**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. T DENGAN**

**DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DAN DIARE**

**DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN**

**SURABAYA**

****

**Disusun Oleh :**

**Octafiansyah Alwan Kusuma Wardana**

**NIM 1930067**

**PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

# **ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. T DENGAN**

**DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DAN DIARE**

**DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN**

**SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat**

**Untuk memperoleh gelar Ners**

****

**Disusun Oleh :**

**Octafiansyah Alwan Kusuma Wardana**

**NIM 1930067**

**PROGRAM STUDI PROFESI KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2020**

# **HALAMAN PERNYATAAN**

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenar-benarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang ber berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 15 Juli 2020

Penulis

 **Octafiansyah A. K. W.**

 **NIM 1930067**

# **HALAMAN PERSETUJUAN**

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : **Octafiansyah A. K. W, S.Kep.**

NIM : **1930067**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul :**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DAN DIARE DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

Serta perbaikan – perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar:

**NERS (Ns)**

**Surabaya, 23 Juli 2020**

|  |
| --- |
| **Pembimbing** |
| **Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes****NIP.03003** |

|  |
| --- |
| **Mengetahui,****STIKES Hang Tuah Surabaya****Ka Prodi Pendidikan Profesi Ners** |
| **Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB.****NIP.03020** |

# **HALAMAN PENGESAHAN**

Proposal dari

Nama : **Octafiansyah A. K. W, S.Kep.**

NIM : **1930067**

Program Studi : **Pendidikan Profesi Ners**

Judul :**ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. T DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DAN DIARE DI RUANG D2 RSPAL DR. RAMELAN SURABAYA**

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji proposal di STIKES Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “Ners” pada Prodi Profesi Ners Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : **Qori’ Ila Saidah, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An**

**NIP. 03026**

Penguji II : **Diyah Arini, S.Kep.,Ns.,M.Kes**

**NIP. 03003**

 **Mengetahui,**

**KA PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**STIKES HANG TUAH SURABAYA**

**Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.KMB**

**NIP. 03020**

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya.

Tanggal :

# **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Pendidikan Profesi Ners.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran Karya Ilmiah Akhir ini bukan hanya karena kemampuan penulis saja, tetapi banyak bantuan dari berbagai pihak yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesaikannya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

1. Ibu Wiwiek Lestyaningrum, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
2. Puket 1, Puket 2, Puket 3 STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan profesi ners di STIKES Hang Tuah Surabaya.
3. Bapak Ns. Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.MB., selaku Kepala Program Studi Pendidikan Profesi Ners yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
4. Ibu Diyah Arini,S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku Pembimbing yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan dan masukan dalam penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.
5. Ibu Qori’lla Saidah, M.Kep., Ns.Sp.Kep.An selaku penguji yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Profesi Ners serta terima kasih atas segala arahan dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhir ini.
6. Seluruh staf dan karyawan STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan bantuan dalam kelancaran proses belajar di perkuliahan.
7. Teman-teman se-almamater profesi ners A10 di STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu bersama-sama dan menemani dalam pembuatan Karya Ilmiah Akhirini.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Karya Ilmiah Akhir ini.

Selanjutnya penulis menyadari bahwa Karya Ilmiah Akhir ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan.Maka saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya

Surabaya, 15 Juli 2020

 **Octafiansyah A. K. W.**

 **NIM 1930067**

DAFTAR ISI

[COVER 2](#_Toc46375235)

[SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN 3](#_Toc46375236)

[HALAMAN PERSETUJUAN 4](#_Toc46375237)

[HALAMAN PENGESAHAN 5](#_Toc46375238)

[KATA PENGANTAR 6](#_Toc46375239)

[BAB 1 10](#_Toc46375240)

[PENDAHULUAN 10](#_Toc46375241)

[1.1 Latar Belakang 10](#_Toc46375242)

[1.2 Rumusan Masalah 12](#_Toc46375243)

[1.3 Tujuan 12](#_Toc46375244)

[1.3.1 Tujuan Umum 12](#_Toc46375245)

[1.3.2 Tujuan Khusus 12](#_Toc46375246)

[1.4 Manfaat 12](#_Toc46375247)

[BAB 2 13](#_Toc46375248)

[TINJAUAN PUSTAKA 13](#_Toc46375249)

[2.1 Konsep Teori Penyakit Kejang Demam 13](#_Toc46375250)

[2.1.1 Definisi Kejang Demam 13](#_Toc46375251)

[2.1.2 Klasifikasi Kejang Demam 13](#_Toc46375252)

[2.1.3 Etiologi Kejang Demam 14](#_Toc46375253)

[2.1.4 Patofisiologi / WOC Kejang Demam 14](#_Toc46375254)

[2.1.5 WOC Kejang Demam 17](#_Toc46375255)

[2.1.6 Manifstasi Klinis Kejang Demam 18](#_Toc46375256)

[2.1.7 Pemeriksaan Penunjang 18](#_Toc46375257)

[2.1.8 Penatalaksanaan 19](#_Toc46375258)

[2.1.9 Komplikasi 20](#_Toc46375259)

[2.2 Konsep Teori Asuhan Keperawatan 21](#_Toc46375260)

[BAB 3 28](#_Toc46375261)

[TINJAUAN KASUS 28](#_Toc46375262)

[3.1 Pengkajian 28](#_Toc46375263)

[3.1.1 Indentitas 28](#_Toc46375264)

[3.1.2 Keluhan Utama 28](#_Toc46375265)

[3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 28](#_Toc46375266)

[3.1.4 Riwayat Masa Lampau 28](#_Toc46375267)

[3.1.5 Riwayat Persalinan 29](#_Toc46375268)

[3.1.6 Pengkajian Keluarga 29](#_Toc46375269)

[3.1.7 Riwayat Sosial 29](#_Toc46375270)

[3.1.8 Kebutuhan Dasar 29](#_Toc46375271)

[3.1.10 Pemeriksaan Fisik 31](#_Toc46375272)

[3.1.11 Tingkat Perkembangan 32](#_Toc46375273)

[3.1.12 Pemeriksaan Penunjang Laboratorium 33](#_Toc46375274)

[3.2 Intervensi Keperawatan 35](#_Toc46375275)

[3.3 Implementasi dan Evaluasi 38](#_Toc46375276)

[BAB 4 45](#_Toc46375277)

[PEMBAHASAN 45](#_Toc46375278)

[4.1 Pengkajian 45](#_Toc46375279)

[4.1.1 Identitas 45](#_Toc46375280)

[4.1.2 Keluhan Utama 45](#_Toc46375281)

[4.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang 46](#_Toc46375282)

[4.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu 46](#_Toc46375283)

[4.1.5 Kebutuhan Dasar 47](#_Toc46375284)

[4.1.6 Pemeriksaan Fisik 47](#_Toc46375285)

[4.1.7 Tingkat Perkembangan 48](#_Toc46375286)

[4.1.8 Pemeriksaan Penunjang 48](#_Toc46375287)

[4.2 Diagnosa Keperawatan 48](#_Toc46375288)

[4.3 Intervensi Keperawatan 49](#_Toc46375289)

[4.4 Implementasi Keperawatan 51](#_Toc46375290)

[4.5 Evaluasi Keperawatan 52](#_Toc46375291)

[BAB 5 54](#_Toc46375292)

[5.1. Simpulan 54](#_Toc46375293)

[5.2. Saran 55](#_Toc46375294)

[LAMPIRAN 1 56](#_Toc46375295)

[LAMPIRAN 2 57](#_Toc46375296)

# **DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Klasifikasi diare menurut lama waktu dan frekuensi………………..26

Tabel 2.2 Klasifikasi diare menurut tingkat dehidrasi………………………….27

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan penunjang An. T dengan diagnose Kejang demam dan diare di ruang D2 pada tanggal 25-02-2019……………………………….45

# **DAFTAR SINGKATAN**

ASI : Air Susu Ibu

BAB : Buang Air Besar

BB : Berat Badan

BAK : Buang Air Kecil

EEG : Electroencephalography

Hb : Hemoglobin

Ht : Hematokrit

IV : Intravena

MRS : Masuk Rumah Sakit

NANDA : North America Nursing Diagnosis Association

RSAB : Rumah Sakit Anak dan Bunda

RSPAL : Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut

RSU : Rumah Sakit Umum

RSUP : Rumah Sakit Umum Pusat

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

SMRS : Sebelum Masuk Rumah Sakit

SSP : Sistem Saraf Pusat

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang sering terjadi pada anak, 1 dari 25 anak akan mengalami satu kali kejang demam. Hal ini dikarenakan anak yang masih berusia dibawah 5 tahun sangat rentan terhadap penyakit disebabkan sistem kekebalan tubuh belum terbangun secara sempurna (Harjaningrum, 2011).

 Angka kejadian kejang demam bervariasi diberbagai negara.Daerah Eropa Barat danAmerika tercatat 2-4% angka kejadian Kejang demamper tahunnya. Sedangkan di India sebesar 5-10% dandi Jepang 8,8%.4 Hampir 80% kasus adalah kejangdemam sederhana (kejang 15 menit, fokal atau kejangumum didahului kejang parsial, berulang atau lebih darisatu kali dalam 24 jam). Di Indonesia belum ada data mengenai insiden kejang demam. Beberapa rumah sakit telah melaporkan jumlah temuan kasus kejang demam, seperti di Rumah Sakit Umum (RSU) Bangli dari Januari-Desember 2007 sebanyak 47 kasus kejang demam, Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Kariadi Semarang pada Januari 2008-Maret 2009 mendapatkan 82 kasus, dan di Rumah Sakit Anak dan Bunda (RSAB) Harapan Kita Jakarta dari tahun 2008-2010 sebanyak 86 kasus(Hardika & Mahalini, 2019). Dari semua kasus kejang demam, sekitar 80% merupakan kejang demam sederhana dan 20% kejang demam kompleks (Wulandari, Anugroho, 2012).

 Kejang demam adalah bangkitan dari demam yang tinggi. Demam dapat dikarenakan pelepasan pirogen dari bakteri yang meningkatkan sintetis prostaglandin mengatur nilai ambang suhu ke suhu lebih tinggi. Pada umumnya, invasi bakteri tidak hanya menyebabkan demam tetapi juga diare jika bakteri menyerang usus. Gejala umum yang sering terjadi jika anak menderita diare, yaitu muntah, nafsu makan berkurang, anak gelisah, dan yang paling berbahaya jika terjadi dehidrasi berat. Dehidrasi dapat terjadi pada penderita diare karena usus bekerja tidak sempurna sehingga sebagian besar air dan zat-zat yang terlarut di dalamnya dibuang bersama tinja sampai akhirnya kekurangan cairan (Hasan, 2007).

 Kejang dan diare sendiri jika tidak ditanganni dengan cepat dan tepat dapat menyebabkan masalah yang serius, seperti cedera yang melukai anak akibat menahan anak saat terjadinya kejang dengan kasar dan bahkan kematian akibat tidak tertanganinya dehidrasi pada anak akibat diare. Hal ini dapat mengganggu kehidupan keluarga dan kehidupan sosial orang tua khususnya ibu, karena akan menyebabkan stress dan rasa cemas yang luar biasa. Ibu panik ketika anak demam dan diare lalu melakukan kesalahan dalam mengatasi demam dan komplikasinya. Kesalahan yang dilakukan ibu salah satunya disebabkan karena kurang pengetahuan dalam penanganan pada masa akut. Memberikan informasi kepada ibu tentang kejang dan diare pada anak merupakan hal yang penting untuk menghilangkan stress dan cemas mereka (Hazaveh, 2011).

