## ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N USIA TODDLER DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DI RUANG DII RUMKITAL Dr. RAMELAN

**SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**

**Oleh: DIAH ARISTA NIM. 172.0024**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA**

**2020**

i

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 21 Februari 2020



Diah Arista NIM. 172.0024

ii

Setelah kami periksa dan amati, selaku dosen pembimbing mahasiswa: Nama : Diah Arista

NIM : 172.0024

Program Studi : D-III Keperawatan

Judul : “Asuhan Keperawatan Pada An. N Usia Toddler Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam Di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya”

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

## AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 21 Januari 2020

Pembimbing I

##  Dwi Ernawati, S.Kep.,Ns. M.Kep Nip.03.023

iii

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Diah Arista

NIM : 172.0024

Program studi : D-III Keperawatan

Judul : “Asuhan Keperawatan Pada An. N Usia Toddler Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam Di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya”

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah Stikes Hang Tuah Surabaya, pada:

Hari, tanggal : Jum’at, 21 Februari 2020 Bertempat di : Stikes Hang Tuah Surabaya

Dan dinyatakan **LULUS** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D-III Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Penguji I | : Dwi Ernawati, M.Kep.,Ns Nip.03.023 | (…………..) |
| Penguji II | : Dwi Kurniawati, Amd.Kep Nip. 198308312006042003 | (…………..) |

## Mengetahui,

**Stikes Hang Tuah Surabaya Ka Prodi D-III Keperawatan**

**Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes**

**NIP. 03.007**

Ditetapkan di : Stikes Hang Tuah Surabaya Tanggal : 21 Februari 2020

iv

”Kesuksesan adalah buah dari usaha-usaha kecil yang diulang hari demi hari” Kupersembahkan Karya yang Sederhana ini Kepada:

1. Allah SWT atas segala limpahan rahmat, nikmat, serta karunia-Nya sehingga saya diberikan kemudahan dan kelancaran dalam menyelesaikan tugas akhir.
2. Kedua orang tuaku**,** Bapak Sugianto dan Ibu Eni Yuli K. terima kasih untuk kasih sayang, kesabaran, semangat, doa dan dukungan fasilitas maupun materi yang diberikan selama dalam studi sehingga mampu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini dengan baik.
3. Sahabatku Alfi, Dita, Tyas yang selalu memberikan semangat dan membantu menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
4. Sahabat-sahabat seperjuangan angkatan 23 yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan.

v

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmad dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Karya Tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Ahli Madya Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama (TNI) dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL,Sp.KL selaku Kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang telah memberi izin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis selama kami berada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Wiwiek Liestyaningrum, M.Kep selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk praktik di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya dan menyelesaikan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya..
3. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes., selaku Kepala Program Studi D-III Keperawatan yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.

vi

1. Ibu Dwi Ernawati, M.Kep.,Ns. selaku Pembimbing sekaligus penguji ketua, yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam memberikan dorongan, bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
2. Ibu Dwi Kurniawati, Amd.kep., selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak dan Ibu Dosen Stikes Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, juga kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
4. Sahabat-sahabat seperjuangan tersayang dalam naungan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan dorongan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan, saya hanya dapat mengucapkan semoga hubungan persahabatan tetap terjalin.
5. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terimakasih atas bantuannya. Penulis hanya bisa berdo’a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis berharap,

vii

semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi civitas Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya,21 Februari 2020

Penulis

viii

vii

## DAFTAR ISI

## HALAMAN JUDUL i

## HALAMAN PERNYATAAN ii

## HALAMAN PERSETUJUAN iii

## HALAMAN PENGESAHAN iv

## MOTTO DAN PERSEMBAHAN v

## KATA PENGANTAR vi

## DAFTAR ISI ix

## DAFTAR TABEL xi

## DAFTAR GAMBAR xii

## DAFTAR LAMPIRAN xiii

## DAFTAR SINGKATAN xiv

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BA** | **1 PENDAHULUAN .........................................................................** | **1** |
| 1.1 | Latar Belakang Masalah ........................................................................ | 1 |
| 1.2 | Rumusan Masalah ................................................................................. | 3 |
| 1.3 | Tujuan Penulisan ................................................................................... | 4 |
| 1.4 | Manfaat Penulisan ................................................................................. | 4 |
| 1.5 | Metode Penulisan................................................................................... | 5 |
| 1.6 | Sitematika Tulisan ................................................................................. | 6 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BAB 2** | **TINJAUAN PUSTAKA ............................................................. .** | **8** |
| 2.1. | Konsep Penyakit ............................................................................... . | 8 |
| 2.1.1. | Pengertian ......................................................................................... . | 8 |
| 2.1.2. | Etiologi ............................................................................................. . | 9 |
| 2.1.3. | Manifestasi Klinis ............................................................................ . | 9 |
| 2.1.4. | Tanda Dan Gejala ............................................................................. . | 10 |
| 2.1.5. | Klasifikasi ......................................................................................... . | 10 |
| 2.1.6. | Patofisiologi ...................................................................................... . | 11 |
| 2.1.7. | Diagnosa Banding ............................................................................. . | 13 |
| 2.1.8. | Komplikasi ........................................................................................ . | 13 |
| 2.1.9. | Pemeriksaan Penunjang .................................................................... . | 13 |
| 2.1.10. | Pencegahan ....................................................................................... . | 14 |
| 2.1.11. | Penatalaksanaan ............................................................................... . | 14 |
| 2.2. | Konsep Anak .................................................................................... . | 17 |
| 2.2.1. | Pengertian Tumbuh Kembang .......................................................... . | 17 |
| 2.2.2. | Tumbuh Kembang Anak Usia Toddler ............................................. . | 18 |
| 2.3. | Hospitalisasi ..................................................................................... . | 19 |
| 2.4. | Imunisasi .......................................................................................... . | 19 |
| 2.4.1. | Pengertian ......................................................................................... . | 19 |
| 2.4.2. | Lokasi Pemberian ............................................................................. . | 20 |
| 2.4.3. | Jenis Imunisasi ................................................................................. . | 20 |
| 2.5. | Nutrisi pada Anak Usia Toddler ....................................................... . | 21 |
| 2.5.1. | Pengertian ......................................................................................... . | 21 |
| 2.5.2. | Tujuan Pemberian Nutrisi ................................................................ . | 22 |
| 2.6. | Asuhan Keperawatan ........................................................................ . | 22 |

ix

[2.7. Kerangka Masalah 31](#_bookmark0)

[BAB 3 TINJAUAN KASUS 32](#_bookmark1)

* 1. [Pengkajian 33](#_bookmark2)
	2. Analisa Data 43
	3. Prioritas Masalah 44
	4. Rencana Keperawatan 46
	5. Tindakan Keperawatan 49

[BAB 4 PEMBAHASAN 54](#_bookmark3)

* 1. [Pengkajian 54](#_bookmark4)
	2. Diagnosa Keperawatan 55
	3. [Perencanaan 56](#_bookmark5)
	4. [Pelaksanaan 57](#_bookmark6)
	5. [Evaluasi 57](#_bookmark7)

[BAB 5 PENUTUP 59](#_bookmark8)

* 1. [Kesimpulan 59](#_bookmark9)
	2. [Saran 60](#_bookmark10)

[DAFTAR PUSTAKA 61](#_bookmark11)

LAMPIRAN 64

x

Tabel 2.1 Pertumbuhan anak 18

Tabel 3.1 Laboratorium 41

Tabel 3.3 Terapi Obat 41

Tabel 3.4 Analisa Data 43

Tabel 3.5 Prioritas Masalah 44

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan 45

Tabel 3.7 Implementasi Keperawatan 48

xi

Gambar 2.2 Kerangka Masalah 31

Gambar 3.2 Hasil Foto Thorax 42

xii

Lampiran 1 SAP Kejang Demam 62

Lampiran 2 Leaflet penyuluhan 68

Lampiran 3 SPO injeksi 70

xiii

|  |  |
| --- | --- |
| BAB | : Buang Air Besar |
| BAK | : Buang Air Kecil |
| BB | : Berat Badan |
| b.d | : Berhubungan dengan |
| C | : Celcius |
| CRT | : Capilary Rate Time |
| EEG | : Elektroensefalografi |
| ICU | : Intensif Care Unit |
| IGD | : Instalasi Gawat Darurat |
| IC | : Intra Cutan |
| IM | : Intra Muskular |
| IV | : Intra Vena |
| N | : Nadi |
| Mg | : Magnesium |
| MRS | : Masuk Rumah Sakit |
| RR | : Respirasi Rate |
| S | : Suhu |
| SMRS | : Sebelum Masuk Rumah Sakit |
| TB | : Tinggi Badan |
| TTV | : Tanda-Tanda Vital |

xiv

## PENDAHULUAN

* 1. **Latar Belakang**

Kejang demam merupakan kejang yang terjadi pada saat seorang anak/bayi mengalami demam tanpa infeksi saraf pusat, kejang demam biasanya terjadi pada awal demam. Kondisi anak yang sedang kejang adalah anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, kemudian badan kaku, kelojotan dan memutar matanya. Anak tidak responsif untuk beberapa waktu, napas juga akan terganggu, dan kulit akan tampak lebih gelap dari biasanya (Sulistyawati, 2014). Beberapa kesalahan orang tua adalah kurang tepat dalam menangani kejang demam itu sendiri yang kemungkinan besar karena disebabkan oleh kurangnya pengetahuan orang tua dalam menangani kejang demam dan mencegah kejang demam terjadi berulang.

Kejang demam merupakan salah satu masalah yang banyak terjadi hampir di seluruh dunia. Hampir 10% anak-anak pernah mengalami kejang demam (Soundari, Kokilavani & Kumar,2014). Insiden kejang demam di beberapa negara berbeda-beda, seperti insiden kejang demam di Amerika dan Eropa Barat sekitar 2- 5%. Insiden di Asia seperti India berkisar 5-10%, Jepang berkisar 6-9%. Prevalensi tertinggi di negara Guam yaitu 14% (Paul, Blaikley, & chinthapalli, 2012). Di Indonesia kejang demam di laporkan mencapai 2-4%, dan di Jawa Timur terdapat 2-3% dari 100 anak. Sedangkan di Rumkital Dr. Ramelan Surabaya di ruang DII pada anak yang menderita kejang demam pada tahun 2019 bulan Januari sampai dengan Desember sebanyak 64 anak.

1

Kejang pada anak umumnya disebabkan karena demam, faktor genetik, riwayat prenatal dan perinatal. Infeksi saluran nafas atas merupakan penyakit yang paling sering berhubungan dengan kejang demam. Gastroenteritis, terutama yang disebabkan oleh *shigella* atau *campylobacter,* dan infeksi saluran kemih merupakan penyebab lain yang lebih jarang (Moe,et al, 2007). Kejang demam berulang dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku, penurunan intelegensi dan pencapaian tingkat akademik yang menurun (*The International League Againts Epilepsy(ILAE)* dalam Patel, dkk (2015). Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak menimbulkan gejala sisa.tetapi pada kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai dengan terjadinya apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnea, asidosis laktat di sebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh makin meningkat disebabkan meningkatnya aktifitas otot dan selanjutnya mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meninggikan permeabilitas kapiler dan timbul oedema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. Masalah yang perlu diperhatikan adalah gangguan pola nafas tidak efektif, resiko cedera, dan ansietas.

