menggerakkan kepala dan leher anaknya 2. Membangunkan pasien agar tetap mempertahankan kesadaran Hasil : Setiap 4 jam dilakukan 3. Mengkolaborasi pemberian terapi analgetik atau antibiotic Hasil : Injeksi Amikasin 150 mg Injeksi Phenitoin 2x75mg Injeksi Fenobarbital 2x30 mg	Ibu pasien mengatakan anaknya masih belum sadar sepenuhnya sebelum saat sakit O : Pasien tampak Keadaan umum : Lemah Kesadaran : apatis TTV : Nadi : 93x/menit Suhu tubuh : 37, 5C Respirasi : 24x/menit SPO2 : 98 % A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 2, dan 3	
3	Jumat/04/06/2021	08.30 08.40	1. Membangunkan pasien agar tetap mempertahankan kesadaran Hasil : Setiap 4 jam dilakukan 2. Mengkolaborasi pemberian terapi analgetik atau antibiotic Hasil : Injeksi Amikasin 150mg Injeksi Phenitoin 2x75mg	Jam : 14:05 S : Ibu pasien mengatakan saat di panggil anaknya sudah bisa berespon hanya saja masih lemas O : Pasien tampak Kesadaran : Composmentis TTV Nadi : 96x/menit Suhu tubuh : 37, 4C Respirasi : 23x/menit SPO2 :98 %	

			Injeksi Fenobarbital 2x30 mg	A : Masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi sepenuhnya P : Pertahankan intervensi	
--	--	--	---------------------------------	---	--

BAB IV

ANALISIS SITUASI MASALAH

A. Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan

Asuhan keperawatan pada klien An.M.N dengan encephalitis dilakukan sejak tanggal 2 juni 2021-5 Juni 2021. Pengkajian dilakukan di rungan kanak-kanak RSUD Jayapura pada tanggal 2 juni 2021. Dari An.M.N tersebut didapat keluhan utama yaitu demam dan juga didapatkan data objektif pasien tampak lemah, dan demam dengan suhu tubuh 37.8 C. Diagnosa keperawatan yang ada pada kasus kelolaan pada pasien dengan Encephalitis adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi.
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret .
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan edema serebral yang mengubah atau menghentikan aliran darah arteri/vena.

Seluruh tanda dan gejala yang muncul pada penderita encephalitis adalah demam. Demam terjadi karena adanya suatu zat yang dikenal dengan nama pirogen. Pirogen adalah zat yang dapat menyebabkan demam. Pirogen terbagi dua yaitu pirogen eksogen adalah pirogen yang berasal dari luar tubuh pasien. Jenis lain dari pirogen adalah pirogen endogen yang merupakan pirogen yang berasal dari dalam tubuh pasien. Proses terjadinya demam dimulai dari stimulasi sel-sel darah putih (monosit, limfosit, dan neutrofil) oleh pirogen eksogen baik berupa toksin, mediator inflamasi, atau reaksi imun. Sel-sel darah putih tersebut akan mengeluarkan zat kimia yang dikenal dengan pirogen endogen. Pirogen eksogen dan pirogen endogen akan merangsang endotelium hipotalamus untuk membentuk prostaglandin. Prostaglandin yang terbentuk kemudian akan meningkatkan patokan termostat di pusat termoregulasi hipotalamus. Sehingga akan terjadi peningkatan produksi panas dan penurunan pengeluaran panas yang pada akhirnya akan menyebabkan suhu tubuh akan naik.

Teknik tepid sponge merupakan teknik/ kombinasi blok dengan seka, teknik ini menggunakan kompres blok tidak hanya disatu tempat saja melainkan langsung di beberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar, dan juga ada perlakuan tambahan di mana memberikan seka di beberapa area tubuh sehingga teknik ini semakin komplek. Namun dengan kompres blok langsung di berbagai tempat ini akan memfasilitasi penyimpanan sinyal ke hipotalamus dengan lebih cepat. Adapun pada kasus kelolaan yang dilakukan oleh peneliti didapatkan masalah yang lain seperti ketidakefektifan bersihan jalan nafas dan ketidakefektifan perfusi jaringan otak namun pada masalah tersebut untuk masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak terlalu berat sehingga bisa di atasi dengan cara miring kiri dan miring kanan, dan juga pada masalah berikut yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan otak lebih tertuju pada tindakan kolaborasi pemberian analgesik maupun antibiotik untuk proses penyembuhan sehingga peneliti mau mengangkat cara mengatasi masalah hipertermi dengan teknik tepid sponge sebagai metode kompres hangat yang memberikan efek penurunan

suhu yang konstan dan berlangsung lama sangat cocok untuk anak yang sedang mengalami kejang demam dan juga bisa memberikan rasa hangat serta rasa nyaman kepada anak.