 Untuk mengatasi masalah tersebut, maka dibutuhkan perawatan yang cepat dan tepat.Sebagai seorang perawat penulis juga memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif melalui 4 upaya kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya promotif dapat diberian dengan cara mempertahankan daya tahan tubuh anak agar tidak mudah terkenainfeksi, dengan meningkatkan pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan seimbang dan menyiapkan kondisi lingkungan yang sehat.

 Upaya preventif pada kejang demam dan diare, perawat mencegah untuk terjadinya demam berlanjut menjadi kejang dengan menginformasikan kepada ibu memberikan pendidikan kesehatan tentang upaya pencegahan penyakit kejang demam.Upaya kuratif, dilakukan dengan 2 metode yaitu tindakan mandiri dan tindakan kolaboratif. Tindakan mandiri dengan melakukan pemberian cairan, kompres, mencegah resiko cedera, resiko aspirasi, menganjurkan keluarga untuk menyediakan obat antikonvulsan.Serta tindakan kolaboratif dengan memberikan obat antipiretik, antikonvulsan dan antidiare. Serta upaya rehabilitatif perawat berperan memulihkan kondisi anak dengan menghilangkan gejala sisa kejang dan mengontrol rehidrasi anak.

 Berdasarkan masalh diatas penulis tertarik untuk membahas bagaimana “Asuhan Keperawatan Anak Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam dan Diare pada An. T di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”.

1. **Rumusan Masalah**

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan pengkajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan kejang demam dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana asuhan keperawatan kejang demam dengan diare pada An. T di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya”

1. **Tujuan Penelitian**
2. **Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An. T dengan dengan diagnosa medis kejang demam dan diare pada An. T di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

1. **Tujuan Khusus**
2. Mengkaji pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
3. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
4. Merencanakan asuhan keperawatan pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
5. Melaksanakan asuhan keperawatan pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
6. Mengevaluasi pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
7. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya
8. **Manfaat Penelitian**
	* 1. **Manfaat Teoritis**

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

* + 1. **Manfaat Praktis**
1. Bagi Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan dirumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam dan Diare

1. Bagi Penulis

Hasil penulisan ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi penulisan berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam dan Diare

1. Bagi Profesi Kesehatan

Hasil Karya Ilmiah Akhir ini dapat sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien asuhan keperawatan pada An. T dengan Diagnose Medis Kejang Demam dan Diare di Poli Anak RSPAL Rumkital Dr. Ramelan Surabaya

1. **Metode Penulisan**
	* 1. Metode

Metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan asuhan keperawatan dengan diagnosa keperawatan pada pasien An. T meliputi studi kepustakaan, yang mempelajari tentang cara mengumpulkan data, membahasa data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

* + 1. Tenik Pengumpulan Data
1. Wawancara

Data diambil/ diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

1. Observasi

Data yang diambil melalui percakapan dengan orang tua pasien maupun pasien dengan memantau kondisi pasien

1. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya

* + 1. Sumber Data
1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

1. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orang terdekat dengan pasien catatan medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1. Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas

1. **Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu :

* + 1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.
		2. Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing – masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :
1. BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.
2. BAB 2 : Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien kejang demam dan diare
3. BAB 3 : Tinjauan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
4. BAB 4 : Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analis.
5. BAB 5 : Penutup: Simpulan dan saran.
	* 1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Kejang Demam**
2. **Definisi Kejang Demam**

Kejang demam didefinisikan sebagai kejang pada anak usia lebih dari 1 bulan, berhubungan dengan kenaikan suhu tubuh lebih dari 38oC yang tidak disebabkan oleh infeksi sistem saraf pusat (SSP), tanpa adanya riwayat kejang neonatal atau kejang tanpa sebab sebelumnya, dan tidak memenuhi kriteria kejang simptomatik lainnya(Hardika & Mahalini, 2019). Kejang demam merupakan jenis kejang yang paling banyak terjadi pada anak, mengenai 2-5% anak berusia 6 bulan sampai 5 tahun dengan puncak onset antara usia 18-22 bulan.

Kejang demam merupakan kedaruratan medis yang memerlukan pertolongan pertama segera, pertolongan yang tepat untuk menghindari kecacatan yang lebih parah, yang diakibatkan bangkitan kejang yang sering. Sehingga pertolongan pertama untuk menangani korban segera dilakukan untuk mencegah cidera dan komplikasi yang serius pada anak (Labir, Sulisnadewi, & Mamuaya, 2018).

Kejang demam adalah kejang yang terkaitdengan gejala demam dan usia, serta tidakdidapatkan infeksi intrakranial ataupunkelainan lain di otak(Fuadi, Bahtera, & Wijayahadi, 2016).

Bedasarkan dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun yang mengalami kenaikan suhu tubuh dari 38°C tanpa adanya infeksi susunan saraf pusat atau gangguan elektrolit akut dan membutuhkan penanganan segera.

1. **Klasifikasi Kejang Demam**

Adapun klasifikasi kejang demam dibagi menjadi 2 antara lain sebagai berikut (Arifuddin, 2016):

1. Kejang demam sederhana

 Kejang demam yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit dan umum nya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk tonik dan klonik tanpa gerakan fokal.Kejang ini tidak berulang dalam waktu 24 jam.

1. Kejang demam kompleks

 Kejang lama lebih dari 15 menit, kejang fokal atau umum yang didahului kejang parsial, kejang berulang lebih dari 1 kali dalam 24 jam. Sebagian besar (80%) kejang demam berupa kejang demam sederhana dan (20%) berupa kejang demam kompleks.

1. **Etiologi Kejang Demam**

Penyebab kejang demam hingga kini belum di ketahui dengan pasti.Kejang demam tidak selalu timbul pada suhu yang tinggi, kadang kadang demam tidak terlalu tinggi dapat menyebabkan kejang. Adapun penyebab terjadinya kejang demam, antara lain : obat-obatan, ketidakseimbangan kimiawi seperti hiperkalemia, hipoglikemia dan asidosis, demam, patologis otak, eklampsia (ibu yang mengalami hipertensi prenatal, toksimea gravidarum). Selain penyebab kejang demam diantara infeksi saluran pernapasan atas adapun penyakit yang menyertainya kejang demam (Rasyid, Kusuma, Vita, & Purba, 2019).

1. **Patofisiologi Kejang Demam**

Ngastiyah (2014) dalam (Irdawati, 2015), menjelaskan bahwa untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan energi yang didapat darimetabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak terpenting adalah glukosa.Sifat proses ini adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui kardiovaskular. Dari uraian tersebut dapat diketahuibahwa sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO2 dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik.Dalam keadaan normal membran sel neoron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida. Akibatnya konsentrasi kalium dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi natrium rendah, sedangkan di luar sel terdapat keadaan sebaliknya. Pada demam, kenaikan suhu 10 C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 - 15 % dan kebutuhan O2 meningkat 20 %. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa (hanya 15%) oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan membran sel neuron dan dalam waktu singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium melalui membran listrik. dengan bantuan ”neurotransmitter”, perubahan yang terjadi secara tiba-tiba ini dapat menimbulkan kejang.

 Infeksi yang terjadi pada jaringan luar kranial seperti tonsillitis, otitis media akut, bronchitis penyebab terbanyaknya adalah bakteri yang bersifat toksis. Toksis yang dihasilkan oleh mikroorganisme dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen. Penyebaran toksis ke seluruh tubuh akan direspon oleh hipotalamus sebagai tanda tubuh mengalami bahaya secara sistemik. Naiknya pengaturan suhu tubuh dihipotalammus akan merangsang kenaikan suhu dibagian tubuh yang lain seperti otot, kulit, sehingga terjadi peningkatan kontnraksi otot.

 Naiknya suhu dihipotalamus, otot, kulit, dan jaringan tubuh yang lain akan disertai pengeluaran mediator kimia seperti epinefrin dan protagladin. Pengeluaran mediator kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi pada neuron. Peningkat potensial inilah yang merangsang perpindahan ion natrium, ion kalium dengan cepat dari luar sel menuju kedalam sel. Peristiwa inilah yang diduga dapat menaikkan fase dipolarisasi neuron dengan cepat sehingga timbul kejang. Serangan cepat itulah yang menjadikan anak mengalami penurunan respon kesadaran, otot ekstrimitas maupun bronkus juga dapat mengalami spasme sehingga anak berisiko terhadap cedera dan kelangsungan jalan napas akibat tertutup lidah dan spasme bronkus (Riyadi, 2013).

1. **WOC** **Kejang Demam**

**Risiko infeksi**

Kerusakan neuron otak

Perubahan suplay darah ke otak

Risiko kerusakan sel neuron otak

**Risiko perfusi serebral tidak efektif**

Metabolisme otak meningkat

> 15 menit

Rangsang mekanik & biokimia. Gangguan keseimbangan cairan & elektrolit

Perubahan konsentrasi lebih di ruang ekstraseluler

Tidak menimbulkan gejala sisa

< 15 menit

**Risiko Cidera**

Kejang

Defisit Na + K

Kebutuhan O2 meningkat 20%

Metabolisme basal meningkat 10-15%

Leukosit meningkat

**Ketidakmampuan koping keluarga**

Pengobatan perawatan kondisi prognosis lanjut & diit

Risiko kejang berulang

**Hertermia**

Proses demam

Reaksi inflamasi

Infeksi bakteri, virus dan parasit

Ketidakseimbangan potensial membran ATP, ASE

1. **Manifestasi Klinis Kejang Demam**

 Manifestasi klinis kejang demam, menurut NANDA (2015) dan Sukarmin (2012) adalah sebagai berikut :

1. Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari 38°C.
2. Timbulnya kejang bersifat tonik-klonik, tonik, klonik, fokal, atau akinetik. Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian anak akan tersadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.
3. Takikardi : pada bayi frekuensi sering diatas 150-200 per menit.
4. Pulsasi arteri melemah dan tekanan nadi mengecil yang terjadi sebagai akibat menurunnya curah jantung.

Sedangkan gejala kejang demam sesuai klasifikasinya menurut NANDA (2015) adalah sebagai berikut:

1. Kejang demam sederhana
2. Dapat bersifat motorik (gerakan abnormal unilateral), sensorik (merasakan, membaul, mendengar sesuatu yang abnormal), automik (takikardia, bradikardia, takipneu, kemerahan, rasa tidak enak di epigastrium), psikik (disfagia, gangguan daya ingat)
3. Biasanya berlangsung kurang dari 1 menit.
4. Kejang demam kompleks

Dimulai sebagai kejang demam sederhana berkembang menjadi perubahan kesadaran yang disertai oleh:

1. Gejala motorik, gejala sensorik, otomatisme (mengecapkan bibir, mengunyah, menarik-menarik baju)
2. Beberapa kejang demam kompleks mungkin berkembang menjadi kejang generalisata
3. Biasanya berlangsung 1-3 menit.
4. **Pemeriksaan Penunjang**
5. Periksa darah / lab: Hb, Ht, Leukosit, Trombosit.
6. EEG. Untuk pemeriksaan ini dirasa kurang mempunyai nilai prognostik. EEG abnormal tidak dapat digunakan untuk menduga kemungkina terjadinya epilepsi atau kejang demam yang berulang dikemudian hari. Saat ini pemeriksaan EEG tidak lagi dianjurkan untuk pasien kejang demam yang sederhana.
7. Lumbal punksi
8. CT-SCAN. Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infark hematoma, cerebral oedema, trauma, abses, tumor dengan atau tanpa kontras.
9. **Penatalaksanaan**

Adapun penatalaksanaan kejang demam pada anak antara lain sebagai berikut (Irdawati, 2015):