Kejang demam berulang dapat dicegah dengan cara mengompres hangat saat anak demam dan memberikan pendidikan kesehatan atau edukasi kepada ibu. Pemberian pendidikan kesehatan pada ibu merupakan bagian dari prinsip

perawatan yang berfokus pada keluarga serta merupakan peran perawat professional sebagai pemberi penyuluhan kesehatan. memberikan informasi kepada orang tua tentang efek kejang demam itu sangat penting, karena ketidaktahuan orangtua akan menimbulkan kecemasan. Ketika cemas orang tua cenderung protektif sehingga dapat menghambat pekembangan anak (Kizilay, dkk, 2017). Pendidikan kesehatan terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek ibu tentang penanganan dan pencegahan kejang demam pada anak. Oleh karena itu, peran perawat adalah dengan memberikan informasi kepada keluarga tentang proses penyakit, cara pencegahan dan cara penanganan kejang demam.

## Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan kejang demam dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan deiagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya”

## Tujuan Penelitian

* + 1. **Tujuan umum**

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kejang Demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

## 1.3.1 Tujuan Khusus

1. Mengkaji pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
2. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
3. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
4. Melaksanakan/melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
5. Mengevaluasi pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya.

## Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien kejang demam.
2. Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi :
	1. Bagi pelayanan di Rumah Sakit

Hasil karya tulis ini, dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan bagi pasien dengan diagnosa medis kejang demam.

* 1. Untuk peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan karya tulis ilmiah pada asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis kejang demam.

* 1. Untuk profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien kejang demam.

## Metode Penulisan

1. **Metode**

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan menggunakan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

## Teknik Pengumpulan Data

* 1. Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan keluarga maupun tim kesehatan lain.

* 1. Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi, sikap dan perilaku klien yang dapat diamati.

* 1. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium yang dapat menunjang menegakkan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

## Sumber Data

* 1. Data Primer

Adalah data yang diperoleh dari pasien.

* 1. Data Sekunder

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

## Studi Kepustakaan

Yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

## Sistematika Penulisan

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

1. Bagian awal, memuat halaman judul, abstrak penulisan, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, perumusan masalah, tujuan, manfaat penulisan, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan pustaka berisi tentang konsep penyakit dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis kejang demam serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan kasus yang berisi tentang deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan yang berisi perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup yang berisi tentang kesimpulan, dan saran.

1. Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan dijelaskan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan anak dengan kejang demam. Konsep penyakit di bab ini akan diuraikan definisi, etiologi, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, dan cara penanganan kejang demam. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit kejang demam yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## Konsep Penyakit

* + 1. **Pengertian Kejang Demam**

Kejang yang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38oC yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium, biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun. Sedangkan usia < 4 minggu dan pernah kejang tanpa demam tidak termasuk dalam kategori ini.

Kejang demam tidak selalu seorang anak harus mengalami peningkatan suhu seperti diatas, kadang dengan suhu yang tidak terlalu tinggi anak sudah mengalami kejang. Kejang demam ini terjadi tanpa adanya infeksi intrakranial dan gangguan metabolic (Reese C, et al, 2012).

8

## Etiologi Kejang Demam

Kejang pada anak umumnya disebabkan karena demam,faktor genetik, kuman dan virus terhadap otak, radang otak akibat virus, riwayat keluarga baik orangtua maupun saudara kandung yang dulunya pernah mengalami kejang demam, pernah mengalami masalah sewaktu neonatus, gangguan metabolisme.

## Manifestasi Klinis

Kejang yang terkait dengan kenaikan suhu yang cepat dan biasanya berkembang bila suhu tubuh mencapai 39oC atau lebih. Kejang khas menyeluruh, tonik-klonik lama nya beberapa detik sampai 10 menit, diikuti dengan periode mengantuk singkat pasca kejang. Kejang demam yang menetap lebih lama dari 15 menit menunjukkan penyebab seperti proses infeksi atau toksik dan memerlukan pengamatan menyeluruh.

## Tanda dan Gejala

Gejala yang mungkin timbul saat anak mengalami kejang demam antara lain : anak mengalami demam (demam tinggi atau kenaikan suhu yang tiba-tiba), kejang tonik klonik, pingsan yang berlangsung selama 30 detik-5 menit (hampir terjadi pada anak yang mengalami kejang demam).

Kejang tonik (kontraksi dan kekakuan otot menyeluruh yang biasanya berlangsung selama 10-20 detik), gerakan klonik (kontraksi dan relaksasi otot yang kuat dan berirama, biasanya berlangsung selama 1-2 menit), lidah atau pipinya tergigit, gigi atau rahangnya terkatup rapat, mengeluarkan air kemih dan tinja diluar kesadarannya, gangguan pernapasan, apnea (henti nafas), dan kulitnya kebiruan. Saat kejang, anak akan mengalami berbagai macam gejala seperti:

1. Anak kehilangan kesadaran
2. Tangan dan kaki kaku
3. Sulit bernapas
4. Wajah dan kulit menjadi pucat atau kebiruan
5. Mata berputar-putar, sehingga hanya yang putih mata yang terlihat (Ngastiyah, 2005).

## Klasifikasi Kejang Demam

1. Kejang Demam Sederhana (KDS)

Kejang demam sederhana merupakan kejang demam yang berlangsung singkat, kurang dari 15 menit dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk umum tonik dan atau klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam. Kejang demam sederhana merupakan 80% dari seluruh kejadian kejang demam (Pusponegoro, 2006).

1. Kejang Demam Kompleks (KDK)

Kejang demam kompleks merupakan kejang demam dengan salah satu ciri kejang lama yang berlangsung >15 menit, kejang fokal atau parsial satu sisi, atau kejang umum didahului kejang parsial, atau berulang lebih dari 1 kali dalam 24 jam. Kejang lama adalah kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit atau kejang berulang lebih dari 2 kali dan diantara bangkitan kejang anak tidak sadar. Kejang lama terjadi pada 8% kejang demam (Pusponegoro, 2006).

## Patofisiologi Kejang Demam

Penyebab kejang demam adalah respon otak imatur terhadap peningkatan suhu yang cepat. Penyebab kejang diduga berhubungan dengan puncak suhu. Hipertermia mengurangi mekanisme yang menghambat aksi potensial. Pada penelitian binatang didapatkan peningkatan eksitabilitas neuron otak selama proses maturasinya. Suhu yang menimbulkan kejang demam adalah 38,5oC (Basuki, 2009). Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan suatu energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukosa. sifat proses itu adalah oksidasi dimana oksigen disediakan dengan perantaraan fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui sistem kardiovaskular. Jadi sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO2 dan air. Pada keadaan demam kenaikan suhu 10C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10%-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20% pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65%. Jadi pada kenaikan suhu tertentu dapat terjadi perubahan keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion ion kalium maupun ion natrium melalui membran tadi, dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik.lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehinggga dapat meluas keseluruh sel maupun ke membran sel tetangganya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmiter dan terjadilah kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung dari tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak menderita kejang pada suhu tubuh tertentu. Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang telah terjadi pada suhu 380C, sedangkan pada anak

dengan ambang kejang yang tinggi, kejang baru terjadi pada kenaikan suhu 400C atau lebih. Dari kenyataan ini dapat disimpulkan bahwa terulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada ambang yang rendah sehingga dalam penanggulangannya perlu diperhatikan pada tingkat suhu berapa penderita kejang.

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak menimbulkan gejala sisa.tetapi pada kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai dengan terjadinya apnea,meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnea, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh makin meningkat disebabkan meningkatnya aktifitas otot dan selanjutnya mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meninggikan permeabilitas kapiler dan timbul oedema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak.

Kerusakan pada mesial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari, sehingga terjadi serangan epilepsi yang spontan.jadi kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kalainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi (Wahidayat, Iskandar, 2007).

## Diagnosa Banding

Menghadapi seorang anak yang menderita demam dengan kejang, harus dipikirkan apakah penyebab dari kejang itu di dalam atau diluar susunan saraf pusat (otak). Kelainan di otak biasanya karena infeksi, misalnya meningitis, ensefalitis, abses otak dan lain-lain. Oleh sebab itu perlu waspada untuk menyingkirkan dahulu apakah ada kelainan organis di otak. Baru sesudah itu dipikirkan apakah kejang demam ini tergolong dalam kejang demam sederhana atau epilepsi yang disebabkan oleh demam (Wahidayat, Iskandar, 2007).

## Komplikasi

1. Epilepsi
2. Kejang berulang tanpa disertai demam
3. Hemiparesis akibat kejang atau terlalu lama
4. Retardasi mental

## Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium darah : untuk mencari etiologi kejang demam perlu dilakukan cek darah lengkap, kultur darah, elektrolit, magnesium, kalsium, fosfor, urinalisa, kultur urin (The Barbara, 2011) .
2. Urinalisis : Urinalisis direkomendasikan untuk pasien-pasien yang tidak ditemukan fokus infeksinya (Guidelines, 2010).
3. Pungsi Lumbal : Untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis.
4. Radiologi : Dipertimbangkan jika terdapat gejala klinis gangguan neurologis.
5. Elektroensefalografi (EEG) : Untuk menyingkirkan kemungkinan epilepsi.

## Pencegahan

1 .Harus selalu tersedia obat penurun panas yang didapatkan resep dokter yang telah mengandung antikonvulsan

1. Agar anak untuk segera diberi obat antipiretik bila orang tua mengetahui anak mulai demam (jangan menunggu suhu tubuh meningkat lagi). Pemberian obat diteruskan sampai suhu sudah turun selama 24 jam berikutnya. Jika demam masih naik turun agar dibawa berobat kedokter/puskesmas, untuk mendapatkan antibiotik
2. Jika terjadi kejang anak harus dibaringkan ditempat yang rata dan kepala dimiringkan. Bungkus bajunya dan pasangkan gagang sendok yang telah dibungkus kain/sapu tangan bersih kedalam mulutnya.
3. Apabila kejang berulang terjadi atau kejang terlalu lama walaupun telah diberi obat, segera bawa pasien tersebut ke rumah sakit karena hanya rumah sakit yang dapat memberikan pertolongan pada pasien yang menderita kejang.
4. Memberikan obat diazepam rektal bila memungkinkan memasukkan obat diazepam rectal, posisi pasien dimiringkan.
5. Saat akan di imunisasi agar memberitahu dokter/petugas imunisasi bahwa anaknya penderita kejang demam (agar tidak diberikan pertusis)
6. Walaupun kejang sudah lama tidak terjadi orang tua supaya tidak menghentikan terapi sendiri karena pengobatan profilaksis ini berlangsung sampai 3 tahun kemudian secara bertahap dosis dikurangi dalam waktu 3 sampai 6 bulan (ngastiyah, 2005).

## Penatalaksanaan

Pada tata laksana kejang demam, ada 3 hal yang perlu dikerjakan :

1. Pengobatan fase akut

Penanganan fase akut pada kejang demam antara lain:

* 1. Pertahankan jalan napas
	2. Lindungi anak dari trauma/cidera
	3. Posisikan anak tidur setengah duduk
	4. Longgarkan pakaian atau lepas pakaian yang tidak perlu
	5. Berikan oksigen bila tersedia
	6. Gunakan *suction* untuk secret hidung hidung dan mulut bila diperlukan
	7. Atasi demam dengan kompres dan antipiretik

Dosis parasetamol yang digunakan adalah 10-15 mg/kg/kali diberikan 4 kali sehari dan tidak lebih dari 5 kali. Dosis ibuprofen 5-10 mg/kg/kali, 3-4 kali sehari.