B. Analisa Salah Satu Intervensi Dengan Konsep dan Peneliti Terkait

Setelah dilakukan implementasi pada An.M.N selama 3 hari mulai dari hari Senin 2 juni 2021-5 juni 2021 dengan hipertermi dan intervensi yang dilakukan yaitu teknik tepid sponge untuk menurunkan demam pada anak setelah dilakukan intervensi selama 3 hari didapatkan demam pada An.M.N berkurang dengan signifikan . Jadi dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh teknik tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak. Hal ini dibuktikan dan diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh *Departemen of Child Health nursing of India*, Bantonisamy et all. Dalam (Hamid, 2011) dengan risetnya yang berjudul *Comparative Effectiveness of tepid sponging and antyoioretic drugs only Antypyretic drug in the management of fever among children* membuktikan bahwa anak dengan perlakuan tepid sponge dan antipiretik mengalami penurunan suhu tubuh yang lebih cepat di bandingkan dengan anak yang hanya diberi antipiretik saja. Selanjutnya dibuktikan juga dari penelitian (Labir & Ribek, 2017), didapatkan hasil adanya pengaruh pemberian tepid sponge terhadap penurunan suhu tubuh pada anak demam usia toddler (1-3 Tahun) yaitu dengan perbedaan yang signifikan antara sebelum 38.3 C dan sesudah 37.6 C. Banyak cara bisa dilakukan untuk menurunkan demam pada anak, salah satunya dengan teknik tepid sponge. Tepid sponge merupakan kombinasi teknik blok dengan seka. Teknik ini menggunakan kompres blok tidak hanya disuatu tempat saja, melainkan langsung dibeberapa tempat yang memiliki pembuluh darah besar.

Selain itu masih ada perlakuan tambahan yaitu dengan memberikan seka dibeberapa area tubuh sehingga perlakuan yang diterapkan terhadap pasien pada teknik ini akan semakin kompleks dan rumit disbanding dengan teknik yang lain. Namun dengan kompres blok langsung diberbagai tempat ini akan memfasilitasi penyampaian sinyal ke hipotalamus dengan lebih

gencar. Selain itu pemberian seka akan mempercepat pelebaran pembuluh darah perifer akan memfasilitasi perpindahan panas dari tubuh ke lingkungan sekitar yang akan semakin mempercepat penurunan suhu tubuh (Labir & Ribek, 2017). Proses teknik tepid sponge ini membuktikan bahwa sangat efektif untuk menurunkan demam pada anak sehingga mencegah untuk terjadinya kejang dan juga membantu mengurangi rasa nyeri lokal, memberikan kenyamanan, memberikan rasa hangat dan melancarkan aliran darah. Untuk itu melakukan teknik tepid sponge pada anak sangatlah efektif dan efisien dan tidak terlalu banyak mengeluarkan biaya serta mampu memahami fase cara kerja dari teknik tepid sponge serta dengan tujuannya yaitu untuk menurunkan demam dan berikan rasa nyaman pada anak.

Teknik tepid sponge dapat diterapkan oleh perawat di RSUD Jayapura. Maka itu saya merekomendasikan penerapan tepid sponge dalam kasus kelolaan saya pada anak dengan encephalitis.

C. Alternatif Pemecahan Masalah

Dari implementasi yang dilakukan selama 3 hari penulis tidak mendapatkan kendala apapun saat melakukan intervensi. Hal ini dikarenakan alat dan bahan yang dibutuhkan sudah di siapkan oleh ruangan rawat inap anak dan juga tidak membutuhkan peralatan khusus yang digunakan saat melakukan intervensi. Intervensi ini juga sangat mudah dilakukan oleh perawat dan ibu pasien. Cukup ajarkan cara kompres dengan teknik tepid sponge dengan benar.

Dampak yang akan ditimbulkan hipertermi, dapat berupa penguapan cairan tubuh berlebihan sehingga terjadi kekurangan cairan dan bisa mengalami kejang. Untuk itu sangat penting untuk mengatasi hipertemia melalui peran mandiri maupun kolaborasi. Untuk peran mandiri dalam mengatasi hipertemia dengan melakukan kompres (Keliobas, Supratman, & Dian Nur, 2016)

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Pada analisa praktik klinik keperawatan pada ketiga kasus pasien encephalitis di ruang anak (HCU) RSUD Jayapura yang dilakukan oleh penulis didapatkan data subjektif dan objektif yang mengarah pada masalah keperawatan yaitu hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan secret, dan Ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan edema serebral yang mengubah atau menghentikan aliran darah arteri/vena. Dari ketiga masalah keperawatan yang ditemukan, dalam satu kasus diatas memiliki prioritas masalah hipertermi. Berdasarkan hasil analisis terhadap kasus pasien yang mengalami hipertermi terjadi penurunan suhu tubuh yang sangat signifikan dengan teknik tepid sponge. Teknik ini sangat baik untuk menurunkan demam pada anak dan juga teknik ini dapat bermanfaat untuk menurunkan kejang dan demam.