1. Penatalaksana Medis. Menurut Livingston dalam (Irdawati, 2015) penatalaksanaan medis ada:
2. Menghentikan kejang secepat mungkin
3. Diberikan antikonvulsan secara intravena jika klien masih kejang.
4. Pemberian oksigen
5. Penghisapan lendir jika perlu
6. Mencari dan mengobati penyebab
7. Pengobatan rumah profilaksis intermitten. Untuk mencegah kejang berulang, diberikan obat campuran anti konvulsan dan antipiretika.
8. Penatalaksanaan Keperawatan
9. Semua pakaian ketat dibuka
10. Posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung
11. Usahakan agar jalan nafas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen
12. Monitor suhu tubuh. Cara paling akurat adalah dengan suhu rektal
13. Obat untuk penurun panas, pengobatan ini dapat mengurangi ketidaknyamanan anak dan menurunkan suhu 1 sampai 1,5 ºC.
14. Berikan Kompres Hangat. Mengompres dilakukan dengan handuk atau washcloth (washlap atau lap khusus badan) yang dibasahi dengan dibasahi air hangat (30ºC) kemudian dilapkan seluruh badan. Penurunan suhu tubuh terjadi saat air menguap dari permukaan kulit. Oleh karena itu, anak jangan “dibungkus” dengan lap atau handuk basah atau didiamkan dalam air karena penguapan akan terhambat. Tambah kehangatan airnya bila demamnya semakin tinggi. Sebenarmya mengompres kurang efektif dibandingkan obat penurun demam.Karena itu sebaiknya digabungkan dengan pemberian obat penurun demam, kecuali anak alergi terhadap obat tersebut.
15. Menaikkan Asupan Cairan Anak. Anak dengan demam dapat merasa tidak lapar dan sebaiknya tidak memaksa anak untuk makan. Akan tetapi cairan seperti susu (ASI atau atau susu formula) dan air harus tetap diberikan atau bahkan lebihsering. Anak yang lebih tua dapat diberikan sup atau buah-buahan yang banyak mengandung air.
16. Istirahatkan Anak Saat Demam. Demam menyebabkan anak lemah dan tidak nyaman.Orang tua sebaiknya mendorong anaknya untuk cukup istirahat.Sebaiknya tidak memaksa anak untuk tidur atau istirahat atau tidur bila anak sudah merasa baikan dan anak dapat kembali ke sekolah atau aktivitas lainnya ketika suhu sudah normal dalam 24 jam.
17. **Komplikasi**

Adapun komplikasi kejang demam antara lain adalah sebagai berikut :

1. Retardasi mental
2. Kerusakan neorotransmiter. Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel atau membran sel yang menyebabkan kerusakan pada neiron.
3. Epilepsi. Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy yang spontan.
4. Kelainan anatomi diotak. Serangan kejang yang berlangsung lama yang dapat menyebabkan kelainan diotak yang lebih banyak terjadi pada anak berumur 4 bulan sampai 5 tahun.
5. Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam
6. **Konsep Diare**
	* 1. **Definisi Diare**

Penyakit ini termasuk penyakit yang umum dijumpai dimasyarakat, penyakit ini bisa berakibat fatal jika tidak ditangani dengan tepat. Diare adalah defekasi encer lebih dari tiga kali sehari dengan/ tanpa darah atau lender dalam tinja (Maryanti, 2017). Menurut Ardiansyah, (2012) diare adalah buang air besar berkali- kali > 4 kali, bentuk feses cair, dan dapat disertai dengan darah atau lendir. Mansjoer *et al*.,(dalam Ardiansyah, 2012) mengemukakan diare dengan defekasi encer dengan jumlah tinja yang lebih banyak dari biasanya (normal 100-200 ml/jam tinja), berbentuk cair atau setengah cair ( setengah padat), dan dapat pula disertai frekuensi defekasi (buang air besar) yang meningkat.

Diare adalah buang air besar (defekasi) dengan tinja berbentuk cair atau setengah cair (setengah padat), kandungan air tinja lebih banyak dari biasanya lebih dari 200 gram atau 200 ml/24 jam (Maryanti, 2017). Diare bisa disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya kurang menjaga kesehatan lingkungan, pola hidup tidak bersih, kurangnya asupan gizi, dan faktor sosial ekonomi (Krismayanti, 2015).

# **Anatomi Fisiologi Saluran Pencernaan**

Anatomi dan fisiologis saluran pencernaan dan organ- organ yang terkait antara lain (Krismayanti, 2015):

1. Mulut

Mulut adalah permulaan pencernaan. Pencernaan mulut dibantu oleh ptyalin, yaitu enzim yang dikeluarkan oleh kelenjar saliva untuk membasahi proses metabolism makanan. Organ kelengkapan mulut yaitu bibir, pipi, gigi, lidah dan kelenjar ludah. Mulut terdiri atas dua bagian, yaitu (Krismayanti, 2015):

1. Bagian luar yang sempit (vestibula), yaitu ruang di antara gusi, gigi, bibir, dan pipi.
2. Bagian rongga mulut (bagian dalam), yaitu rongga mulut yang sisinya dibatasi oleh tulang maksilaris, palatum, dan mandibularis, serta di sebelah belakang bersambung dengan faring.
3. Faring

Faring merupakan organ yang yang menghubungkan rongga mulut dengan kerongkongan (esophagus) yang panjangnya 12 cm. Lengkungan faring terdapat tonsi (amandel), yaitu kumpulan kelenjar limfe yang banyak mengandung limfosit dan merupakan pertahanan terhadap infeksi. Faring akan melakukan gerakan untuk mencegah masuknya makanan ke jalan pernapasan dengan cara menutup sementara katup ke saluran napas selama beberapa detik, sambil mendorong makanan masuk ke dalam esophagus agar tidak membahayakan jalannya pernapasan. Jalan makanan masuk ke belakang, sementara dengan pernapasan melewati epiglotis lateral melalui filiformis sebelum kemudian masuk ke esophagus (Krismayanti, 2015).

1. Esophagus

Esophagus merupakan saluran yang menghubungkan tekak dengan lambung dan panjangnya sekitar 25 cm, dimulai dari faring sampai pintu masuk kardiak dibawah lambung. Sekresi esophagus bersifat mukoid, yaitu memberi pelumas untuk pergerakan makanan melalui esophagus. Esophagus juga terdapat kelenjar mukosa komposita. Bagian utamanya dibatasi oleh banyak kelenjar mukosa simpleks yang berfungsi untuk mencegah sekresi mukosa oleh makanan yang baru masuk. Kelenjar komposita yang terletak pada perbatasan esophagus dengan lambung berfungsi untuk melindungi dinding esophagus dari pencernaan getah lambung.

Peralihan esophagus ke lambung, terdapat spinkter kardiak yang dibentuk oleh lapisan otot sirkuler esophagus. Spinkter ini terbuka secara reflex pada akhir proses menelan. Tunika mukosa esophagus mempunyai epitel gepeng berlapis yang mengandung kelenjar- kelenjar (Landula esophagus) (Krismayanti, 2015).

1. Lambung (Gaster)

Lambung merupakan bagian dari saluran yang dapat mengembang, terutama didaerah epigaster. Bagin atas *fundus uteri* berhubungan dengan esophagus melalui orifisium pilorik. Organ ini terletak dibawah diafragma, didepan pancreas dan limfa, serta menempel disebelah kiri *fundus uteri*. Pencernaan didalam lambung dibantu oleh pepsinogen untuk mencerna protein, lemak, dan asam garam. Fungsi lambung adalah untuk menampung, menghancurkan, dan menghaluskan makanan melalui mekanisme gerak peristaltik lambung dan getah lambung. Getah cerna yang dihasilakn oleh lambung adalah (Krismayanti, 2015):

1. Pepsin fungsinya memecah putih telur menjadi asam amino (albumin dan pepton).
2. Asam amino fungsinya mengasamkan makanan sebagai antiseptic dan desinfektan, serta menyebabkan kondisi asam pada pepsinogen untuk kemudian diubah menjadi pepsin.
3. Renin fungsinya sebagai ragi yang membekukan susu dan membentuk kasein dari karsinogen ( karsinogen dan protein susu).
4. Lapisan lambung ada dalam jumlah yang sedikit dan fungsinya untuk memecah lemak menjadi asam lemak yang merangsang sekresi getah lambung.
5. Usus Halus ( Infestinum minor)

Usus halus adalah bagian dari sistem pencernaan yang berpangkal pada *pylorus* dan berakhir pada sekum dengan panjang 6 m dan juga tempat tempat proses pencernaan dan absorsi hasil pencernaan. Usus halus terdiri dari 3 bagian yaitu duodenum ( usus dua belas jari), yeyenum, ileum. Duodenum disebut juga dengan usus dua belas jari yang mempunyai panjang sekitar 25 cm, dalam organ ini terdapat pankreas dan pada duodenum sisi kanan terdapat saluran lendir menyerupai bukit disebut papilla vateri ( muara saluran empedu (duktus koledokus) dan saluran pankreas (duktus pankreatikus). Yeyenum dan Ileum mempunyai panjang sekitar 6 meter letaknya di dinding abdomen posterior dengan perantaraan lipatan teritonium berbentuk kipas (mesenterium) (Krismayanti, 2015)

1. Usus Besar ( Intestinum Mayor)

Organ ini terdiri dari kolon asenden, desenden, transversum, sigmoid serta rectum. Peristaltik dibagian ini sangat kuat dan mendorong feses cair dalam usus asenden dan transversum, kemudian air diserap ke usus desenden. Bahan kotoran yang terdapat didalam ujung usus sebagian besar berupa feses dan menggumpal didalam rectum akhirnya keluar melalui anus (Krismayanti, 2015)

1. Rektum

Organ ini terletak dibawah kolon sigmoideum yang menghubungkan intestinum mayor dengan anus. Posisinya berada didalam rongga pelvis di depan *os sacrum* dan *os koksigis*. Rectum terdiri dari dua bagian, yaitu rectum propia dan rectum analis rekti (Krismayanti, 2015)

1. Rectum propia; bagian yang melebar disebut ampula rekti, jika terisi sisa makanan akan timbul hasrat defekasi.
2. Rectum analis rekti; bagian sebelah bawah ditutupi oleh serat- serat otot polos (*muskulus spinkterani internus* dan *muskulus spinkter ini eksternus*).

Kedua otot berfungsi pada waktu defekasi. Tunika mukosa rectum banyak mengandung pebuluh darah, jaringan mukosa, dan jaringan otot yang membentuk lipatan kolumna rektalis. Vena rektalis sering mengalami pelebaran atau varises yang disebut wasir atau ambeien (Krismayanti, 2015).

1. Anus

Anus adalah bagian saluran pencernaan yang menghubungkan rectum dengan dunia luar (udara luar) dan terletak di dasar pelvis. Dinding anus diperkuat oleh tiga spinkter (otot cincin), yakni (Krismayanti, 2015) :

* 1. Spinter ani interus (sebelah atas), bekerja tidak menurut kehendak.
	2. Spinkter levator ani, bekerja juga tidak menurut kehendak.
	3. Spinkter ani ekstermus (sebelah bawah), bekerja menurut kehendak.