* 1. Monitor tanda vital
	2. Antikonvulsan rektal

Berika diazepam rektal 0,5-0,75 mg/kg atau dizapam 5 mg untuk anak dengan berat badan kurang dari 10 kg dan 10 mg untuk berat badan lebih dari 10 kg. atau diazepam rectal dengan dosis 5 mg untuk anak dibawah usia 3 tahun atau dosis 7,5 mg untuk anak diatas usia 3 tahun. (Pusponegoro, 2006).

* 1. Antikonvulsan intravena

Bila setelah 2 kali pemberian diazepam rectal masih tetap kejang, bila anak masih kejang selama >15 menit dapat diberikan.

* + 1. Diazepam intravena 0,2-0,5 mg/kg perlahan-lahan (kecepatan maksimum 1-2 mg/menit atau dalam waktu 3-4 menit) sampai maksimal 2-4 mg untuk bayi atau 5-10 mg untuk anak yang lebih

tua. Dosis yang sama bisa diulang tiap 10 sampai 30 menit hingga 3 dosis, bila diperlukan.

* + 1. Lorazepam intravena 0,05-0,10 mg/kg/dosis (kecepatan maksimum

1 mg/menit) hingga maksimal 4 mg. bila dibutuhkan dapat ditambahkan 0,05 mg/kg 10 menit kemudian.

Bila kejang tetap belum berhenti diberikan fenitoin secara intravena dengan dosis awal 10-20 mg/kg/kali dengan kecepatan 1 mg/kg/menit atau kurang dari 50 mg/menit. Bila kejang berhenti, dosis selanjutnya adalah 4-8 mg/kg/hari. Namun, bila dengan fenitoin kejang belum berhenti maka pasien harus dirawat di ruang intensif (Pusponegoro, 2006).

1. Mencari dan mengobati penyebab demam

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menyingkirkan kemungkinan meningitis, pemeriksaan laboratorium lain dilakukan atas indikasi untuk mencari penyebab (Soetomenggolo, 1999).

1. Pengobatan profilaksis terhadap berulang kejang demam

Pencegahan berulangnya kejang demam perlu dilakukan karena bila sering berulang dapat menyebabkan kerusakan otak yang menetap. Ada duaa cara pengobatan profilaksis (Soetomenggolo, 1999):

* 1. Profilaksis intermitten pada waktu demam
	2. Profilaksis terus menerus dengan antikonvulsan setiap hari

Diazepam intrarektal tiap 8 jam sebanyak 5 mg untuk pasien dengan berat badan kurang dari 10 kg dan 10 mg untuk pasien dengan berat badan lebih dari 10 kg, setiap pasien menunjukkan suhu 38,5°C atau lebih. Diazepam

dapat pula diberikan secara oral dengan dosis 0,5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 3 dosis pada waktu pasien demam (Soetomenggolo, 1999).

Untuk profilaksis terus menerus/ jangka panjang dapat dengan pemberian obat rumat. Pengobatan rumat hanya diberikan bila kejang demam menunjukkan ciri sebagai berikut (salah satu) (Pusponegoro, 2006):

1. Kejang lama > 15 menit.
2. Adanya kelainan neurologis yang nyata sebelum atau sesudah kejang, misalnya hemiparesis, paresis Todd, cereberal palsy, retardasi mental, hidrosefalus.
3. Kejang fokal

Obat pilihan adalah asam valproate adalah 15-40 mg.kgBB/hari. Untuk fenobarbitak 3-4 mg.kgBB/hari dalam 1-2 dosis. Pengobatan diberikan selama 1 tahun bebas kejang, kemudian dihentikan secara bertahap selama 1-2 bulan (Pusponegoro, 2006).

## Konsep Anak

* + 1. **Definisi Tumbuh Kembang**

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat (Kemenkes RI, 2015). Pertumbuhan adalah peningkatan jumlah dan ukuran, besarnya sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Pertumbuhan fisik merupakan hal yang kuantitatif atau dapat diukur, aspek peningkatan ukuran fisik individu sebagai hasil peningkatan dalam jumlah sel. Indikator ukuran

pertumbuhan meliputi perubahan tinggi dan berat badan, gigi struktur skelet, dan karakteristik seksual (Whaley dan Wong, 2004)

Perkembangan adalah bertambahnya fungsi/kemampuan sensoris (dengar, lihat, raba, rasa, cium), motorik (gerak, kasar, halus), kognitif (pengetahuan, kecerdasan), komunikasi/berbahasa, emosi-sosial, dan kemandirian(Depkes RI,2013). Perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar dan gerak halus, bicara dan bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian (Kemenkes RI, 2015).

## Tabel 2.1 Pertumbuhan anak usia bayi sampai usia remaja

|  |  |
| --- | --- |
| USIA | Pertemuan |
| Tinggi Badan (cm) | Berat Badan (kg) | Lingkar Kepala |
| Bayi0-1 tahun | 2,5 cm tiap bulan | 140-200 gr tiap minggu | 24 cm |
| Toddler 1-3 tahun | 6-12 cm tiap tahun | 2-3 kg tiap tahun | 47 cm |
| Pra Sekolah 3-6 tahun | 5-7,5 cm tiap tahun | 2-3 kg tiap tahun | 49 cm |
| Sekolah6-12 tahun | 5 cm tiap tahun | 2-3 kg tiap tahun | 49 cm |
| Remaja12-18 tahun | 5-30 cm | 7-30 kg | 54 cm |

Sumber : Wong (2009:113)

## Tumbuh Kembang Anak Usia Toddler

Pada usia toddler, berat badan mengalami kenaikan rata-rata 2-3 kg per tahun. Tinggi badan anak pada usia toodler bertambah rata-rata 6-12 cm per tahun.

* + - 1. Perkembangan motorik kasar anak usia 17 bulan. Perkembangan motorik kasar diawali dengan :

Berjalan tanpa bantuan, memanjat tangga, berlutut tanpa sokongan.

* + - 1. Perkembangan motorik halus ditandai dengan :

Senang menjatuhkan benda ke lantai, dapat membangun menara dari dua kotak, mencorat-coret dengan spontan, menggunakan cangkir dengan baik.

* + - 1. Perkembangan bahasa ditandai dengan :

Mengatakan empat sampai enam kata, meminta objek dengan menunjukkan nya, memahami perintah sederhana, menggunakan kata “tidak” meskipun menyetujui permintaan.

* + - 1. Perkembangan adaptasi sosial ditandai dengan :

Menoleransi perpisahan dengan orang tua, makan sendiri dan sedikit tumpah, mencium dan memeluk orang tua.

## Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat dimana mengharuskan anak tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangan kembali ke rumah (Wong, 2000).

## Imunisasi

* + 1. **Pengertian**

imunisasi berasal dari kata imun, kebal atau resistan. Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit

tersebut tidak akan sakit atau sakit hanya mengalami sakit ringan (Kemenkes, 2015).

## Lokasi Pemberian

1. Oral : diberikan pada jenis vaksin polio OPV (oral poliomyelitis)
2. Intrakutan : diberikan pada deltoid kanan jenis vaksin BCG
3. Subkutan : diberikan pada lengan atas belakang jenis vaksin campak dan MMR.
4. Intramuskuler : Hepatitis B di daerah deltoid kiri atau kanan pada anak, sedangkan pada bayi di paha anterolateral (antero : otot-otot bagian depan, lateral

: otot bagian luar).

## Jenis Vaksin

1. BCG (Bacillus Calmette Guerin)

Vaksin BCG memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit tuberculosis (TBC). BCG diberikan satu kali sebelum anak berumur 2bulan. Cara penyuntikan BCG yaitu melalui intrakutan dengan dosis pemberian 0,05 ml.

1. Vaksin DPT (Difteri, Pertusis, Tetanus)

Imunisasi DPT adalah suatu vaksin 3 in 1 (tiga vaksin dalam satu sediaan) yang melindungi tubuh dari difteri, pertusis, tetanus. Imunisasi DPT diberikan sebanyak 3 kali, yaitu pada saat anak umur 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan, selang waktu tidak kurang dari 4 minggu. Imunisasi DPT ulang diberikan 1 tahun setelah DPT III dan pada usia pra sekolah(5-6 tahun). Jika anak mengalami reaksi alergi terhadap vaksin pertusis, maka sebaiknya diberikan DT bukan DPT.

1. Vaksin Hepatitis B

Imunisasi hepatitis B untuk mencegah penyakit yang disebabkan oleh virus hepatitis B yang berakibat pada hati. Penyakit ini menular melaului darah atau cairan tubuh yang lain dari orang yang terinfeksi.

1. Vaksin Polio

Imunisasi polio memberikan kekebalan terhadap penyakit polio. Penyakit ini disebabkan oleh virus, menyebar melalui tinja/kotoran orang yang terinfeksi. Anak yang terkena polio dapat menjadi lumpuh layuh. Vaksin polio ada dua jenis yakni *inactivated polio vaccine* (IPV) dan *oral polio vaccine* (OPV).

1. Vaksin Campak

Pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit campak. Cara pemberian dan dosis yaitu 0,5 ml disuntikan secara subkutan pada lengan kiri atas atau anterolateral paha pada usia 9-11 bulan.

## Nutrisi Pada Anak Usia Toddler

* + 1. **Pengertian**

Nutrisi adalah proses pemasukan dan pengolahan zat makanan oleh tubuh yang bertujuan menghasilkan energi dan digunakan dalam aktivitas tubuh.(hidayat, A 2009). *Nutrien* adalah zat gizi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tumbuh dan berkembang. Setiap anak mempunyai kebutuhan nutrien yang berbeda – beda dan anak mempunyai karakteristik yang khas dalam mengkonsumsi makanan atau zat gizi tersebut. Oleh karena itu, untuk menentukan makanan yang tepat pada anak, tentukan jumlah kebutuhan dari setiap nutrien, kemudian tentukan jenis bahan makanan yang dapat dipilih untuk diolah sesuai

dengan menu yang diinginkan, tentukan juga jadwal pemberian makanan dan perhatikan porsi yang dihabiskannya (Yupi Supartini, 2004).

## Tujuan Pemberian Nutrisi

Menurut hidayat A, 2009 dalam melaksanakan pemberian makanan yang sebaik-baiknya kepada bayi dan anak, bertujuan sebagai berikut:

1. Memenuhi zat gizi yang cukup sesuai denagn kebutuhan tubuh untuk pertumbuhan dan perkembangan.
2. Membantu pemulihan setelah sakit.
3. Mendidik kebiasaan makan yang baik.
4. Mengurangi resiko obesitas pada usia dini.
	* 1. Karakteristik Terkait Dengan Pemenuhan Kebutuhan Nutrisi
5. Pada anak usia toddler terdapat karakteristik :
	1. Anak sukar/kurang makan.
	2. Nafsu makan anak seringkali berubah.
	3. Biasanya anak menyukai jenis makanan tertentu.
	4. Anak cepat bosan dan tidak tahan makan sambil duduk dalam waktu lama.
6. Kecukupan energi dalam sehari anak umur 1-3 tahun pada anak laki-laki 100 (kkal/kg BB), pada wanita 100 (kkal/kg BB)
7. kecukupan protein dalam sehari anak anak umur 1-5 tahun sebanyak 1,5 (g/kg BB).

## Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan yang mempunyai lima tahapan. Tahapan yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses pemecahan masalah yang sistematik dalam memberikan pelayanan keperawatan serta dapat menghasilkan

rencana keperawatan yang menerapkan kebutuhan setiap pasien seperti yang tersebut diatas yaitu melalui empat tahapan keperawatan.

## Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Data yang dikumpulkan dalam pengkajian ini meliputi bio-psiko-sosio-spritual. Dalam proses pengkajian ada 2 tahap yang perlu dilalui yaitu pengumpulan data dan analisa data.

## Pengumpulan data

Pada tahap ini merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data-data) dari pasien yang meliputi unsur bio-psiko-spritual yang komprehensif secara lengkap dan relevan untuk mengenal pasien agar dapat memberi arahan tindakan keperawatan.

## Identitas

Nama pasien,nama panggilan,jenis kelamin, jumlah saudara, alamat, bahasa yang digunakan. Umur, sering terjadi pada anak balita dan tidak menutup kemungkinan anak usia 1-3 tahun, tidak terdapat perbedaan jenis kelamin.

## Keluhan utama

Biasanya ditandai dengan demam tinggi disertai timbul kejang.

## Riwayat penyakit dahulu

Meliputi penyakit waktu kecil, apa pernah dirawat di rumah sakit, obat yang biasa digunakan, alergi.

## Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum dan tanda-tanda vital: adanya peningkatan suhu tubuh, diwaspadai peningkatan suhu tubuh yang terlalu tinggi dapat menimbulkan kejang berulang.
2. Pemeriksaan kepala dan rambut

Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut berwarna hitam

1. Mata

Pada pemeriksaan fisik mata gerakan mata normal,tidak cekung, mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, Pupil bulat isokor.

1. Hidung

Pada pemeriksaan hidung septum berada ditengah tidak ada epistaksis

1. Telinga

Kedua telinga tampak simetris, tidak ada serumen, pendengaran baik

1. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir lembab,tidak tampak sianosis,tidak ada perdarahan gusi,tidak ada sariawan atau stomatitis,tidak terdapat tonsil.

1. Tengkuk dan leher

Leher simetris terpusat pada posisi kepala,tidak ada pembesaran kelenjar getah bening,tidak ada pembesaran thyroid, tidak ada kaku kuduk.

1. Pemeriksaan thorax/dada Paru

Pada inspeksi bentuk dada normochest,pola nafas teratur, biasanya ada batuk dan lendir tidak ada nyeri tekan. Pada perkusi didapatkan suara sonor,pada auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronkhi pada seluruh lapang paru.

Jantung

Pada inspeksi pasien tidak terdapat sianosis, tidak ada pembengkakan pada jari tangan dan kaki, pada palpasi ictus cordis tidak teraba, tidak terdapat nyeri dada, pada perkusi suara sonor, pada auskultasi didapatkan bunyi irama reguler.

1. Punggung

Pada punggung tidak terdapat decubitus, dan tidak ada kelainan tulang belakang, tidak ada benjolan.

1. Pemeriksaan abdomen

Pada inspeksi didapatkan bentuk perut cembung, tidak didapatkan benjolan yang abnormal, pada palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, pada perkusi didapatkan bunyi timpani.

1. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Ada/tidak ada benjolan, anus normal/tidak, jenis kelamin pasien.

1. Pemeriksaan musculuskeletal

terdapat fraktur/tidak, kemampuan pergerakan sendi, kekuatan otot tangan kanan dan kiri dan kekuatan kaki kanan dan kiri.

1. Pemeriksaan neurologi

Kesadaran compos mentis, tidak terjadi kejang.

1. Pemeriksaan integumen

Tidak ada oedema, turgor kulit elastis

g) Pemeriksaan tingkat perkembangan

Tumbuh kembang: BB sesuai dengan usia toddler. Adaptasi sosial, bahasa, motorik halus, motorik kasar.

## Analisa Data

Dari hasil pengkajian kemudian data tersebut dikelompokkan lalu dianalisa sehingga dapat ditarik kesimpulan masalah yang timbul dan untuk selanjutnya dapat dirumuskan diagnosa keperawatan.

## Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah yang jatuh ke bawah.
2. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi.
3. cemas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
4. Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, dan kebutuhan terapi berhubungan dengan pemaparan informasi terbatas.

## Perencanaan

* 1. **Diagnosa keperawatan 1:**

Dx 1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah yang jatuh ke belakang.

Tujuan: bersihan jalan nafas efektif selama 3x24 jam

Kriteria hasil: RR normal,tidak ada sekret,tidak ada suara nafas tambahan. Intervensi:

1. Kaji fungsi pernapasan,suara nafas dan kecepatan nafas

R/ kelainan bunyi nafas menandakan adanya sekret berlebih, kecepatan nafas tidak stabil menandakan adanya komplikasi penyakit.

1. Observasi TTV

R/ mengetahui perubahan tanda vital berhubungan dengan perubahan kecepatan pernapasan dan nadi.

1. Berikan nebulizer

R/ untuk memudahkan mengencerkan sekret. Pemberian terapi nebulizer atas anjuran dokter.

1. atur posisi semi fowler

R/ posisi semi fowler memudahkan ekspansi paru

1. Kolaborasi pemberian obat dengan dokter

R/ pemberian obat untuk mengurangi produksi sekret,mengurangi batuk dan memperlancar pernapasan.

## Diagnosa keperawatan 2:

Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi penyakit

Tujuan: suhu tubuh dalam batas normal 36-37,5oC dalam waktu 3x24jam

Kriteria hasil:

Suhu tubuh dalam batas normal 360-37,50, tidak ada tanda peningkatan suhu tubuh, klien tenang.

Intervensi:

1. Observasi suhu tiap 4 jam

R/ mengetahui secara dini peningkatan suhu tubuh dan gejala yang menyertai.

1. Berikan pakaian anak yang tipis menyerap keringat

R/ memberikan rasa nyaman mempercepat penguapan panas tubuh.

1. Anjurkan pasien banyak minum

R/ peningkatan suhu tubuh mengakibatkan penguapan cairan tubuh meningkat sehingga perlu diimbangi dengan asupan cairan yang banyak.

1. Lakukan kompres dingin pada lipatan paha dan axila

R/ membantu mempercepat menurunkan panas karena daerah tersebut dekat dengan arteri besar.

1. Kolaborasi dengan dokter pemberian antipiuretik dan cairan

R/ anti piuretik dapat menurunkan suhu tubuh sehingga suhu tubuh diupayakan mendekati suhu normal.

## Diagnosa Keperawatan 3:

Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ansietas berkurang

Kriteria hasil: keluarga tidak cemas dan keluarga memahami tentang penyakit pasien

1. Dorong keluarga pasien untuk membicarakan kecemasan dan berikan umpan balik tentang mekanisme koping yang tepat

R/ mengetahui tingkat kecemasan keluarga dan mengetahui pemahaman keluarga tentang penyakit.

1. Dengarkan dengan penuh perhatian keluhan orang tua pasien, kaji pengetahuan orang tua mengenai situasi yang dialami kliennya dan berikan dorongan kepada orang tua pasien.

R/ Untuk mendiskusikan munculnya ansietas sehingga dapat membantu orang tua pasien mengidentifikasi perilaku kecemasan dan meringankan beban kecemasan orang tua.

1. Berikan penjelasan dengan benar kepada orang tua pasien tentang penyakit dan semua tindakan yang diberikan kepada pasien.

R/ Untuk menghindari terlalu banyaknya informasi yang kurang jelas.

1. libatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan untuk pasien

R/ Untuk membangun kepercayaan diri dan menumbuhkan rasa percaya keluarga pasien.

## Diagnosa keperawatan 4

Kurang pengetahuan keluarga tentang kondisi, dan kebutuhan terapi b/d pemaparan informasi terbatas.

Tujuan : Keluarga memahami penyakit pasien dalam waktu 2x24 jam. Kriteria hasil: keluarga mengungkapkan pemahaman tentang penyakit pasien.

* + 1. Kaji pengetahuan keluarga tentang penyakit

R/ mengetahui pengetahuan keluarga tentang penyakit yang diderita pasien

* + 1. Jelaskan tentang proses penyakit anaknya, penyebab dan akibatnya terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan sehari-hari aktivitas sehari-hari.

R/ Menambah pemahaman tentang masalah ini penting untuk meningkatkan partisipasi keluarga pasien dan keluarga dalam proses perawatan pasien. Jelaskan tentang tujuan pemberian obat, dosis, frekuensi dan cara pemberian serta efek samping yang mungkin timbul

* + 1. Kolaborasi dengan keluarga dalam melakukan perawatan terhadap pasien

R/ Meningkatkan pemahaman dan partisipasi keluarga pasien dalam pengobatan.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu.

Pada diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam dengan intervensi observasi tanda-tanda vital, mengkaji suara nafas tambahan,kecepatan pernapasan, melakukan nebul, mengatur posisi pasien dan memberikan obat anti kejang dan ventolin (Taylor,Chyntia M,2010 ).

Pada diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses infeksi penyakit dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 3x24 jam dengan intervensi observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam, memberikan baju yang tipis yang menyerap keringat, kompres dingin pada lipatan paha dan axila, menganjurkan pasien banyak minum dan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian cairan dan antipiuretik (Carpenito,2009).

Pada diagnosa cemas berhubungan dengan kurang terpapar informasi dilakukan tindakan keperawatan selama dengan intervesi mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit pasien, menjelaskan tentang penyakit pasien dan libatkan keluarga dalam melakukan tindakan (Taylor,chyntia M,2010 ).

Pada diagnosa kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dilakukan tindakan keperawatan dengan intervensi mengkaji pengetahuan keluarga tentang penyakit, berikan penjelasan tentang penyakit dan libatkan keluarga dalam melakukan terapi (Taylor,chyntia M,2010 ).

## Evaluasi

Dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai apa belum,

dapat juga timbul masalah baru. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas efektif, hipertermi teratasi, ansietas teratasi dan kurangnya pengetahuan keluarga teratasi.

## Kerangka Masalah

**Gambar 2.2 Kerangka Masalah Kejang Demam**

Rangsang mekanik dan biokimia gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit

Infeksi virus dan bakteri

Reaksi inflamasi

Proses demam

**Hipertermi**

on kalium dan n

Perubahan konsentrasi ion di ruang ekstraseluler

Difusi i atrium

melalui membran

**Resik**

Ketidakseimbangan potensial membran ATP Ase

Difusi Na+ dan K+

**Ketidakefe**

Lepasnya muatan listrik yang besar dan meluas ke seluruh sel dan membran sel

**o cider a**

Kejan g

**kti fan jalan nafas**

**Resiko terjadinya kejang berulang**

Pengobatan,perawatan kondisi dan diit

Kurang informasi tentang kondisi, pengobatan dan perawatan

Lebih dari 15 menit

Perubahan suplai darah ke otak

Resiko kerusakan neuron di otak

Kurang dari 15 menit

Tidak menimbulkan masalah sisa

## kurang pengetahuan Perfusi jaringan serebral

**tidak efektif**

## BAB 3 TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan disajikan hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis Kejang Demam yang diamati mulai tanggal 27 januari 2020 sampai 29 januari 2020 di Ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari keluarga pasien serta file No. RM 64.12.xx sebagai berikut :

## PENGKAJIAN

* + 1. **Identitas**

Pasien adalah seorang anak dengan jenis kelamin laki-laki yang bernama An.N usia 17 bulan dengan golongan darah B, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah bahasa Indonesia. Pasien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara, pasien tinggal dengan nenek dan orangtua nya di Surabaya. Orang tua pasien bernama Tn.A usia 30 tahun dan Ny.S usia 29 tahun, keduanya beragama islam dan pekerjaan nya adalah wiraswasta. Pasien masuk rumah sakit tanggal 26 januari 2020 pukul 20.00 WIB.

## Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan An.N demam.

## Riwayat Penyakit Sekarang

Ibu pasien mengatakan An.N badan nya panas, batuk ngekel tetapi An.N tidak bisa mengeluarkan dahak nya, lalu muntah lendir sebanyak 3x pada hari

32

sabtu tanggal 25 januari 2020 pukul 00.00, kemudian saat ibu pasien mengukur suhu nya di rumah tiba-tiba An.N kejang lalu oleh keluarga dibawa ke IGD Rumah Sakit RKZ Surabaya. Di IGD Rumah Sakit RKZ anak kejang sebanyak 3 kali, di RKZ sudah diberi injeksi santagesik 100 mg. Pada tanggal 26 januari 2020 pukul 12.30 ibu pasien minta dirujuk ke IGD Rumah Sakit Dr.Ramelan Surabaya karena di RKZ tidak bisa menggunakan BPJS. Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Dr.Ramelan Surabaya pada pukul 13.25 dengan kondisi lemah, di IGD Rumah Sakit Dr.Ramelan Surabaya dilakukan tindakan nebulizer karena An.N batuk ngekel dan bunyi grok-grok dan mendapat terapi injeksi santagesik 100 mg. Hasil observasi TTV IGD suhu : 39,3oC, nadi : 110x/menit, RR : 36x/menit. Pada pukul

20.00 pasien di pindah ke ruang DII diantar oleh petugas IGD dengan dipangku

ibunya menggunakan kursi roda. Kondisi pasien masih lemas, pasien mendapatkan perawatan di kamar 4. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 27 januari 2020 jam 09.30 WIB. ibu pasien mengatakan anaknya masih demam dan batuk grok-grok tetapi tidak kejang. Terpasang cairan infus D5 ¼ NS 1000 cc/24 jam. Hasil observasi TTV suhu : 39,6oC, nadi : 110x/menit, RR : 22x/menit.

## Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal Care

Ibu pasien mengatakan selama kehamilan selalu periksa rutin ke dokter kandungan tiap 1 bulan sekali untuk mengobservasi tumbuh kembang janin dan selama mengandung tidak pernah mengeluh mual.

1. Natal Care

Ibu pasien mengatakan An.N dilahirkan secara normal dengan usia kehamilan 41 minggu, panjang 50 cm dan berat badan 3250 gram.

1. Post Natal Care

Ibu pasien mengatakan An.N saat lahir diberikan ASI ekslusif selama 6 bulan, dan mulai umur 7 bulan mengkonsumsi susu formula.

## Riwayat Masa Lampau

1. Penyakit-Penyakit Waktu Kecil

Ibu pasien mengatakan An.N pernah dirawat di RS dengan diagnosa medis pneumonia pada tahun 2019.

1. Pernah Dirawat Di Rumah Sakit

Pasien pernah dirawat di RS karena pneumonia pada tahun 2019 dan kejang demam pada tanggal 25 januari 2020 di Rumah Sakit RKZ Surabaya.

1. Penggunaan Obat-Obatan

Ibu pasien mengatakan hanya memberikan obat-obatan sesuai arahan dokter di Rumah Sakit.

1. Tindakan (Operasi Atau Tindakan Lain)

An.N selama ini tidak pernah mengalami tindakan operasi.

1. Alergi

An.N tidak memiliki alergi seperti debu,makanan dan obat-obatan.

1. Kecelakaan

Ibu pasien mengatakan An.N tidak pernah mengalami kecelakaan.

1. Imunisasi

Ibu pasien mengatakan An.N mendapat imunisasi lengkap sesuai umurnya.

## Pengkajian Keluarga

1. Genogram

**17bln**

Keterangan : □ : Laki – Laki

* + : perempuan

: Pasien

---- : Tinggal serumah

× : Meninggal

1. Psikososial Keluarga

Ibu pasien sedih dan cemas anaknya masuk rumah sakit. Ibu pasien sering bertanya kapan anaknya pulang. Ibu berharap anaknya segera sembuh agar bisa bermain bersama kakaknya lagi.

## Riwayat sosial

1. Yang Mengasuh Anak

Sehari-hari pasien diasuh oleh neneknya saat kedua orangtua nya bekerja.

1. Hubungan Dengan Anggota Keluarga

Pasien sangat disayangi oleh orangtua dan seluruh anggota keluarga nya.

1. Hubungan dengan teman sebaya

Sebelum masuk rumah sakit pasien berhubungan baik dengan teman di sekitar rumahnya, namun selama di rumah sakit hanya berinteraksi dengan ibu dan ayahnya

1. Pembawaan secara umum

Pasien terlihat lemas dan hanya terbaring di tempat tidur, pasien terkadang juga menangis saat perawat menghampiri untuk melakukan tindakan.

## Kebutuhan Dasar

* + - 1. Pola nutrisi

SMRS An.N makan 2x sehari dan menghabiskan makanan yang disediakan. Makanan kesukaannya adalah biskuit. An.N juga mengkonsumsi susu formula 3x ±700 cc. Pada saat MRS An.N hanya menghabiskan 4 sendok makan porsi yang disediakan. An.N mengkonsumsi susu formula 3x sehari ±700 cc/24 jam dan air putih ±600 ml/24 jam

* + - 1. Pola tidur

Kebiasaan tidur An.N yaitu menonton kartun kesukaan di youtube sambil minum susu. SMRS An.N tidur 11 jam perhari dengan perincian tidur siang klien jam 12.00-15.00 WIB, dan waktu tidur malam dari jam 22.00-06.00 WIB.

Saat di rumah sakit waktu tidur nya berkurang karena saat perawat melakukan tindakan An.N terbangun dan rewel.

* + - 1. Pola Aktifitas / Bermain

SMRS An.N senang bermain pasar-pasaran dengan kakaknya. Di rumah sakit An.N hanya berbaring di tempat tidur dengan menonton kartun di youtube.

* + - 1. Pola eliminasi

SMRS BAB An.N 1x sehari dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan. BAK An.N memakai pampers ±130 ml. Sejak MRS An.N belum BAB, BAK An.n ±140 ml memakai pampers.

* + - 1. Pola kognitif perseptual

Ibu pasien mengatakan jika An.N dipanggil dan diajak berbicara cepat tanggap.

* + - 1. Pola koping toleransi stress

Ibu pasien mengatakan saat di rumah sakit An.N harus di rayu dulu agar mau makan, dan rewel minta di temani oleh ayahnya tetapi ibunya mengalihkan ke hal lain agar An.N berhenti menangis.

## Keadaan Umum (Penampilan Umum)

1. Cara Masuk

Pada tanggal 26 januari 2020 pukul 13.25 datang ke IGD RSAL dari IGD

RKZ Surabaya, pasien di pindah ke ruang DII diantar oleh petugas IGD menggunakan kursi roda.

1. Keadaan Umum

Klien terlihat lemas, kesadaran composmentis, akral hangat kering kemerahan.

## Tanda-tanda vital

Saat di observasi TTV pada tanggal 27 januari 2020 suhu 39,6oC, RR : 22x/mnt TB : 78 cm BB sebelum masuk rumah sakit 10 kg

## Pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi)

1. Pemeriksaan kepala dan rambut

Pada kepala tidak terdapat benjolan, rambut pasien berwarna hitam, tidak ada lesi, rambut tipis.

1. Mata

gerakan mata pasien normal, kedua mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, Pupil bulat isokor.

1. Hidung

Pada pemeriksaan hidung pasien bentuk normal, septum berada ditengah, terdapat lendir, tidak ada epistaksis

1. Telinga

Kedua telinga pasien tampak simetris,tidak ada serumen,pendengaran pasien baik,

1. Mulut dan Tenggorokan

Mukosa bibir pasien lembab, tidak tampak sianosis, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada sariawan atau stomatitis, tidak terdapat tonsil.

1. Tengkuk dan leher

Leher simetris terpusat pada posisi kepala,tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran thyroid, tidak ada kaku kuduk.

1. Pemeriksaan thorax/dada Paru

Pada inspeksi bentuk dada normochest, pola nafas teratur, ada batuk. Pada palpasi didapatkan RR 22 x/menit, tidak ada nyeri tekan. Pada auskultasi didapatkan suara nafas tambahan ronkhi di area seluruh lapang paru sebelah kanan.

Jantung

Pada inspeksi pasien tidak terdapat sianosis, tidak ada pembengkakan pada jari tangan dan kaki, pada palpasi ictus cordis tidak teraba, tidak terdapat nyeri dada, nadi 110 x/menit, pada perkusi suara sonor, pada auskultasi didapatkan bunyi irama reguler.

1. Punggung

Pada punggung pasien tidak terdapat decubitus, tidak ada kelainan tulang belakang, dan tidak ada benjolan.

1. Pemeriksaan abdomen

Pada inspeksi didapatkan bentuk perut cembung, tidak didapatkan benjolan yang abnormal, pada palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, pada perkusi didapatkan bunyi timpani, pada auskultasi bising usus 5x/menit.

1. Pemeriksaan kelamin dan daerah sekitarnya

Pasien berjenis kelamin laki-laki, tidak ada benjolan, anus normal

1. Pemeriksaan musculuskeletal

Pada pasien tidak terdapat fraktur,kemampuan pergerakan sendi bebas, kekuatan otot tangan kanan dan kiri maksimal dan kekuatan kaki kanan dan kiri maksimal.

1. Pemeriksaan neurologi

Kesadaran pasien compos mentis, tidak terjadi kejang.

1. Pemeriksaan integumen

Tidak ada oedema, turgor kulit elastis,CRT < 3 detik, akral kulit hangat, terpasang infus D5 ¼ NS 1000 cc/24 jam,(7 tpm).

## 3.1.11 Tingkat Perkembangan

1. Adaptasi sosial

Pasien mampu makan sendiri meskipun sedikit tumpah.

1. Bahasa

Ibu pasien mengatakan jika anaknya sudah bisa ngomong mama, ayah, kakak, uti (sebutan nenek nya), bubuk dan jika lapar selalu berkata “aem”.

1. Motorik halus

Ibu pasien mengatakan jika An.N sudah bisa menggambar lingkaran di kertas.

1. Motorik kasar

Ibu pasien mengatakan jika anaknya sudah bisa berjalan tanpa bantuan dan menaiki tangga dalam pengawasan orang tua.

Kesimpulan perkembangan :

Setelah dilakukan DDST Perkembangan pasien dalam batas normal (tidak ada gangguan dalam perkembangan).