B. Saran

a. Bagi Intitusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada pasien dengan encephalitis secara komprehensif. Semoga karya tulis yang penulis susun dapat dimanfaatkan secara maksimal, sehingga dapat membantu proses pembelajaran, Selain itu, diperlukan lebih banyak referensi.

b. Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan pasien yang diajukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang optimal. Dan adapun untuk pasien yang telah mengalami kasus encephalitis dan terjadi hipertermi dengan risiko kejang maka tindakan mandiri yang dilakukan adalah tepid sponge.

c. Bagi Perawat

Pertolongan pertama yang dapat kita lakukan pada penderita encephalitis dengan hipertermi yaitu dengan cara lakukan teknik tepid sponge agar anak tidak terjadi kejang. Adapun perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan yang maksimal kepada pasien encephalitis.

d. Bagi penulis

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai Pasien dengan encephalitis karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang lebih luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai hipertermi, dan faktor – faktor pencetusnya dan bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

Daftar Pustaka

- Aden, R. (2010). *Seputar Penyakit Dan Gangguan Lain Pada Anak*. Yogyakarta: Siklus Hanggar Kreator.
- Anania, et all. 2012. *Nursing: memahami berbagai macam penyakit*. Jakarta: indeks.
- Anirohnuriani. (2018). *LP Hipertermi*.
- Apriliawati, A. (2011). *Pengaruh biblioterapi terhadap tingkat kecemasan anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di Rumah Sakit Islam Jakarta*.
- Dewi, N. M. U. K., & Farmani, P. I. (2021). *Pemetaan Digital Capaian Imunisasi Japanese Encephalitis Menggunakan Sistem Informasi Geografis Di Provinsi Bali. Window of Health: Jurnal Kesehatan*, 43-56.
- Fajarwaty, N. (2020). *Laporan pendahuluan kebutuhan keseimbangan suhu tubuh*.
- Hamid, M. A. (2011). *Keefektifan Kompres Tepid Sponge Yang Ilakukan Ibu Dalam Menurunkan Demam Padaanak: Randomized Control Trial Di Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember*. UNS (Sebelas Maret University).
- Haryani, S., Adimayanti, E., & Astuti, A. P. (2018). *Pengaruh Tepid Sponge terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Anak Pra Sekolah yang Mengalami Demam di RSUD Ungaran. Jurnal Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 7(1), 44-53.
- Keliobas, A. A., Supratman, S., & Dian Nur, W. (2016). *Perbandingan Keefektifan Kompres Tepid Sponge dan Kompres Air Hangat Terhadap Penurunan*

Suhu Tubuh Pada Anak Demam Tifoid Dengan Hipertermi Di RSUD Sukoharjo. Universitas Muhammadiyah Surakarta.

- Kristianingsih, A., & Sagita, Y. D. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan Ibu Tentang Demam dengan Penanganan Demam pada Bayi 0-12 Bulan di Desa Datarajan Wilayah Kerja Puskesmas Ngariip Kabupaten Tanggamus Tahun 2018. *Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram*, 4(1), 26-31.
- Kurnia, V. (2019). Laporan Pendahuluan Hipertermi.
- Labir, K., & Ribek, I. N. (2017). Suhu Tubuh Pada Pasien Demam dengan Menggunakan Metode Tepid Sponge. *Jurnal Gema Keperawatan*, 10(2), 130-137.
- Lestiawati, E., Listyana Natalia, R., & Dewi, I. A. P. P. (2019). *Pengaruh Biblioterapi Terhadap Stres Hospitalisasi Pada Anak Usia Sekolah Di Rsud Panembahan Senopati Bantul*. Paper presented at the Prosiding Seminar Nasional Multidisiplin Ilmu.
- Lubis, I., & Wuryadi, S. (1983). *Penyakit Japanese encephalitis (JE) pada anak-anak di dua rumah sakit di Jakarta dalam tahun 1981*: National Institute of Health Research and Development, Indonesian Ministry
- Masruroh, R., Hartini, S., & Astuti, R. (2016). Efektivitas Pemberian Kompres Hangat Di Axilla Dan Di Femoral Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Demam Usia Prasekolah Di Rsud Ambarawa. *Karya Ilmiah*.
- Neoni, N. K. R. (2021). *GAMBARAN TINGKAT SUHU TUBUH PADA BAYI BARU LAHIR NORMAL DI RSUD KARANGASEM TAHUN 2021*. Poltekkes Kemenkes Denpasar.
- Pratama, M. R., & Wiwin, N. W. (2018). Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada An. F yang Mengalami Encephalitis Dengan Intervensi Inovasi Kompres Bawang Merah untuk Menurunkan Demam pada Anak di Ruang Picu Rsud AW Sjhranie Samarinda Tahun 2018.
- SISKA DAMAYANTI, S. D. (2020). *Penerapan Kompres Bawang Merah Pada Anak Dengan Febris Di Puskesmas Muara Bungo 1*. UNIVERSITAS PERINTIS INDONESIA.
- Sukmandari, N. M. A. (2019). PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG JAPANESE ENCEPHALITIS BERPENGARUH PADA TINGKAT PENGETAHUAN SISWA SEKOLAH DASAR DI CANGGU, BALI. *JURNAL MEDIKA USADA*, 2(2), 47-53.