# **Etiologi Diare**

Faktor-faktor risiko terjadinya diare persisten yaitu : bayi berusia kurang atau berat badan lahir rendah (bayi atau anak dengan malnutrisi, anak-anak dengan gangguan imunitas), riwayat infeksi saluran nafas, ibu berusia muda dengan pengalaman yang terbatas dalam merawat bayi, tingkat pendidikan dan pengetahuan ibu mengenai higienis, kesehatan dan gizi, baik menyangkut ibu sendiri ataupun bayi, pengetahuan, sikap, dan perilaku dalam pemberian ASI serta makanan pendamping ASI, pengenalan susu non ASI/ penggunaan susu botol dan pengobatan pada diare akut yang tidak tuntas (Hartati & Nurazila, 2018)

Faktor-faktor yang menjadi penyebab munculnya diare, sebagai berikut (Ardiansyah, 2012):

1. Infeksi Internal

Infeksi internal ini disebabkan oleh bakteri antara lain :

* 1. Stigella
		1. Musiman, puncaknya pada bulan Juli-September.
		2. Insiden paling tinggi pada umur < 5 tahun.
		3. Kejang demam
		4. Sel polos dalam feses
		5. Sel batang dalam darah
	2. Salmonella
		1. Menyerang semua umur, tetapi angka kejadian lebih tinggi pada bayi dibawah umur 1 tahun.
		2. Menembus dinding usus, feses berdarah, dan mukoid.
		3. Mungkin ada peningkatan temperatur.
		4. Muntah tidak menonjol.
		5. Adanya kandungan sel polos dalam feses.
		6. Masa inkubasi 6- 40 jam, lamanya 2- 5 hari.
		7. Organisme dapat ditemukan pada feses selama berbulan- bulan.
	3. *Escherichia coli*
		1. Baik yang menembus mukosa (feses darah) atau yang menghasilkan entenoksin.
		2. Pasien biasanya bayi.
	4. Campylobacter
		1. Sifatnya invasis (feses yang berdarah dan bercampur mucus) pada bayi dapat menyebabkan diare berdarah tanpa manifestasi klinis yang lain.
		2. Kram abdomen yang hebat.
		3. Muntah/ dehidrasi jarang terjadi
	5. *Yersilia enterocolitic*
		1. Feses mukosa
		2. Sering didapatkan sel polos pada feses
		3. Nyeri abdomen
		4. Diare selama 1-2 minggu
		5. Sakit yang dirasa seperti usus buntu
1. Infeksi oleh virus
	1. Retavirus
		1. Merupakan penyebab paling sering dari diare akut pada bayi, gejalanya sering didahului atau disertai dengan muntah.
		2. Timbul sepanjang tahun, tetapi biasanya pada musim dingin.
		3. Dapat disertai dengan demam atau muntah.
		4. Didapatkan penurunan HCC.
	2. Enterovirus
	3. Adenovirus
		1. Timbul sepanjang tahun.
		2. Menyebabkan gejala pada saluran pencernaaan/ pernapasan.
	4. Norwalk
		1. Sifatnya epidemic atau menular
		2. Sembuh sendiri (dalam 24- 48 jam)
2. Infeksi Parasit

Biasanya disebabkan oleh cacing (Ascaris, Tricuris, Oxyuris, Strongyloides), protozoa (*Entamoeba histolytica, Grandia lamblia, Trichomonas Hominis*), dan jamur ( *Candida albicans).*

1. Infeksi Parenteral

Infeksi parental adalah infeksi yang terjadi diluar alat pencernaan makanan, seperti Otitis Media Akut (OMA), tonsillitis, bonkopnemonia.

# **Patofisiologi**

Penyebab diare adalah masuknya virus (*rotavirus, adenovirus, Norwalk*), bakteri atau toksin (Compylobacter, Salmonella, *escheribia coli,* Yersinia), dan parasite (*Biardia Lambai* dan Cryposporidium). Mikroorganisme pathogen ini dapat menyebabkan infeksi sel-sel, memproduksi enteroktosin atau sitotoksin yang dapat merusak sel- sel, atau melekat pada dinding usus pada gastroenteritis (Ardiansyah, 2012).

Faktor penentu terjadinya diare akut adalah faktor penyebab (agen) dan faktor penjamu (host). Faktor penjamu adalah kemampuan pertahanan tubuh terhadap mikroorganisme, yaitu faktor daya tahan tubuh, lingkungan, motilitas lambung, dan imunitas). Faktor penyebab yang mempengaruhi antara lain daya penetrasi yang merusak sel mukosa, kemampuan memproduksi toksin yang mempengaruhi sekresi cairan diusus, serta daya lekat (Ardiansyah, 2012).

Mekanisme dasar penyebab timbulnya diare adalah gangguan osmotic (makanan yang tidak dapat diserap akan menyebabkan tekanan osmotic dalam rongga usus meningkat, sehingga terjadi pergeseran air dan elektrolit ke dalam rongga usus, akibatnya isi rongga usus menjadi berlebihan sehingga timbul diare). Selain itu, gangguan sekresi akibat toksin dinding usus, sehingga sekresi air dan elektrolit meningkat, kemudian terjadi diare (Ardiansyah, 2012).

Gangguan motilitas usus dapat mengakibatkan hiperperistaltik dan hipoperistaltik. Hiperperistaltik akan mengakibatkan berkurangnya kesempatan usus untuk menyerap makanan, sehingga timbul diare. Sebaliknya, jika terjadi hipoperistaltik akan mengakibatkan bakteri tumbuh berlebihan, sehingga juga akibat terjadi diare. Akibat dari diare itu sendiri adalah kehilangan air dan elektrolit (dehidrasi) yang mengakibatkan gangguan asam basa (asidosis metaboli, dan hipokalemi), gangguan gizi (intake kurang, output berlebih), hipoglikemi, dan gangguan sirkulasi darah (Ardiansyah, 2012).

# **Manifestasi Klinis**

Tanda dan gejala diare antara lain (Ardiansyah, 2012) :

1. Perut mulas dan gelisah, suhu tubuh meningkat, demam, nafsu makan berkurang, rasa lekas kenyang, mual (kadang- kadang sampai muntah), dan badan terasa lemas.
2. Buang air besar dengan konsentrasi tinja cair atau encer, kadang disertai mual dan muntah.
3. Warna tinja berubah menjadi kehijau- hijauan karena bercampur dengan empedu.
4. Anus dan sekitarnya lecet karena seringnya difekasi, sementara tinja menjadi lebih asam akibat banyaknya laktat.
5. Terdapat tanda dan gejala dehidrasi, turgor kulit jelas ( elastis kulit menurun), ubun- ubun dan mata cekung, membrane mukosa kering, serta penurunan berat badan.
6. Perubahann tanda- tanda vital, nadi dan respirasi cepat, tekanan darah turun, denyut jantung cepat, pasien sangat lemas, dan kesadaran menurun sebagai akibat hipovolemik.
7. Diuresis berkurang (oliguria sampai anuria)
8. Bila terjadi asidosis metabolic, pasien akan tampak pucat dengan pernapasan cepat dan dalam.

# **Klasifikasi Diare**

Tabel 2.1 Klasifikasi diare menurut lama waktu dan frekuensi

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Durasi |  |  |
|  |  |  | Frekuensi |
| Diare akut | Diare kronik | Diare persisten |  |
| Kurang dari 3 hari | Lebih dari 3 hari dengan etiologi noninfeksi | Lebih dari 3 hari dengan etiologi infeksi | Dalam 6 bulan terakhir mengalami diare lebih dari 4 kali |

Sumber (Ardiansyah, 2012).

Tabel 2.2 Klasifikasi diare menurut tingkat dehidrasi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dehidrasi ringan | Dehidrasi sedang | Dehidrasi berat |
| Tubuh kehilangan cairan 2- 5% dari BB, dengan gambaran klinik turgor kulit kurang elastis, pasien belum mengalami shock | Tubuh kehilangan cairan 5-8% dari BB, dengan gambaran klinik turgor kulit jelek, suara serak, denyut nadi cepat, dan pasien masuk tahap shock | Tubuh kehilangan cairan 8-10% dari BB, dengan gambaran klinik kesadaran menurun, sianosis, danpeningkatan jumlah absolut Hb tereduksi |

Sumber : (Ardiansyah, 2012).

* + 1. **WOC Diare**

**Kekurangan volume cairan**

Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit

diare

**Kerusakan integritas jaringan**

Respon injuri anus

Penurunan perfusi serebral

Penurunan perfusi ke otak

Feses yang encer

**Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh**

Asupan nutrisi tidak adekuat

**Hipertermi**

Mual, muntah, kembung, anoreksia

Peningkatan suhu tubuh

Respon sistemik

Gangguan gastrointestinal

Resiko gagal ginjal akut

Oliguri anuria

Penurunan perfusi ke ginjal

Resiko syok hipovolemik

Peningkatan sekresi cairan dan elektrolit

diare

**Defisiensi pengetahuan**

Kecemasan pemenuhan informasi

Respons psikologis misinterpretasi perawatan dan penatalaksanaan pengobatan

Sekresi air ke lumen intestinal

Peningkatan tekanan osmotik

Peningkatan asam organik

Nyeri abdominal

Nutrisi tidak dapat diabsorpsi

Iritasi saraf lokal

Masuknya nutrisi

Gangguan absorpsi nutrisi dan cairan oleh mukosa intestinal

Peningkatan motilitas usus

Invasi pada mukosa, memproduksi enterotoksin, dan atau memproduksi sitotoksin

Invasi virus dan bakteri ke saluran gastrointestinal

gastrointestinal

Toksisitas makanan, efek obat, keracunan bahan laut, makanan, dan minuman.

1. **Konsep Teori Asuhan Keperawatan**
2. Pengkajian
3. Biodata/ identitas
* Biodata anak Hampir 3% dari anak yang berumur dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam (Putra, 2014).
* Menurut Hartati & Nurazila, (2018), anak dibawah usia 5 tahun rentan terhadap penyakit diare.
1. Riwayat penyakit
2. Keluhan Utama
* Umumnya disertai dengan panas yang tinggi dan demam lebih dari 38ºC (Fuadi et al., 2016).
* Diare ditandai dengan BAB lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi cair (Hartati & Nurazila, 2018).
1. Riwayat Penyakit Sekarang

Kejang dengan demam tinggi berlangsung singkat. Pada saat kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun sejenak tetapi setelah beberapa menit anak terbangun dan sadar dengan sendirinya tanpa adanya kelainan saraf. Kejang demam sederhana dalam waku < 10 menit dan demam kompleks > 15 menit (Ngastiyah, 2014).

1. Riwayat Penyakit Dahulu

Kejang demam berulang dapat terjadi dalam 6 bulan sampai 1 tahun setelah episode kejang pertama, Demam merupakan faktor penting timbul kejang. Demam sering disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan atas, otitis media, pneumonia, gastroenteritis dan infeksi saluran kemih (Ngatsiyah, 2014).

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

Anak dengan riwayat kejang dalam keluarga terdekat mempunyairisiko untuk menderita bangkitan demam 4,5 kali lebih besardibanding yang tidak (Fuadi et al., 2016).

1. Riwayat psikososial
* Intrapersonal: perasaan yang dirasakan klien (cemas, sedih)
* Interpersonal: hubungan dengan orang lain
1. Pemeriksaan fisik
2. B1

Kejang demam dapat disebabkan oleh infeksi seperti bronkitis,sehingga dapat ditemukan tanda:

1. Inspeksi: terlihat pernapasan tidak teratur sehingga dapat terjadipeningkatan , saat anak kejang juga disertai apnea
2. Palpasi: tidak ada nyeri tekan, massa, peradangan, dan ekspansidada simetris
3. Perkusi: sonor
4. Auskultasi: pada pasien bronkitis dapat ditemukan suara ronchimaupun wheezing
5. B2

Kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) dapatmeningkatkan kontraksi otot skelet sehingga akhirnya dapat terjadihipoksemia, hiperkapnia, dan hipotensi arterial di sertai denyutjantung yang tidak teratur.