## 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratoratorium

## Tabel 3.1 Laboratorium An. N 27 Januari 2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parameter | Result | Unit | Ref. Ranges |
| **HEMATOLOGI** |  |  |  |
| WBC | 5.55 | 10^3/uL | 4.0-10.0 |
| Neu# | 2.04 | 10^3/uL | 2.0-7.0 |
| Neu% | 36.7 | % | 50.0-70.0 |
| Lym# | 3.14 | 10^3/uL | 0.8-4.0 |
| Lym% | 56.7 | % | 20.0-40.0 |
| Mon# | 0.31 | 10^3/uL | 0.12-1.2 |
| Mon% | 5.6 | % | 3.0-12.0 |
| Eos# | 0.04 | 10^3/uL | 0.02-0.5 |
| Eos% | 0.7 | % | 0.5-5.0 |
| Bas# | 0.01 |  | 0.0-.01 |
| Bas% | 0.3 | % | 0.0-1.0 |
| RBC | 4.7 | 10^6/uL | 3.5-5.5 |
| HGB | 10.8 | g/dL | 13.2-17.3 |
| HCT | 32.5 | % | 37.0-54.0 |
| MCV | 69.2 | fL | 80.0-100.0 |
| MCH | 23.0 | Pg | 27.0-34.0 |
| MCHC | 33.3 | g/dL | 32.0-36.0 |
| RDW\_CV | 14.8 | % | 11.0-16.0 |
| RDW\_SD | 36.5 | fL | 35.0-56.0 |
| PLT | 224 | 10^3/uL | 150.0-450.0 |
| MPV | 10.7 | fL | 6.5-12.0 |
| PDW | 8.7 |  | 15.0-17.0 |
| PCT | 2.41 | % | 0.108-0.282 |
| IMG# | 0.02 | 10^3/uL | 0.0-999.99 |
| IMG% | 0.3 | % | 0.0-100.0 |

Penatalaksaan

1. Terapi obat

## Tabel 3.3 Terapi Obat An.N

Tanggal 27 Januari 2020

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | Dosis |
| Phenitoin | 3x20mg (drip) |
| Antrain | 3x100mg |

|  |  |
| --- | --- |
| diazepam | 3mg, injeksi iv |
| P.O batuk | 3x1 capsul |
| Infus D5 ¼ NS | 1000cc/24 jam |

Yang Melakukan Pengkajian Surabaya, 27 Januari 2020

Diah Arista

## Analisa Data

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama : | An.N | Umur : | 17 bulan |
| Ruang : | DII | No Rm : | 64-12-xx |

**Tabel 3.4 Analisa data**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Data (sympthom)** | **Penyebab (etiologi)** | **Masalah (problem)** |
| 1. | DS :* Ibu px mengatakan anaknya batuk sudah 3 hari dan tidak bisa mengeluarkan dahak nya.

DO :* Keadaan umum lemah
* TTV: RR: 22 x/menit, nadi: 110x/menit, suhu: 370C
* Terdengar suara nafas ronchi saat auskultasi
* Mendapat terapi obat

P.O batuk 3x1 kapsul. | Sekresi yang tertahan | Bersihan jalan nafas tidak efektif |
| 2. | DS :* Ibu px mengatakan khawatir dengan keadaan anaknya.
* Ibu px mengatakan sulit tidur karena memikirkan kondisi anaknya.

Do :* Ibu px tampak gelisah.
* Ibu px terlihat tegang dengan kondisi anaknya.
* Ibu px tampak lelah karena tidak bisa tidur.
 | Kurang terpapar informasi | Ansietas |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3. | DS :* Ibu px mengatakan An.N panas sejak 2 hari yang lalu.
* Ibu px mengatakan kondisi An.N lemas.

DO :* Suhu tubuh diatas normal 39,6˚ C
* Akral hangat
* TTV S : 39,6OC, N :

110X/menit, RR : 22x/mnt | Proses Penyakit | Hipertermia |

* 1. **Prioritas Masalah**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama : | An.N | Umur : | 17 bulan |
| Ruang : | DII | No Rm : | 64-1x-xx |
| **Tabel** | **3.5** | **Prioritas** | **Masalah** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Masalah Keperawatan** | **Tanggal** |  | **Paraf** |
|  |  | **Ditemukan** | **Teratasi** |  |
| 1. | Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit | 27 Januari 2020 | 28 Januari 2020 | Diah |
| 2. | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan | 27 Januari 2020 | 30 Januari 2020 | Diah |
| 3. | Ansietas berhubungandengan kurang terpapar informasi | 27 Januari 2020 | 28 Januari 2020 | Diah |

* 1. **Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nama : | An.N | Umur : | 17 bulan |
| Ruang : | D2 | No Rm : | 64-1x-xx |

**Tabel 3.6 Rencana Keperawatan**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Diagnosis Keperawatan** | **Tujuan dan Kriteria Hasil** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan | Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 diharapkan hipertermia pada pasien dapat teratasi dengan Kriteria hasil:1. Suhu tubuh dalam rentang normal 36- 37,5oC
2. Nadi dan RR dalam rentang normal 110x/mnt, 20-30x/mnt
3. Tidak pucat
4. tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing
 | 1. Observasi TTV tiap 4 jam sekali.
2. Observasi faktor terjadinya hipertermia.
3. Pertahankan suhu tubuh normal.
4. Ajarkan pada keluarga kompres hangat pada ketiak dan kepala.
5. Kolaborasi pemberian antipiuretik.
 | 1. Pemantauan tanda vital yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan selanjutnya.
2. Mengetahui penyebab terjadinya hipertermia
3. suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh tingkat aktivitas, suhu lingkungan.
4. agar suhu tubuh pasien menurun
5. menurunkan suhu tubuh
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas berhubungan dengan sekresi yang tertahan | Tujuan :Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam bersihan jalan nafas kembali efektif dengan Kriteria hasil :- Tidak ada penumpukan sekret- Jalan napas efektifRR dalam batas normal (20-30x/menit)- Tidak ada suara nafas tambahan ronkhi di seluruh lapang paru | 1. Observasi TTV
2. Kaji adanya sumbatan jalan nafas
3. Auskultasi bunyi nafas
4. Lakukan tindakan nebulizer.
5. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspetoran. Puyer batuk
 | 1. Untuk mengidentifikasi adanya kelainan dan penentu tindakan keperawatan.
2. Adanya sumbatan mempengaruhi respirasi
3. Bunyi nafas mungkin redup karena penurunan aliran udara.
4. Untuk mengeluarkan secret yang tidak bisa keluar
5. Untuk mengencerkan secret dan membebaskan jalan nafas
 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi | Tujuan : setelahdilakukan askep 2x24 jam diharapkan ansietas orang tua berkurangKriteria hasil:* Ibu dan keluarga tidak cemas
* ibu mengerti tentang penyakit anaknya
* ibu dan keluarga tidak bertanya-tanya lagi tentang penyakit yang diderita anaknya.
 | 1. Observasi tingkat stres/ cemas orang tua pasien.
2. Dengarkan dengan penuh perhatian keluhan orang tua pasien, kaji pengetahuan orang tua mengenai situasi yang dialami pasien dan berikan dorongan kepada orang tua pasien.
3. Berikan penjelasan kepada orang tua pasien tentang penyakit dan semua tindakan yang diberikan kepada pasien.
4. Bila mungkin libatkan anggota keluarga dalam mengambil keputusan tentang perawatan untuk pasien.
 | 1. Mengetahui tingkat kecemasan keluarga.
2. Untuk mendiskusikan munculnya ansietas sehingga dapat membantu orang tua pasien mengidentifikasi perilaku kecemasan dan meringankan beban kecemasan orang tua.
3. Untuk menghindari terlalu banyaknya informasi yang kurang jelas.
4. Untuk membangun kepercayaan diri dan menumbuhkan rasa percaya keluarga pasien.
 |

* 1. **Implementasi dan Evaluasi**

Nama : An. N Umur : 17 bulan

Ruang : DII No Rm : 64-1x-xx

## Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No Dx | Waktu (tgl&jam) | TINDAKAN | No Dx | Waktu (tgl&jam) | CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP) | TTWat |
| 231,2,31 | 27-01-202008.0009.0011.3012.10 | * Mengobservasi adanya sumbatan jalan nafas
* Mengobservasi tingkat cemas keluarga
* Memberikan kesempatan keluarga untuk mengutarakan apa yang diketahui tentang penyakit pasien
* Mengobservasi tanda-tanda vital

Hasil: nadi: 110 x/ menit, RR: 22 x/menit, suhu 39,60C* Injeksi antrain dengan dosis 100 mg diberikan secara iv melalui selang infus, drip phenytoin 20 mg dalam cairan Ns.
 | 12 | 27-01-202014.00 WIB | Dx.1 Hipertermia b.d proses penyakitS : ibu pasien mengatakan panas sejak 2 hari yang laluO :* Suhu An.N diatas normal (39,6oC)
* TTV : S : 39,6oC, nadi :

110x/mnt, RR : 22x/mnt* Akral hangat
* Anak terlihat gelisah/rewel A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan* Memberikan antrain 100 mg
* Memberikan kompres hangat di daerah ketiak dan kepala
* Memberikan puyer oral panas

Dx 2. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif b.d ketidakmampuan mengeluarkan sekretS : ibu pasien mengatakan anaknya batuk ngekel disertai bunyi grok-grok | Diah |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 3 |  | O :* Keluarga tampak kooperatif dengan pengkajian yang akan dilakukan.
* Terdapat sekret berwarna kuning kental di mulut
* Terdapat suara nafas tambahan ronki diseluruh lapang paru
* Observasi TTV: nadi: 110 x/ menit, RR: 22 x/menit, suhu 39,60C

A: Masalah teratasi sebagian P: intervensi dilanjutkan* Advis dokter : memberikan antrain 3x100 mg dan puyer oral batuk
* Advis dokter : foto thorax

Dx 3 cemas b.d kurang terpapar informasiS : ibu px mengatakan sangat khawatir dengan keadaan pasienO :* Keluarga tampak kooperatif dalam menyampaikan pendapatnya tentang penyakit pasien
* ibu dan keluarga aktif bertanya tentang penyakit pasien
* keluarga sangat aktif dalam pemberian tindakan terhadap
 | DiahDiah |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1,2,3211,231132 | 28-01-202009.0009.3510.0010.3011.2012.0012.2512.5513.10 | * Mengobservasi tanda-tanda vital. Hasil : N : 110x/mnt, RR : 22x/mnt, S : 38,6oC
* Mengkaji adanya sumbatan jalan nafas
* Melakukan kompres air hangat di ketiak dan dahi
* Memberikan puyer oral batuk dan panas
* Memberi informasi kepada keluarga tentang penyakit pasien
* Memberikan drip phenytoin 20 mg di dalam Ns, injeksi diazepam 3 mg , Injeksi antrain 100 mg
* Mengobservasi suhu pasien Hasil : 37,4oC
* Mengevaluasi pemahaman keluarga tentang penyakit pasien
* Mengantarkan pasien foto thorax ke radiologi dengan
 | 12 | 28-01-202014.00 | pasienA : Masalah belum teratasiP : Intervensi dilanjutkan dengan mengevaluasi pemahaman keluarga tentang penyakit pasienDx 1 hipertermia b.d proses penyakit S : ibu px mengatakan jika anaknya sudah tidak panasO :* Suhu px dalam batas normal S : 37,4oC
* An.N sudah tidak pucat
* An.N tidak rewel

Hasil TTV nadi: 110 x/ menit, RR: 22 x/menit, suhu 37,40CA : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan* Puyer oral panas stop
* Antrain stop
* Drip phenytoin stop
* Diazepam stop

Dx 2. Bersihan jalan nafas tidak efektifb.d ketidakmampuan mengeluarkan sekretS : ibu pasien mengatakan batuk An. N berkurang | DiahDiah |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | hasil keradangan paru | 3 |  | O :* Secret berkurang
* Suara nafas tambahan ronchi berkurang
* Observasi TTV: nadi: 110x/ menit, RR: 22 x/menit, suhu 37,40C
* Hasil foto thorax : keradangan paru