1. Inspeksi: kulit dapat menjadi gelap mungkin kebiruan
2. Palpasi: hipotensi arterial disertai denyut jangtung yang tidakteratur
3. Perkusi: didapatkan suara redup
4. Auskultasi: S1 S2 tunggal
5. B3
6. N I : dapat menerima ragsangan dari hidung danmenghantarkannya ke otak untuk di preoses menjadi sensasibau
7. N II : dapat menerima rangsangan dari mata lalu kemudiandiproses sebagai persepsi visual.
8. N III, IV, VI : dapat menggerakkan sebagian otot mata sesuaiperintah.
9. N V : dapat menerima rangsangan dari wajah lalu diprosessebagai rangsangan sentuhan dan fungsi motorik untukmenggerakkan rahang.
10. N VII : dapat menerima rangsangan dari bagian anterior lidahuntuk diproses sebagai persepsi rasa serta motorik untukmengendalikan otot wajah dan dapat menciptakan ekspresiwajah sesuai perintah.
11. N VIII : dapat menerima rangsangan dari tekinga untukdiproses sebagai suara kemudian diulang dalam bentuk kata.
12. N IX dan X : dapat menerima rangsangan dari posterior lidahuntuk diproses sebagai sensasi rasa serta dapat mengendalikanorgan-organ dalam.
13. N XI : dapat mengendalikan pergerakan kepala sesuai perintah.
14. N XII : dapat megendalikan pergerakan lidah sesuai denganperintah.
15. B4

Pada kejang dapat terjadi hilangnya kontrol kandung kemih.

1. B5

Pada kejang dapat terjadi hilangnya kontrol kandung kemih danusus.

1. Inspeksi: bentuk abdomen cembung dan kembung
2. Palpasi: tidak ditemukan adanya nyeri tekan diseluruh areaabdomen
3. Perkusi: bising usus menurun dapat menunjukkan adanyakonstipasi yang menimbulkan suara timpani, sedangkan bisingusus menghilang dapat menunjukkan adanya diare yang daoatmenimbulkan suara hipertimpani.
4. Auskultasu: bising usus dapat menurun atuapun menghilangkarena pada saat kejang dapat terjadi hilang kontrol pada usus.
5. B6

Tubuhnya mungkin kedutan atau tersentak dan anggota tubuhnya mungkin akan kaku, kulitnya mungkin tampak sedikit lebih gelapdari biasanya serta akral hangat karena suhu yang meningkat.

1. Riwayat imunisasi

Riwayat imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum ditanyakan serta umur mendapatkan imunisasi dan reaksi dari imunisasi.Pada umumnya setelah mendapatkan imunisasi DPT efek sampingnya adalah panas yang menimbulkan kejang. Berikut jenis imunisasi yang tergabung dalam program pemerintah, dan didanai oleh pemerintah, bagi bayi di bawah usia 1 tahun di Indonesia, (Gunardi et al., 2017):

1. Usia 0 bulan: BCG, HB-0, Polio-0
2. Usia 2 bulan: DPT/HB/Hib-1, Polio-1
3. Usia 3 bulan: DPT/HB/Hib-2, Polio-2
4. Usia 4 bulan: DPT/HB/Hib-3, Polio-3
5. Usia 9 bulan: Campak
6. Alergi

Apakah anak ada riwayat alergi obat atau makanan

1. Pola kebiasaan dan fungsi kesehatan
2. Pola nutrisi: untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak. Ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi oleh anak serta menanyakan berapa kali dalam sehari anak menkonsumsi makanan.
3. Pola eliminasi: BAK & BAB ditanyakan berapa frekuensi BAK anak dalam sehari, jumlah anak BAB dlama sehari, warna, bau, konsistensi BAB, apakah nyeri saat BAK.
4. Pola istrahat tidur: berapa jam tidur dalam sehari, mulai tidur dari jam berapa, kebiasaan sebelum tidur dan saat siang.
5. Pola aktivitas latihan: apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya, aktivitas apa yang disukai, biasanya saat berkumpul dengan keluarga berapa jam sehari.
6. Riwayat sosial anak

Untuk mengetahui perilaku anak dengan teman sebaya serta keluarganya, untuk mengetahui kedaan emosional anak.

1. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul
Diagnosa diambil berdasarkan(SDKI , 2017), sebagai berikut:
2. Hipertermi b/d proses penyakit (D.0130)
3. Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif (D.0023)
4. Defisit nutrisi b/d kurangnya asupan nutrisi (D.0019)
5. Risiko ketidakseimbangan elektrolit b/d kekurangan volume cairan (D.0037)
6. Risiko kejang demam b/d faktor risiko riwayat kejang
7. Intervensi keperawatan
8. Hipertermi b/d proses penyakit (proses infeksi)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakankeperawatan selama 1x24jam diharapkan masalahkeperawatan hipertermiberkurang

Kriteria hasil: (1) Kejang menurun

(2) Pucat menurun

(3) Takipnea menurun

(4) Hipoksia menurun

Intervensi : (1) Identifikasi penyebab hipertermia

 R/ untuk menentukan intervensi selanjutnya

 (2) Monitor suhu tubuh

 R/ Suhu tubuh harus terkontrol supaya tidak terjadi komplikasi lainnya

 (3) Longgarkan dan lepaskan semua pakaian

 R/ pakaian dibuka supaya suhu tubuh dapat berevaporasi dengan baik

 (4) Anjurkan kompres dingin

 R/ supaya suhu tubuh cepat kembali normal

 (5) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat

 R/ mempercepat proses penyembuhan

1. Hipovolemia b/d kehilangan cairan aktif

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah hipovolemia teratasi

Kriteria hasil: (1) Mempertahankan urine output sesuai dengan usia, BB.

(2) Nadi, suhu tubuh, dan tekanan darah normal

(3) Tidak ada tanda-tanda dehidrasi

 Intervensi: (1) Monitor tanda gejala hipovolemi

 R/ Mencegah terjadinya syok hipovolemik

 (2) Monitor intake output cairan

 R/ Mengetahui balance cairan tubuh

 (3) Hitung kebutuhan cairan

 R/ Memberikan tindakan keperawatan yang tepat sesuai dengan pasien

 (4) Berikan asupan cairan melalui oral

 R/ Menambah cairan yang dibutuhkan oleh pasien

 (5) Kolaborasi pemberian cairan IV

 R/ Menambahkan cairan pasien jika oral tidak memungkinkan

1. Defisit nutrisi b/d kurangnya asupan nutrisi

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi teratsi

Kriteria hasil: (1) Adanya peningkatan berat badan sesuai tujuan

(2) Nafsu makan meningkat

(3) Tidak ada tanda malnutrisi

Intervensi: (1) Kaji berat badan

 R/ Untuk menentukan tujuan berat badan ideal

(2) Beri diet tinggi serat

 R/ Membantu pasien mengurangi konstipasi

(3) Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan

 R/ Asupan nutrisi yang baik akan mempercepat proses penyembuhan

(4) Kolaborasi dengan ahli gizi terkait kalori dan nutrisi

 R/ untuk menentukan gizi yang dibutuhkan pasien

1. Risiko ketidakseimbangan elektrolit b/d kekurangan volume cairan

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi

Kriteria hasil: (1) Elastisitas turgor kulit baik

 (2) Frekuensi muntah mual berkurang

 (3) Tidak ada tanda dehidrasi

 (4) Nadi dan suhu tubuh dalam batas normal

Intervensi: (1) Monitor status hidrasi

 R/ Mengetahui tingkat dehidrasi pasien

 (2) Catat intake output cairan

 (3) kolaborasi pemberian cairan IV

1. Risiko kejang b/d faktor risiko riwayat kejang

Tujuan: Setelah dilakukan tindakanvkeperawatan selama 3x24jam diharapkan masalah keperawatan resiko cidera berkurang

Kriteria hasil: (1) Nafsu makan meningkat

(2) Kejadian cidera menurun

(3) Pola istirahat/tidur membaik

Intervensi: (1) Kaji sifat dan penyebab timbulnya kejang

 R/ Menentukan penyebab timbulnya kejang

(2) Kaji dan monitoring tingkat kesadaran adanya kejang

 R/ Memantau tingkat kesadaran saat terjadinya kejang

(3) Jelaskan pada keluarga akibat-akibat yang terjadi saat kejang berulang

 R/ Penjelasan yang baik dan tepat sangat penting untuk meningkatkan pengetahuan dalam mengatasi kejang

(4) Jauhkan benda-benda tajam

 R/ Melindungi pasien dari cidera

(5) Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat anti konvulsan

 R/ Obat anti konvulsan sebagai pengatur gerakan motorik dalam hal ini antikonvulsan menghentikan gerakan motorik yang berlebihan

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose medis Kejang Demam, maka penulis menyajikan suatu kasus. Klien MRS pada tanggal 26 Februari 2019. Penulis mulai mengamati tanggal 26 Februari 2019 . Anamnesa diperoleh dari rekam medis 53xxx sebagai berikut.

* 1. **Pengkajian**
		1. **Indentitas**

Klien adalah An. T dengan usia 17 bulan, lahir pada tanggal 29 September 2017. Klien beragama islam, klien adalah anak kedua dari Tn E usia 35 tahun dan Ny. I 30 tahun. Klien tinggal di Sidoarjo, orang tua klien beragama islam, pekerjaan ayah TNI dan ibu bekerja sebagai perawat. Klien MRS pada tanggal 1 Maret 2019.

* + 1. **Keluhan Utama**

Ibu pasien mengatakan suhu pasien 39o C.

* + 1. **Riwayat Penyakit Sekarang**

Ibu pasien mengatakan hari Minggu tanggal 24-2-2019 malam badan anaknya panas 39ºC lalu pukul 02.20 WIB pasien kejang selama ± 2 menit, pada saat kejang pasien di beri minyak kayu putih, lalu pasien dibawa ke RSAL.

Di IGD RSAL pasien mendapatkan terapi infus D5 ¼ NS 1000 cc/24 jam injeksi ampiccilin 3 x 1/3g, antrain 3 x 100 mg, stesolid sup 5 mg, antibiotik bapil. Pada tanggal 25-2-2019 pukul 03.30 dilakukan pengkajian ulang didapatkan suhu pasien 38,4℃. Pasien kemudian dipindahkan ke ruang D2 pada pukul 05.00 untuk perawatan lebih lanjut. Di ruang D2 pasien diambil sampel darahnya untuk pemeriksaan darah lengkap. Tanggal 25-02-2019 pukul 12.00 ibu melaporkan pada perawat bahwa pasien BAB sudah 3x sejak pukul 09.00 dengan konsistensi cair.

* + 1. **Riwayat Masa Lampau**

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya sebelumnya tidak pernah mengalami kejang.Anaknya sakit panas, batuk dan pilek saja kemudian dibawa kedokter biasanya sembuh, tidak pernah sampai dirawat dirumah sakit sebelumnya.

* + 1. **Riwayat Persalinan**

*Prenatal care*, ibu pasien mengatakan bahwa dirinya selama hamil An. T selalu rutin memeriksakan kehamilannya ke bidan.Ibu pasien mengatakan bahwa selama kehamilan An. T pemeriksaan yang dijalankan oleh ibu psaien sebanyak 4 kali.Ibu pasien mengatakan bahwa selama masa kehamilan An. T ibu mengkonsumsi obat vitamin dan obat untuk penambah darah.Ibu pasien mengatakan bahwa selama kehamilan An. T tidak pernah mengalami gangguan Ibu pasien mengatakan bahwa kehamilan An. T sekitar 37 minggu.

 *Natal care*, ibu pasien mengatakan bahwa saat melahirkan An. T secara normal. Ibu pasien mengatakan bahwa selama proses persalinan An. T tidak ada penyakit penyulit apapun.

*Postnatal care,* ibu pasien mengatakan bahwa An. T diberikan ASI penuh sampai usia 6 bulan dan ditambah makanan pendamping. Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya tidak mempunyai penyakit selama baru lahir.

* + 1. **Pengkajian Keluarga**

An. T adalah anak kedua dari Tn. E usia 35 tahun dan Ny. I usia 30 tahun. Tn. E berpendidikan SMA, suku jawa, bekerja sebagai anggota TNI. Sedangkan Ny. I berpendidikan d3 keperawatan, suku jawa, dan bekerja sebagai perawat.Anak tinggal dirumah bersama kedua orang tua saudaranya dan neneknya. Lingkungan rumah berada di tengah kota. Hubungan anggota keluarga baik. An. T diasuh oleh kedua orang tua dan neneknya

* + 1. **Riwayat Sosial**

Klien dirawat oleh kedua orang tua dan neneknya, hubungan klien dengan orang tua dan saudara baik.Ibu klien mengatakan hubungan anaknya dengan teman sebayanya baik, dan saat dirumah klien sangat aktif dalam bertingkah.

* + 1. **Kebutuhan Dasar**
1. Pola Nutrisi

Sebelum mrs ibu klien mengatakan bahwa pola makan An. T dengan frekuensi 3x sehari, yaitu pagi, siang dan malam dan klien sering makan bubur. Minum yang diminum An. T adalah susu ± 800cc/hari.

Saat MRS ibu klien mengatakan bahwa selama di rumah sakit, An. T rewel dan tidak mau menyantap makanan yang disediakan, hanya dimakan 2 sendok dan minum susu ±600cc/hari.

1. Pola Tidur

Ibu klien mengatakan bahwa ketika berada di rumah An. T terkadang tidur siang dan terkdang tidak tidur siang. Jika tidur siang An. N mulai tidur jam 12.00-14.00 WIB. Sedangkan pada malam hari An. N mulai tidur jam 20.00-05.00 WIB.

Ibu klien mengatakan bahwa ketika berada di rumah sakit An. T sulit tidur, sebentar tidur lalu bangun dan menangis.

1. Pola Eliminasi

Ibu klien mengatakan klien saat berada dirumah sakit klien BAB sudah 3x sejak pukul 09.00 dengan konsistensi cair.

* + - 1. Intake:

Infus = 1000 cc = 1000 cc

Minum = 3x150 cc = 450 cc

AM (8cc/BB/hari) = 8x10,5 = 84 +

Jumlah 1534 cc/hari

* + - 1. Output:

BAB = 3x150 = 450 cc

BAK = 5x50 = 250 cc

IWL = (30-usia)x1cc/kgBB/hari = (30-1)x10,5=304,5

IWL dalam kenaikan suhu (IWL+200(suhu-36,8)

 = 304,5+200 (39-36,8) = 304,5+440 = 744,5

Jumlah = 1445 cc

Balance Cairan Intake – Output = 1534 – 1445 = +89cc/hari

1. Pola Kognitif Perseptual

Ibu sudah mengerti penanganan saat demam, yaitu diberi obat pamol dan di kompres, jika tidak menunjukkan perubahan, langsung dibawa ke Pelayanan Kesehatan terdekat.

1. Pola Koping Toleransi Stress

Klien menangis saat dilakukan pemeriksaan oleh perawat maupun dokter dan bertingkah rewel ketika berada di rumah sakit.

* + 1. **Keadaan Umum**
1. Cara Masuk

Klien masuk di ruang D2 dari IGD dengan keadaan sadar, terpasang infus pada tangan kanannya, pasien digendong oleh ibunya dan menggunakan kursi roda.

1. Keadaan Umum

Klien tampak lemas. mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, akral panas, S : 38,4℃ BB 10,5kg, TB 80cm, CRT <2 detik, ROM 5555, bias beraktivitas namun lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, lidah bersih, tidak ada sakit kepala bagian depan, tidak ada nyeri otot,dan tidak terdapat gangguan perut

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**
1. Pemeriksaan Kepala, Rambut, dan Mata

 Bentuk normal, tidak ada cedera kepala, tidak ada jejas, tidak ada luka ataupun bekas luka, rambut tumbuh rata, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera berwarna putih.

1. Pemeriksaan Mulut dan Tenggorokan

 Mukosa bibir kering, gigi bersih, tidak ada perdarahan pada gusi, tidak ada nyeri menelan, lidah bersih.

1. Pemeriksaan Thorax/Dada

 Bentuk dada simetris, frekuensi pernafasan 22x/menit. Tidak ada otot bantu nafas, tidak ada nyeri tekan, suara thorax sonor, suara nafas vesikuler, tidak menggunakan alat bantu nafas.

1. Pemeriksaan Abdomen

Tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat asites, tidak ada massa saat dilakukan palpasi, peristaltik usus 36x/menit, suara perut timpani.

1. Pemeriksaan Genitalia

Genetalia tampak bersih, tidak terdapat luka, lesi, maupun ruam kemerahan pada daerah genetalia dan anus.

1. Pemeriksaan Muskuloskeletal

Tidak ada gangguan pada ekstrimitas, klien mampu bergerak bebas namun lemah, rentang gerak normal, ROM 5555, tidak ada fraktur

1. Pemeriksaan Integumen

Turgor kulit menurun, warna kulit normal, tidak terdapat edema dan akral teraba panas.

1. Pemeriksaan Neurologi

 Pemeriksaan nervous normal, tidak ada kelainan pada sistem saraf, kesadaran composmentis, GCS 456.

* + 1. **Tingkat Perkembangan**

 Ibu klien mengatakan bahwa An. T sudah berani berdiri sendiri, bisa makan menggunakan jari , suka menirukan ucapan orang lain, mulai berlatih berbicara.

* + 1. **Pemeriksaan Penunjang Laboratorium**

Tabel 3.1 Hasil pemeriksaan penunjang An. T dengan diagnose Kejang demam dan diare di ruang D2 pada tanggal 25-02-2019

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil | Normal |
| Paket Darah Otomatis |  |  |
| HGBLeukositHematokritEritrositTrombositElektrolit:NatriumKaliumKlorida | 12.924.90037 %4.7175000140mEq/L4,1 mmol/L101mEq/L | 11.0-16.0 g/uL3.500-10.000uL33-38 %4.0-5.5140000-450000135-145 mEq/L3,6-5,0 mmol/L98-108 mEq/L |
| DIFF COUNTEosinofilBasofilNetrofilLimfositMonosit | 0.800.2026.6058.6013.80 | 1-5 %0-1 %50-70 %20-70 %1-11 % H |

Terapi pada tanggal 25-02-2019

1. Infus DS ½ Ns ½ 1000/24jam
2. Paracetamol 3x100mg
3. Inj. Diazepam 5.5 mg (bila kejang)
4. Ranitidine 2x½ amp

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

* + 1. Diagnosa Keperawatan : Diare berhubungan dengan proses infeksi (SDKI, D.0020)

DS:

Ny. Imengatakan An. T sudah BAB ±3x, konsistensi cair sejak pagi, BAK 5x dalam sehari, minum 3x150/hari. Keluarga mengatakan An.T tidak muntah.

DO:

1. Anak tampak lemas,
2. Suhu 38,4oC,
3. Kelopak mata tidak cekung,
4. Mukosa bibir dan mulut kering,
5. Turgor kulit menurun,
6. Pemeriksaan Laboratorium:

Hematokrit 37%

Elektrolit:

Natrium 140 mEq/L

Kalium 4,1 mmol/L

Klorida 101 mEq/L

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI, D.0130)

DS:

Ibu klien mengatakan anak panas sejak2 hari yang lalu

DO:

1. Akral teraba hangat,
2. S: 38,4oC,
3. Nadi 115x/menit,
4. RR 22x/menit
	* 1. Diagnosa Keperawatan: Resiko Cedera (SDKI, D.0136)

DS:

Ibu mengatakan pasien panas dan kejang selama ± 2 menit

DO:

1. Riwayat kejang,
2. Penanganan kejang yang tidak sesuai,
3. Kekhawatiran berlebih dalam mengatasi stressor,
4. S:38,4℃

**3.3 Intervensi Keperawatan**

* + 1. Diare b/d proses infeksi (SDKI, D.0020)
	1. Tujuan dan Kriteria hasil

Setelah dilakukan tindakan 2x 24 jam diharapkan masalah diare teratasi, dengan kriteria hasil:

1. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi (Nadi lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit turun, mukosa bibir kering, CRT melambat)
2. Intake output seimbang
3. TTV dalam batas normal (nadi 110x/menit, suhu 36,5-37,5oC, RR 20-30x/menit
4. Intervensi (SIKI, 2018)
5. Observasi TTV (suhu, nadi, RR)

*Rasional*: Rasional mengetahui keadaan umum px

1. Kaji status dehidrasi (kelopak mata, mukosa bibir, dan mulut)

*Rasional*: Untuk mengetahui tanda-tanda dehidrasi

1. Monitor intake dan output

*Rasional*: Untuk mengathui kehilangan cairan pasien

1. Berikan kompres bila suhu anak masih tinggi

*Rasional*: Membantu menurunkan suhu tubuh

1. Anjukan anak untuk minum kurang lebih 2 gelas perhari

*Rasional*: Membantu intake output pasien normal

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI, D.0130)
1. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan suhu tubuh turun dengan kriteria hasil:

1. Akral tubuh normal
2. Suhu tubuh normal: 36,5 – 37,5oC,
3. Hasil Laboratorium leukosit normal 4000-10.000/uL
4. Intervensi (SIKI, 2018)
5. Identifikasi penyebab hipertermi, monitor status neurologis, hasil laboritorium: leukosit dan hasil rogten. Observasi keadaan umum pasien (akral tubuh, dll) dan TTV (suhu tubuh, nadi, dan frekuensi nafas)

*Rasional* : Untuk mengetahui penyebab hipertermi dan keadaan umum pasien untuk memberikan intervensi lanjutan

1. Berikan cairan dan elektrolit intravena

*Rasional*: Untuk memberikan kebutuhan cairan dan elektrolit pada pasien

1. Edukasi keluarga memberikan kompres hangat pada anak dan melonggarkan pakaian dan tipis anak

*Rasional*: Untuk memberikan edukasi pada keluarga cara perawatan di rumah apabila suhu tubuh meningkat kembali

1. Kolaborasi dengan Dokter pemberian antipiretik

*Rasiona*l: Untuk memberikan terapi farmakologis dalam membantu menurunkan suhu tubuh pasien

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Resiko Cedera (SDKI, D.0136)
	1. Tujuan dan Kriteria Hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan tidak ada cedera dengan kriteria hasil:

1. Keluarga mengetahui cara penanganan kejang dan hal-hal yang berisiko mencederai
2. Keluarga dapat melakukan penanganan kejang yang sesuai
3. Tenang dalam menghadapi kejang pada anak
4. Intervensi (SIKI, 2018)
5. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien yang sesuai dengan kondisi fisik dan menyediakan lingkungan yang aman serta tidak membahayakan

*Rasional*: Kebutuhan keamanan dan lingkungan pasien berguna untuk mencegah cedera pada pasien

1. Pasang side rail tempat tidur

*Rasional*: Untuk membantu memperbaiki keadaan sementara waktu

1. Rendahkan ketinggian tempat tidur

*Rasional*: Untuk mencegah resiko cedera

1. Pastikan bel tempat tidur dapat digunakan dan mudah terjangkau

*Rasional:* Memudahkan keluarga memberikan informasi yang cepat kepada perawat apabila terjadi kejang kembali

1. Edukasi keluarga pertolongan pertama pada saat kejang dan hal-hal yang berisiko mencederai

*Rasional*: Agar keluarga mengetahui pertolongan pada saat anak kejang dan hal-hal yang berisiko mencederai

**3.4 Implementasi Keperawatan**

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Diare berhubungan dengan proses infeksi (SDKI, D.0020)

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 38,4 oC; N: 110 x/menit; RR: 22 x/menit); menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha); memberikan syrup paracetamol 1 sendok makan

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari kedua pada tanggal 27 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,8 oC; N: 110 x/menit; RR: 22 x/menit); menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha); memberikan syrup paracetamol 1 sendok makan

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari ketiga pada tanggal 28 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,5 oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit), memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha)

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari keempat pada tanggal 1 Maret 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,3 oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit), memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha).