A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan* Memberikan puyer oral batuk

Dx 3 cemas b.d kurang terpapar informasiS :* ibu dan keluarga mengatakan sudah tidak cemas karena keadaan px sudah membaik
* ibu dan keluarga mengatakan sudah memahami penyakit pasien

O :* ibu px tampak lebih tenang
* ibu px dapat menjelaskan kembali informasi yang di berikan perawat tentang penyakit yang dialami pasien

A : Masalah teratasiP : intervensi dihentikan | Diah |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 29-01-202009.0009.2010.0012.00 | * Mengobservasi adanya sumbatan jalan nafas
* Mengobservasi suara nafas tambahan
* Mengganti cairan infus D5 ¼ NS 1000 ml 7 tpm
* Memberikan puyer oral batuk
* Mengobservasi tanda-tanda vital dengan hasil S : 37,2oC, N : 110x/mnt, RR : 22x/mnt
 | 2 | 29-01-202014.00 | Dx 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif* 1. ketidakmampuan mengeluarkan sekret

S: Ibu pasien mengatakan batuk An. N sudah tidak ngekelO:* + - Secret berkurang
		- Suara nafas tambahan ronchi berkurang
		- Observasi TTV: nadi: 110x/ menit, RR: 22 x/menit, S : 37,20C

A : Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan* + - Memberikan puyer oral batuk
 | Diah |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2 | 30-01-202008.0009.0009.3010.4011.30 | * Mengevaluasi kondisi pasien
* Memberikan puyer oral batuk
* Memberikan edukasi tentang penanganan kejang saat dirumah
* Aff infus pasien
* Mengobservasi TTV. Hasil : N : 110x/mnt, RR : 22x/mnt, S : 36,9oC
 | 2 | 30-01-202014.00 | S : Ibu pasien mengatakan batuk An.N sudah berkurangO :* Secret berkurang
* Tidak terdengar suara ronchi
* Observasi TTV : N : 110x/mnt RR : 22x/mnt, S : 36,9oC

A : Masalah teratasiP : Intervensi dihentikan pasien pulang* Kontrol kembali tanggal 3 Februari 2020
* An.N diberikan resep obat puyer oral batuk 3x sehari
 | Diah |

## BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosis kejang demam di Ruang DII Rumkital Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi, pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## Pengkajian

Penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis sebelumnya sudah mengadakan perkenalan dengan pasien dan keluarga, menjelaskan maksud yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada klien, sehingga klien dan keluarga terbuka dan menegerti serta kooperatif.

Taufan, 2011 mendeskripsikan bila kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 380C) yang disebabkan oleh infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsilitis dan bronkitis Pada saat pengkajian ibu pasien mengeluh anaknya demam. Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan suhu rektal diatas normal yaitu 39,60C, hal ini yang menyebabkan hipertermia. Hipertermia dapat dilihat dengan batasan karakteristik suhu tubuh diatas normal yaitu 380C, kulit terasa hangat, dan pucat. Pada anak dengan diagnosa kejang demam masalah yang muncul pada tinjauan pustaka salah satunya adalah hipertermia. Terdapat kesamaan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Hal ini dikarenakan hipertermia adalah suatu kumpulan gejala proses penyakit.

Saat melakukan pengkajian ibu pasien juga mengeluhkan anaknya batuk ngekel, dan terdengar bunyi grok-grok atau ronchi saat dilakukan pemeriksaan fisik auskultasi. Pada kasus ini anak batuk dengan peningkatan produksi secret namun tidak bisa keluar saat batuk, hal ini yang menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif. Pada diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan dengan ketidakmampuan mengeluarkan sekret, terdapat kesenjangan dimana pada tinjauan pustaka penyebab

diagnosa ini adalah penutupan faring oleh lidah yang jatuh ke bawah akibat kejang sedangkan pada tinjauan kasus penyebabnya karena sekresi yang tertahan.

Pada saat pengkajian muncul masalah keperawatan yang ketiga yaitu resiko cidera karena berhubungan dengan kejang berulang karena ibu pasien mengatakan sebelum MRS anaknya kejang 1x dan saat di IGD anaknya kejang 3x. Hal tersebut terdapat kesenjangan karena pada tinjauan pustaka tidak tercantum diagnosa tersebut. Pada diagnosa yang terakhir cemas berhubungan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit tidak terdapat kesenjangan.

Analisa data pada tinjauan pustaka hanya menguraikan teori saja sedangkan pada kasus nyata disesuaikan dengan keluhan yang dialami pasien karena penulis menghadapi pasien secara langsung. Kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan.

## Diagnosa

Kesenjangan lainnya yaitu tentang diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada 4 yaitu:

1. ketidakefektifan jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah,spasme otot bronkus.
2. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
3. cemas berhubungan dengan kurang terpapar informasi.
4. Kurangnya pengetahuan keluarga tentang kondisi.prognosis dan kebutuhan terapi berhubungan dengan pemaparan informasi terbatas.

Dari 4 diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka tidak semua sama dengan tinjauan kasus.

Terdapat 4 diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus yaitu:

* 1. Ketidak efektifan jalan nafas b.d sekresi yang tertahan
	2. Hipertermia b.d proses penyakit
	3. Resiko cidera b.d kejang
	4. Ansietas b.d kurang terpapar informasi.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesenjangan karena pada tinjauan pustaka muncul masalah kurangnya pengetahuan keluarga tentang kondisi anaknya,

namun pada tinjauan kasus tidak terdapat masalah keperawatan yang muncul kurangnya pengetahuan dikarenakan saat di MRS ibu pasien sudah di berikan informasi tentang kondisi anaknya.

## Perencanaan

Pada perumusan tujuan antara tinjuan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan. Sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam intervensinya dengan alasan penulis ingin berupaya memandirikan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan melalui peningkatan pengetahuan (kognitif), keterampilan mengenai masalah (afektif) dan perubahan tingkah laku klien (psikomotor).

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung. Intervensi diagnosis keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran, data dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

Ketidak efektifan jalan nafas berhubungan dengan sekresi yang tertahan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan bersihan jalan nafas pasien kembali efektif dengan kriteria hasil tidak ada penumpukan sekret, ronchi berkurang, jalan napas paten, RR dalam batas normal (20-30 x/menit), dan pasien tampak rileks.

Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan tujuan suhu tubuh klien dalam batas normal. Kriteria hasilnya suhu tubuh membaik dalam batas (36-37,50C),

Resiko cidera berhubungan dengan kejang, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi cidera saat kejang berulang, pasien tidak cidera dengan kriteria hasi kejang tidak terjadi, suhu tubuh dalam batas normal.

Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tentang penyakit. setelah dilakukan askep 2 x 24 jam diharapkan ansietas orang tua berkurang dengan kriteria hasil ibu tidak cemas, ibu tidak bertanya tanya lagi, dan Ibu klien menyatakan pemahaman tentang apa yang telah di ajarkan dan diberitahukan.

## Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun. Pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan.

Pelaksanaan rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnosa pada kasus tidak semua sama pada tinjauan pustaka, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya.

Dalam melaksanaan pelaksanaan ini ada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami. Hal – hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : Adanya kerjasama yang baik dari perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis

Penulis tidak mengalami hambatan ketika melakukan asuhan keperawatan kepada pasien. Pada saat penulis tidak bisa mengawasi pasien dalam 24 jam penulis mendelegasikan kepada perawat yang akan jaga selanjutnya untuk mengawasi dan melakukan intervensi kepada pasien sesuai yang sudah direncanakan oleh penulis.

## Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakam evaluasi bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan, jalan nafas efektif dalam 2 x 24 jam

masalah teratasi pada tanggal 28 Januari 2020. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, masalah teratasi dalam 2 x 24 jam pada tanggal 28 Januari 2020 , RR dalam batas normal (20-30x/mnt), suhu dalam batas normal 37,4oC. Resiko cidera berhubungan dengan kejang sudah tercapai dalam waktu 2 x 24 jam dimana selama di rawat di Ruang DII pasien tidak pernah mengalami kejang. Masalah Ansietas sudah teratasi dalam waktu 2 x 24 jam pada tanggal 28 Januari 2020.

Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara keluarga dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An.N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi. Pasien masih dalam perawatan dan menunggu hasil lab tgl 29 januari 2020.

.

## BAB 5 PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada klien dengan kasus kejang demam di ruang DII Rumkital Dr.Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan klien dengan kejang demam.

## Kesimpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada klien kejang demam, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

* + 1. Gambaran pasien dengan kejang demam didapatkan keluhan utama pasien adalah demam dan kejang. Klien panas dan kejang pada waktu sebelum MRS dan langsung dibawa ke rumah sakit. Pada tinjauan kasus kejang demam disebabkan oleh demam tinggi yang dialami pasien. Didapatkan data pengkajian klien ada batuk lendir, terdapat suara ronchi.
		2. Masalah keperawatan yang muncul adalah ketidak efektifan jalan nafas, hipertermia, dan ansietas.
		3. Gambaran intervensi keperawatan yang disusun pada setiap diagnosa pasien dengan kejang demam harus disesuaikan dengan keadaan (kebutuhan) pasien yang dilengkapi dengan tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan.
		4. Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan kejang demam menganjurkan keluarga klien untuk mengompres jika terjadi demam dikarenakan jika terjadi demam yang tinggi akan terjadi resiko kejang

59

* + 1. berulang. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien dan keluarga secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama anatara perawat, klien dan keluarga.
		2. Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien, keluarga, dan tim kesehatan. Hasil evaluasi An.N sudah sesuai dengan harapan masalah teratasi dan klien KRS pada tanggal 30 januari 2020.

## Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Untuk mencapai hasil keperawatan yang diharapkan, diperlukan hubungan yang baik dan keterlibatan klien, keluarga dan tim kesehatan lainnya.
2. Perawat sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan, keterampilan yang cukup serta dapat bekerja sama dengan tim keaehatan lainnya dengan memberikan asuhan keperawatan kejang demam.
3. Dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang professional alangkah baiknya diadakan suatu seminar atau pertemuan yang membahas tentang masalah kesehatan yang ada pada klien.
4. Pendidikan dan pengetahuan perawat secara berkelanjutan perlu ditingkatkan baik secara formal dan informal khususnya pengetahuan dalam bidang pengetahuan
5. Kembangkan dan tingkatkan pemahaman perawat terhadap konsep manusia secara komprehensif sehingga mampu menerapkan asuhan keperawatan dengan baik.

## DAFTAR PUSTAKA

Carpenito, Lynda Juall. 2009. *Diagnosa Keperawatan. Edisi 9*. (terjemahan). Jakarta: EGC.

Hidayat, A. 2009. *Aplikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

Nugroho, Taufan. (2011). *Asuhan Keperawatan Maternitas, Anak, Bedah, Penyakit Dalam.* Yogyakarta : Nuha Medika.

Ngastiyah. 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.

Sulistyawati, Ari.2014. *Deteksi Tumbuh Kembang Anak*. Jakarta: Salemba Medika

Widagdo.2012. *Tatalaksana Masalah Penyakit Anak dengan Kejang*. Jakarta: Sagung Seto.

Munir, Badrul. 2015. *Neurologi Dasar*. Jakarta : Sagung Seto.

Rivanica, Rhipiduri & Oxyyandi, Miming. 2016. *Buku Ajar Deteksi Dini Tumbuh Kembang Dan Pemeriksaan Bayi Baru Lahir.* Jakarta : Salemba Medika.