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI, D.0130)

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 38,4oC, N: 110x/menit, RR: 22 x/menit); menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha); memberikan syrup paracetamol 1 sendok makan.

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari kedua pada tanggal 27 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,8 oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit), memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha)

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari ketiga pada tanggal 28 Februari 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,5 oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit), memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha)

Implementasi yang dilakukan kepada An.T hari keempat pada tanggal 1 Maret 2019 adalah mengobservasi TTV (S: 37,3 oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit), memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha).

* + 1. Diagnosa Keperawatan: Resiko Cedera (SDKI, D.0136)

Pelaksanaan rencana keperawatan yang telah diimplementasikan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 adalah mengobservasi terjadinya kejang berulang; menganjurkan ortu untuk memberikan air minum sedikit tapi sering; mengobservasi TTV (S: 38,4oC, N: 110 x/menit, RR: 22 x/menit); menganjurkan kepada orang tua untuk menjauhkan benda-benda berbahaya; mengajarkan ortu tentang pemberian kompres air biasa dibagian lipatan (aksila dan paha); memberikan paracetamol syrup 1 sendok makan; mengedukasi kepada keluarga tentang penanganan saat kejang

**3.4 Evaluasi Keperawatan**

1. Diagnosa Keperawatan: Diare berhubungan dengan proses infeksi (SDKI, D.0020)

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan masalah diare belum teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatan anaknya bab, suhu : 38,4ºC, mukosa bibir kering, turgor kulit menurun.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari kedua pada tanggal 27 Februari 2019 didapatkan masalah diare berhubungan dengan proses infeksi teratasi sebagian yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan anaknya bab berkurang, turgor kulit elastis, mukosa bibir kering, dan masih tidak nafsu makan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari ketiga pada tanggal 28 Februari 2019 didapatkan masalah diare berhubungan dengan proses infeksi teratasi sebagian yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan diare berkurang, turgor kulit elastis, mukosa bibir lembab, feses mulai ada ampasnya.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari keempat pada tanggal 1 Maret 2019 didapatkan masalah diare berhubungan dengan proses infeksi sudah teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan badan An.T sudah tidak panas lagi, suhu : 37,3ºc. Ibu pasien mengatakan anaknya sudah kembali nafsu makan dan minum, mukosa bibir lembab, pasien tampak baik.

1. Diagnosa Keperawatan: Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI, D.0130)

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit belum teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatan badan anaknya masih panas, suhu : 38,4ºC

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari kedua pada tanggal 27 Februari 2019 didapatkan masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan badan anaknya masih panas, suhu : 37,9ºc, kulit teraba hangat.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari ketiga pada tanggal 28 Februari 2019 didapatkan masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit teratasi sebagian yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan badan anaknya tidak sehangat seperti kemarin-kemarin, suhu : 37,5ºc, kulit teraba hangat.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari keempat pada tanggal 1 Maret 2019 didapatkan masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit sudah teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan badan a sudah tidak panas lagi, suhu : 37,3ºc.

1. Diagnosa Keperawatan: Resiko Cedera (SDKI, D.0136)

Evaluasi keperawatan yang dilakukan kepada An.T hari pertama pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan masalah resiko cedera sudah teratasi yang ditandai dengan ibu pasien mengatakan Ibu pasien mengatakan sudah menjauhkan benda-benda berbahaya seperti benda yang tajam maupun yang mudah pecah. Ibu pasien mengatakan tidak akan menahan anggota gerak apabila sedang kejang. Ibu pasien mengatakan salah satu penyebab kejang adalah panas tinggi.

# **BAB 4**

# **PEMBAHASAN**

 Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada An. T usia 17 bulan dengan diagnosa kejang demam di Ruang D2 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang dilaksanakan mulai tanggal 26 Februari sampai dengan 28 Februari 2019. Melalui metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus untuk mendapatkan kesenjangan antara teori dan praktek dilapangan. Pembahasan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosis perencanaan asuhan keperawatanm pelaksanaan, dan evaluasi.

* 1. Pengkajian
		1. Identitas

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi dan komunikasi tentang data klien. Fase proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu data dari sumber primer (klien), dan sumber sekunder (keluarga dan tenaga kesehatan) dan analisis data sebagai dasar untuk diagnosa keperawatan. Pengkajian merupakan komponen dasar dalam proses keperawatan, sehingga dengan pengkajian yang tepat akan menentukan langkah berikutnya (Marwan, 2017).

Berdasarkan data yang didapatkan pasien bernama An T usia 17 bulan. Pasien adalah anak kedua dari Tn. E 35 tahun dan Ny. I usia 30 tahun. Pasien tinggal bersama orang tuanya di Surabaya.

* + 1. Keluhan Utama

Keluhan utama ibu pasien mengatakan panaknya demam dengan suhu 38,4℃ dan saat mrs ditemukan masalah diare.

Menurut Marwan (2017) kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, karena bangkitan kejang demam berhubungan dengan usia, tingkatan suhu serta kecepatan peningkatan suhu, termasuk faktor hereditas juga memiliki peran terhadap bangkitan kejang demam dimana pada anggota keluarga penderita memiliki peluang untuk mengalami kejang lebih banyak dibandingkan dengan anak normal. Kejang demam adalah bangkitan yang terjadi akibat kenaikan suhu tubuh (suhu rectal lebih dari 38°C), disebabkan suatu proses ekstrakranium.

* + 1. Riwayat Penyakit Sekarang

Hasil pengkajian yang penulis lakukan pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan data kesadaran composmetis (GCS:14 E3 M6 V5), tampak lemas, akral hangat, membran mukosa kering, tampak lemah, RR : 22 x/menit, N : 120x/menit, S : 38,4ºC, BB 10,5kg, TB 80cm,CRT: < 2 detik, pemeriksaat LAB :WBC : 24,9 (4,00 - 10,00 uL), HGB : 12,9 (11,0 - 16,0 g/dL), HCT : 37,0 (37,0 - 54,0 %), PLT : 175 (150 - 400 uL), .

Penulis berasumsi bahwa tidak ada kesenjangan antara tanda gejala kejang yang dialami An. T yang termasuk kejang demam sederhana sebab <15 menit kejadian.

* + 1. Riwayat Penyakit Dahulu

Berdasarkan data yang didapatkan dari ibu pasien, menurut ibu An. T sebelumnya tidak pernah dirawat inap di rumah sakit, biasanya saat sakit seperti demam atau batuk An. T cukup diberikan paracetamol dan segera sembuh.

Menurut Fauzie (2014), etiologi dari kejang demam masihtidak dapat diketahui. Namun sebagian besaranak dipicu oleh tingginya suhu tubuh bukankecepatan peningkatan suhu tubuh. Biasanyasuhu demam diatas 38,8 C dan terjadi saatsuhu tubuh naik dan bukan pada saat setelahterjadinya kenaikan suhu tubuh. Namun,faktor-faktor penyebab kejang demam yangsering muncul pada anak, antara lain efekproduk toksik daripada mikroorganismeterhadap otak, Neoplasma toksin, responalergik yang abnormal oleh infeksi,gangguan metabolic.

Peneliti berasumsi bahwa serangan kejang demam pada anak satu dengan yang lain tidaklah sama, tergantung nilai ambang kejang masing-masing. Oleh karena itum setiap serangan kejang harus mendapat penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang.

* + 1. Kebutuhan Dasar

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan pada pola nutrisi sebelum MRS didapatkan pasien menyukai makan roti dan meminum susu. Saat MRS nafsu makan An. T menurun dan biasanya hanya makan ¼ porsi dari makanan yang diberikan di rumah sakit. An. T juga sedikit rewel kalau diberi makan sayur. Menurut ibu pasien pola eliminasi An. T sebelum MRS 1x sehari, BAK 4x sehari dan saat MRS ini Ny. I mengatakan bahwa frekuensi BAB An. T meningkat 5x 100cc sehari dengan konsistensi cair namun ada ampasnya.

Menurut Riyadi (2010), pasien dengan demam bisa terjadi gangguan kesadaran, keadaan ini menyebabkan kurangnya masukan nutrisi sehingga kebutuhan nutrisi yang penting untuk masa penyembuhan berkurang pula.

Peneliti berasumsi pemberian makan sedikit tapi sering dan memberikan intake yang adekuat dapat membantu proses penyembuhan pasien.

* + 1. Pemeriksaan Fisik

Keadaan umum pasien tampak lemas dan pucat composmentis (GCS:14 E3 M6 V5), tampak lemas, akral hangat, membran mukosa kering, tampak lemah, RR : 22 x/menit, N : 120x/menit, S : 38,4ºC, BB 10,5kg, TB 80cm,CRT: < 2 detik. Pada pemeriksaan fisik mulut dan tenggorokan didapatkan mukosa bibir tampak kering, tidak terdapat iritasi, mulut tampak bersih, gigi belum lengkap, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink dan tidak ada infeksi. Ibu klien juga menyebutkan kalau makan anak mengeluh kalau makanannya terasa pahit.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Fitrisatri (2015), yang mengungkapkan bahwa pada beberapa kasus demam sering disertai sakit tenggorokan, infeksi faring, dan infeksi konjungtiva, anoreksia, mual dan muntah.

* + 1. Tingkat Perkembangan

 An. T memiliki tahap perkembangan yang sesuai dengan usianya. Ibu pasien mengatakan An. T mampu memegang dan melemparkan bola. Serta An T mampu berjalan sendiri walau sering jatuh.

* + 1. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada tanggal 26 Februari 2019 didapatkan hasil laboratorium sebagai berikut WBC : 24,9 (4,00 - 10,00 uL), HGB : 12,9 (11,0 - 16,0 g/dL), HCT : 37,0 (37,0 - 54,0 %), PLT : 175 (150 - 400 uL).

Menurut Jilly (2013), leukosit disebut juga sel darah putih merupakan unit sistem pertahanan tubuh. Leukosit dibentuk di sumsum tulang (granulosit dan monosiit serta sedikit limfosit) dan sebagian lagi di jaringan limfe (limfosit dan sel-sel plasma).

 Menurut asumsi peneliti kadar leukosit atau WBC tinggi dengan nilai 24,9 uL dikarenakan adanya reaksi tubuh akibat adanya. Sehingga pasien mengalami demam yang tinggi hingga mencapai 38,4ºC.

* 1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan demam selama 2 hari, S: 38,4ºC, N.120x/menit, akral teraba panas, Leukosit 24,9 uL. Menurut Susanti (2018), demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas normal, meskipun tidak semua kenaikan suhu tubuh termasuk demam. Demam merupakan bagian dari reaksi biologis kopleks yang diatur dan di kontrol oleh susunan saraf pusat.

Berdasarkan pernyataan tersebut peneliti berasumsi bahwa An. T mengalami hipertermi. Demam pada An. T merupakan reaksi tubuh tubuh yang merespon virus/bakteri yang menyerang.

 Diagnosa keperawatan hipovolemia berhubungan dengan penurunan intake cairan yang ditandai dengan keadaan umum lemah, kesadaran komposmentis, anak tampak lemas, suhu 38,4oC, kelopak mata tidak cekung, mukosa bibir dan mulut kering, turgor kulit menurun, balance input-output : -190cc/hari, ibu klien mengatakan BAB sudah 5x dengan konsistensi cair namun ada ampasnya, BAK 5x/hari, minum air hanya 3x/hari.