Puspitasari, J.D., & Nurhaeni, N.(n.d.). *Edukasi Meningkatkan pengetahuan dan Sikap Ibu Dalam Pencegahan Kejang Demam Berulang.*

Ridha, H. Nabiel. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar. Puspitasari, J. D., & Nurhaeni, N. (n.d.). *Edukasi Meningkatkan Pengetahuan dan Sikap Ibu dalam Pencegahan Kejang Demam Berulang*.

## SATUAN ACARA PENYULUHAN

Topik : Kejang Demam Pada Anak

Penyuluh : Mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya

Kelompok Sasaran : Keluarga Pasien di ruang D2 Rumkital Dr. Ramlan Surabaya Tanggal : 29 Januari 2020

Waktu : 30 menit

## Latar Belakang

Kejang demam merupakan kejang yang sering dijumpai pada anak-anak yang berusia dibawah 5 tahun, gejala-gejala yang timbul bisa bermacam-macam tergantung dibagian otak mana yang disetujui, tetapi kejang demam yang terjadi pada anak adalah kejang umum.

Faktor resiko utama yang umum menimpa anak balita usia 3 bulan sampai 5 tahun ini adalah demam tinggi. Bisa diakibatkan oleh infeksi ekstrakranial seperti ISPA, radang telinga, campak, cacar air. Dalam keadaan demam, kenaikan suhu tubuh sebesar 1˚C pun bisa mengakibatkan kenaikan metabolisme basal yang mengakibatkan peningkatan kebutuhan oksigen jaringan sebesar 10- 15% dan otak sebesar 20%.

Apabila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi maka anak akan kejang. Umumnya kejang tidak akan menimbulkan dampak sisa jika kejang tersebut berlangsung kurang dari 5 menit tetapi anak harus tetap mendapat penanganan agar tidak terjadi kejang ulang yang biasanya lebih lama frekuensinya dari kejang yang pertama.

Timbulnya kejang anak akan menimbulkan berbagai masalah seperti resiko cidera, resiko terjadinya aspirasi atau yang lebih fatal adalah lidah jatuh kebelakang yang mengakibatkan obstruksi pada jalan nafas. Intervensi keperawatan utama adalah menurunkan suhu badan yang tinggi atau meninggi untuk mencegah terjadinya kejang demam pada anak. Agar perawatan berjalan dengan lancar maka diperlukan kerjasama dengan baik dengan tim kesehatan yang lain, serta dengan melibatkan pasien dan keluarganya. Hal ini tidak menutup kemungkinan pasien dan keluarga pasien D2 Rumkital Dr. Ramelan Surabaya akan menjumpai keadaan kejang demam pada dirinya bahkan keluarga atau orang lainnya. sehingga menanamkan pengetahuan mengenai kejang demam tinggi akan membantu untuk pasien dan keluarga untuk bisa menangani secara cepat keadaan yang tidak diketahui waktu munculnya.

## Tujuan

* + - 1. Tujuan Umum

Memberikan pengetahuan kepada keluarga pasien diruang D2 Rumkital Dr. Ramlan Surabaya mengenai kejang demam pada anak.

* + - 1. Tujuan Khusus
				1. Peserta penyuluhan mengetahui pengetahuan kejang demam
				2. Peserta penyuluhan mengetahui penyebab kejang demam
				3. Peserta penyuluhan mengetahui ciri-ciri kejang demam
				4. Peserta penyuluhan mengetahui cara penanganan yang cepat saat kejang demam.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | TAHAP | KEGIATAN | ALOKA SI WAKTU (MENIT) | METODE | EVALUASI |
| 1. | Pembukaan | * Salam pembukaan
* Doa pembukaan
 | 5 menit | - | Peserta penyuluhan memperhatikanpembicara. |
| 2. | Penjelasan | * Penjelasan mengenai apa itu Kejang Demam pada Anak
* Penjelasan mengenai faktor penyebab Kejang Demam pada Anak
* Penjelasan mengenai ciri-ciri Kejang Demam pada Anak

Penjelasan mengenai penanganan Kejang Demam pada Anak* Tanya jawab
 | 20 menit | - Ceramah- Tanya jawab | Peserta penyuluhan memperhatikan penyuluhan dengan baik |
| 3. | Penutup | * Pemberian Informasi
* Doa penutup
* Salam penutup
 | 5 menit | Pemberian tanya jawab | Tes secara lisan mengenai pemahaman peserta tentang KejangDemam pada Anak |

## METODE

Metode yang penyuluh gunakan dalam penyuluhan ini adalah metode ceramah dan tanya jawab.

## MEDIA

Media yang penyuluh gunakan dalam penyuluhan in adalah leaflet.

## EVALUASI

Evaluasi dalam penyuluhan ini adalah berupa pertanyaan dari pemberi materi dan dijawab oleh peserta penyuluhan.

LAMPIRAN MATERI

1. Pengertian

Kejang demam merupakan kejang yang sering dijumpai pada anak- anak yang berusia dibawah 5 tahun, gejala-gejala yang timbul bisa bermacam- macam tergantung dibagian otak mana yang disetujui, tetapi kejang demam yang terjadi pada anak adalah kejang umum.

Kejang merupakan perubahan fungsi otak mendadak dan sementara sebagai akibat dari aktivitas neuronal yang abnormal dan pelepasan listrik serebral yang berlebihan (betz & Sowden, 2002).

Kejang demam ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38˚ C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium.

Jadi kejang demam adalah kenaikan suhu tubuh yang menyebabkan perubahan fungsi otak akibat perubahan potensial listrik serebral yang berlebihan sehingg mengakibatkan renjatan berupa kejang.

1. Penyebab

Kejang demam terjadi karena aktivitas fisik di otak terganggu oleh suhu tubuh yang tinggi. Kejang demam dapat merupakan tanda pertama penyakit. Sekalipun demam bukanlah satu- satunya penyebab timbulnya kejang, namun kejang yang disebabkan oleh demam atau kejang demam penyebab utamanya adalah demam akibat inveksi virus.

1. Macam – macam

Kejang demam dapat digolongkan menjadi dua, yaitu :

* 1. Kejang Demam Sederhana (KDS)

Jika kejang berlangsung kurang dari 15 menit (< 15 menit) bersifat umum (kejang seluruh tubuh) dan tidak berulang dakam 24 jam.

* 1. Kejang Demam Kopleks (KDK)

Jika kejang berlangsung lebih dari >15 menit, atau fokal, & multipel (≥ 2x kejang dalam 24 jam)

1. Ciri – ciri

Terdapat dua golongan kejang demam yaitu :

1. Kejang demam sederhana dengan kriteria :
	1. Usia antara 6 bulan hingga 4 tahun
	2. Serangan kejang hanya sebentar, tidak lebih dari 15 menit
	3. Kejang bersifat umum (seluruh tubuh)
	4. Kejang timbul dalam 16 jam pertama sesudah timbulnya demam / panas tinggi
	5. Pemeriksaan rekam otak (EGD) yang dilakukan minimal 1 minggu setelah suhu normal tidak menunjukkan kelainan.
	6. Frekuensi bangkitan kejang tidak lebih dari 4 kali dalam 1 tahun
2. Bila satu atau lebih kriteria tersebut tidak terpenuhi atau timbulnya kejang pada suhu yang lebih rendah, maka digolongkan dalam epilepsi yang dicetuskan demam.
3. Penanganan
4. Saat kejang berlangsung:
	1. Pertahankan sikap tenang
	2. Baringkan anak ditempat yang aman agar tidak ada kemungkinan jatuh dan jauhkan benda berbahaya yang ada disekitar anak.
	3. Miringkan anak.
	4. Keluarkan sisa makanan seperti roti, permen, dan sebagainya yang mungkin ada dimulut anak.
	5. Lepaskan pakaian /ikatan pada tubuh supaya anak bisa bernafas dengan lega.
	6. Longgarkan pakaian disekitar kepala dan leher.
	7. Jangan menahan gerakan anak seperti memegang tangan dan kaki yang terlalu kuat.
5. Turunkan suhu tubuh segera dengan kompres air hangat ruam-ruam kuku secara efektif:
	1. Sediakan air hangat dalam waskom serta handuk kecil.
	2. Letakkan handuk kecil yang sudah basah dan dingin terutama pada daerah kepala, leher, dada, kedua ketiak dan lipat paha kanan kiri.
	3. 1 handuk kecil disiapkan untuk mengganti secara teratur dan terus menerus mulai dari kepala, leher, dan seterusnya.
6. Segera bawa ke Unit Pelayanan Kesehatan terdekat.

Kejang demam Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38˚ C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium.



# Apa saja penyebabnya?

* Infeksi
* Racun/toksik
* Trauma
* Demam tinggi

APASAJA TANDA DAN GEJALANYA?

* Gerakkan tangan, kaki, dan muka yang menyentak-nyentak atau kaku.
* Bola mata berputar kearah belakang kepala.
* Pernafasan bermasalah
* Hilang kesadaran
* Mengompol



# Jenis kejang demam

1. **Kejang demam sementara** Kejang yang terjadi kurang dari 15 menit.
2. **Kejangdemam kompleks** Kejang demam yang berlangsung lebih dari 15 menit.

# APA YANG HARUS DILAKUKAN

ketika terjadi kejang ?

* Pindahkan anak ketempat yang aman dan datar misalnya dilantai.
* Longgarkan pakaian anak
* Berikan pengganjal lidah supaya tidak tergigit seperti sendok makan yang sudah dililit kain atau kasa.
* Buka jendela dan pintu supaya terjadi pertukaran oksigen.
* Bila memungkinkan segera berikan obat penurun panas
* Periksa ke Dokter
* Kalau perlu perawatan di Rumah Sakit.

**Jika terjadi hal-hal yang dapat menyebabkan kejadian yang berlanjut, segera bawa ke pelayanan kesehatan yang terdekat.**

# BAGAIMANA CARA PENCEGAHANNYA ?

* Sediakan selalu obat penurun panas di rumah mencegah apabila sewaktu-waktu terjadi demam.
* Ketika anak demam segera berikan obat penurun panas untuk menghindari terjadinya kejang demam
* Apabila kejang berlangsung lama setelah diberikan obat segera bawa anak ke rumah sakit

**PERAWATAN ANAK DENGAN KLIEN “KEJANG DEMAM”**



**Oleh : DIAH**

**ARISTA 172.0024**

## PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN STIKES HANG TUAH SURABAYA 2020

70

## STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL INJEKSI

SOP Pemberian Obat Melalui Selang Intravena Alat dan Bahan :

* 1. Spuit dan jarum sesuai dengan ukuran
	2. Obat dalam tempatnya
	3. Selang Intravena
	4. Kapas alkohol Prosedur Kerja
1. Cuci tangan.
2. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
3. Periksa identitas pasien dan ambil obat kemudian masukkan ke dalam spuit.
4. Cari tempat penyuntikan obat pada daerah slang intravena.
5. Lakukan disinfeksi dengan kapas alkohol dan stop aliran.
6. Lakukan penyuntikan dengan memasukkan jarum spuit hingga menembus bagian tengah dan masukkan obat perlahan – lahan ke dalam slang intravena.
7. Setelah selesai tarik spuit.
8. Periksa kecepatan infus dan observasi reaksi obat.
9. Cuci tangan.
10. Catat obat yang telah diberikan dan dosisnya.