 Dikutip dari Riyadi (2010), yang mengungkapkan bahwa pasien demam bisa terjadi gangguan kesadaran dari apatis, somnolem hingga delirium disamping anoreksia dan demam lama. Hal ini menyebabkan kurangnya asupan nutrisi pasien dengan demam. Penulis berasumsi teori tersebut sesuai dengan yang terjadi pada An. T yang menjadi rewel dan tidak mau makan.

 Diagnosa keperawatan resiko cedera yang ditandai dengan riwayat kejang yang dialami An. T ±2 menit yang dapat mengakibatkan cedera jika tidak ditangani dengan tepat. Peneliti berasumsi bahwa An. T mengalami resiko cedera akibat serangan kejang demamnya.

* 1. Intervensi Keperawatan

Diagnosa Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh 38,4C. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan demam dapat berkurang dengan kriteria hasil suhu tubuh dalam batas normal (36 – 370C), tubuh tidak teraba panas. akral HKM (hangat, kering, merah). Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada An. T adalah : observasi TTV (suhu, nadi, rr), anjurkan orangtua untuk memberikan air minum sedikit tapi sering, ajarkan orang tua tentang pemberian kompres air hangat dibagian lipatan (axila dan paha), kolaborasi dengan dokter pemberian antipiretik. Menurut Sodikin (2012), penggunaan air hangat dalam kompres dapat mencegah pasien untuk menggigil sehingga pasien tidak mengalami peningkatan suhu tubuh akibat menggigilnya otot. Hangat dari air kompres dapat merangsang vasodilatasi sehingga mempercepat proses evaporasi dan konduksi yang pada akhirnya dapat menurunkan suhu tubuh. Sedangkan kompres air dingin dapat menimbulkan efek menggigil pada pasien. Dingin dari air dapat menghambat rangsangan vasodilatasi sehingga menghambat proses evaporasi dan konduksi yang pada akhirnya memperlambat menurunkan suhu tubuh.

Diagnosa hipovolemia berhubungan dengan penurunan intake cairan yang ditandai dengan pasien tampak lemas, mukosa bibir dan mulut kering, turgor kulit menurun, balance input-output : -190cc/hari. Diharapkan setelah dilakukan tindakan 2x 24 jam diharapkan masalah volume cairan teratasi, dengan kriteria hasil: tidak ada tanda-tanda dehidrasi (kelopak mata tidak cekung, mukosa bibir dan mulut lembab), intake output seimbang, TTV dalam batas normal (nadi 110x/menit, suhu 36,5-37,5oC, RR 20-30x/menit). Intervensi yang akan dilakukan kepada An. T adalah: Observasi TTV (suhu, nadi, rr), kaji status dehidrasi (kelopak mata, mukosa bibir, dan mulut), monitor intake dan output. berikan kompres bila suhu anak masih tinggi, anjukan anak untuk minum kurang lebih 2 gelas perhari. Menurut Hidayat (2008), kebutuhan nutrisi merupakan hal yang sangat penting dalam membantu proses penyembuhan penyakit .

Diagnosa resiko cedera yang ditandai dengan adanya riwayat kejang demam dan peningkatan suhu tubuh hingga 38,4C. Diharapkan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan kontrol terhadap terjadinya kejang meningkat dengan kriteria hasil : kemampuan mengidentifikasi faktor resiko/pemicu kejang meningkat, kemampuan melaporkan frekuensi kejang menurun. Intervensi yang akan dilakukan pada An. T adalah : Monitor karakteristik kejang, dampingi selama periode kejang, anjurkan kepada orang tua untuk menjauhkan benda-benda berbahaya, anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien, kolaborasi pemberian antikonvulsan. Menurut Nafisah (2017), dalam keadaan demam kenaikan suhu tubuh akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen meningkat 20%. Kenaikan suhu tubuh tertentu dapat mempengaruhi keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium dari membran tadi, dengan akibat lepasnya muatan listrik. Lepasnya muatan listrik ini demikian besar sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun membran sel dengan bantuan neurotransmitter dan terjadilah kejang, tiap anak memiliki ambang kejang yang berbeda berdasarkan peningkatan suhu tubuh anak.

* 1. Implementasi Keperawatan
1. Diagnosa keperawatan hipovolemi berhubungan dengan kekurangan intake cairan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada An. T adalah : observasi TTV (suhu, nadi, rr), kaji status dehidrasi (kelopak mata, mukosa bibir, dan mulut), monitor intake dan output. berikan kompres bila suhu anak masih tinggi, anjukan anak untuk minum kurang lebih 2 gelas perhari. Peneliti berasumsi bahwa secara teori intervensi keperawatan hipovolemia dapat diaplikasikan pada pasien. Hal ini ditunjukkan dengan adanya perbaikan pada An. T di hari ke 4 perawatan. Ditandai dengan mukosa bibir dan mulut lembab, ibu klien mengatakan An. T sudah mau minum air 4x/hari, BAK 5x/hari, dan BAB 1x/hari.

Pemberian asupan makan dan minum sedikit tapi sering ini efektif diterapkan pada pasien yang mengalami penurunan nafsu makan hingga mual karena demam.

1. Diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses penyakit

Intervensi yang akan dilakukan pada An. T meliputi observasi TTV (suhu, nadi, rr), anjurkan orangtua untuk memberikan air minum sedikit tapi sering, ajarkan orang tua tentang pemberian kompres air hangat dibagian lipatan (axila dan paha), kolaborasi dengan dokter pemberian antipiretik.

 Peneliti berasumsi bahwa rencana keperawatan pada masalah hipertermi dapat diaplikasikan pada pasien. Karena pada aplikasinya suhu tubuh anak mulai menurun pada hari ke 3 dengan suhu 37,5C. Pemberian kompres air hangat menunjukkan efektif dalam menurunkan suhu tubuh. Hal ini dikarenakan hangat dari air kompres dapat merangsang vasodilatasi sehingga mempercepat proses evaporasi dan konduksi yang pada akhirnya dapat menurunkan suhu tubuh

1. Resiko cidera

Rencana keperawatan yang dilakukan pada An. T adalah : monitor karakteristik kejang, dampingi selama periode kejang, anjurkan kepada orang tua untuk menjauhkan benda-benda berbahaya, anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien, kolaborasi pemberian antikonvulsan. Peneliti berasumsi bahwa secara teori intervensi keperawatan resiko cedera dapat diaplikasikan kepada pasien. Hal ini ditunjukkan dengan kepahaman orang tua dalam edukasi penanganan jika sewaktu-waktu serangan kejang demam anak kembali menyerang.

* 1. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Namun, evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses perawatan. Evaluasi mengacu pada penilaian, tahapan dan perbaikan. Dalam kasus ini evaluasi keperawatan dilakukan sampai pasien di izinkan pulang, yaitu sebagai berikut :

* + - 1. Diare

Pada hari Jumat, 1 Maret 2019 (jam 08.00 WIB) Ibu pasien mengatakan anak sudah tidak diare, habis satu porsi makan, mukosa bibir lembab, turgor elastis, pasien tampak baik.

* + - 1. Hipertermia

Pada hari sabtu,26 Februari 2019 (jam 07.05 WIB) Ibu pasien mengatan badan anaknya masih panas, suhu : 38,4ºC. Hari Rabu, 27 Februari 2019 (jam 08.20 WIB) Ibu pasien mengatakan badan anaknya masih panas, suhu : 37,8ºc, kulit teraba hangat. Hari Kamis, 28 Februari 2019 (jam 08.00 WIB) Ibu pasien mengatakan badan anaknya tidak sehangat seperti kemarin-kemarin, suhu : 37,5ºc, kulit teraba hangat. Hari Jumat, 1 Maret 2019 (08.00 WIB), Ibu pasien mengatakan badan a sudah tidak panas lagi, suhu : 37,3ºc. Hari Jumat, 1 Maret 2019 (08.29 WIB), Ibu pasien mengatakan badan anaknya sudah tidak panas lagi, suhu :37ºC, masalah hipertermi teratasi, intervensi dihentikan.

* + - 1. Resiko Cedera

Pada hari Selasa, 26 Februari 2019 (jam 09.20 WIB) Ibu pasien mengatakan Ibu pasien mengatakan sudah menjauhkan benda-benda berbahaya seperti benda yang tajam maupun yang mudah pecah. Ibu pasien mengatakan tidak akan menahan anggota gerak apabila sedang kejang. Ibu pasien mengatakan salah satu penyebab kejang adalah panas tinggi.

# **BAB 5**

**PENUTUP**

* 1. Simpulan
1. Pada pengkajian didapatkan data bahwa Ibu pasien mengatakan hari Minggu tanggal 24-2-2019 malam badan anaknya panas 39ºC lalu pukul 02.20 WIB pasien kejang selama ± 4 menit , pada saat kejang pasien di beri minyak kayu putih, lalu ibu pasien membawa ke RSAL. Di IGD RSAL pasien mendapatkan terapi infus D5 ¼ NS 1000 cc/24 jam injeksi ampiccilin 3 x 1/3g, antrain 3 x 100 mg, stesolid sup 5 mg, antibiotik bapil.
2. Diagnosa keperawatan yang muncul dan dialami kepada pasien antara lain:Hipertermi berhubungan dengan Proses Penyakit (SDKI, D.0130), Diare berhubungan dengan proses infeksi (SDKI, D.0020), dan Resiko Cedera(SDKI, D.0136)
3. Rencana tindakan keperawatan kepada pasien disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang ditemukan dengan tujuan untuk mengembalikan suhu tubuh dalam batas normal, meningkatkan status cairan pada pasien, dan mencegah adanya resiko cedera.
4. Tindakan keperawatan pada An.T dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang mengacu secara langsung pada diagnose keperawatan yaitu pada masalah keperawatan hipertermia dengan menerapkan manajemen hipertermia (SIKI, 2018 (I.15506)), masalah keperawatan Diare dengan menerapkan manajemen diare (SIKI, 2018 (I.04101)), masalah keperawatan resiko cedera dengan menerapkan pencegahan cedera (I.14537)
5. Pada akhir evaluasi semua tujuan dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara pasien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada pasien masalah teratasi sebagian dan masalah teratasi sepenuhnya.
	1. Saran

Bertolak dari simpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, ketrampilan yang cukup serta dapat bekerjasama dengan tim kesehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam

**DAFTAR PUSTAKA**

# LAMPIRAN 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Octafiansyah Alwan Kusuma Wardana, S.Kep

Nim : 193.0067

Program Studi : Profesi Ners

Tempat, tanggal lahir : Surabaya,18 Oktober 1998

Agama : Islam

Email : oktaecchifian@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. Sekolah Dasar Negeri Ngelom Tahun 2009
2. Sekolah Menengah Pertama Ulul Albab Tahun 2012
3. Sekolah Menengah Atas Negeri Ulul Albab Tahun 2015
4. STIKES Hang Tuah Surabaya Tahun 2019

# LAMPIRAN 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO

 “If you don’t take risks, you can’t create a future”

PERSEMBAHAN

Alhamdulillah, atas rahmat dan hidayah-Nya, saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik. Karya Ilmiah Akhir ini saya persembahkan untuk :

1. Orang tuaku, Bapak (Mu’alim) dan Ibu (Heni Siswanti)yang tanpa henti memberikan doa, semangat dan motivasi dalam segala hal serta memberikan kasih sayang yang teramat besar yang tidak mungkin dapat di balas dengan apapun.
2. Adikku (Masita Safira R. dan Aulia Andini) tersayang yang telah menghiburku dikala penat dan lelah.
3. Teman – teman Profesi Ners angkatan 10 STIKES Hang Tuah Surabaya.
4. Terima kasih untuk semua orang yang ada di sekelilingku yang selalu mendoakan yang terbaik untukku, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidupku. Semoga Allah selalu melindungi dan meridhoi kalian dimanapun kalian berada. Aamiin Ya Robbal’Alaamin