

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J USIA TODDLER
(2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM SYARAF:
KEJANG DEMAM SEDERHANA (KDS) DI RUANG
ASTER RSUD dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat dalam Menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan
Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

Disusun Oleh:

ARIF APRIANSYAH
KHGA 22105



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN**

2025

LEMBAR PERSETUJUAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.J USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM SYARAF: KEJANG DEMAM SEDERHANA (KDS) DI RUANG ASTER RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : ARIF APRIANSYAH

NIM : KHGA 22105

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah ini Telah Siap untuk Diujikan Dihadapan Penelaah
Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Garut, Oktober 2025
Menyetujui,
Pembimbing

Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.J USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM SYARAF: KEJANG DEMAM SEDERHANA (KDS) DI RUANG ASTER RSUD dr. SLAMET GARUT

NAMA : ARIF APRIANSYAH

NIM : KHGA 22105

Garut, 06 Oktober 2025
Menyetujui,

Penguji I

Penguji II

H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep.

Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep.

Mengetahui,
Ketua Program Studi Diploma III
Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Mengesahkan,
Pembimbing

K. Dewi Budiarti, M.Kep.

Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. J USIA TODDLER (2 TAHUN) DENGAN GANGGUAN SISTEM SYARAF : KEJANG DEMAM SEDERHANA DIRUANG ASTER RSUD DR.SLAMET GARUT

ARIF APRIANSYAH

KHGA22105

IV Bab, 99 Halaman, 1 Bagan, 10 Tabel, 4 Lampiran

Kejang demam sederhana (KDS) merupakan masalah neurologis yang umum terjadi pada anak, dipicu oleh kenaikan suhu tubuh ($>38^{\circ}\text{C}$). Penelitian ini bertujuan untuk mengaplikasikan dan mengevaluasi pemberian asuhan keperawatan pada An. J usia toddler (2 tahun) dengan Kejang Demam Sederhana di Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut, sesuai dengan tahapan proses keperawatan. Metode Penelitian ini menggunakan desain studi kasus dengan pendekatan deskriptif. Hasil diagnosis keperawatan utama yang diangkat meliputi Hipertermia, Defisit Nutrisi, dan Defisit Pengetahuan. Setelah implementasi asuhan keperawatan, ketiga masalah keperawatan utama dinyatakan teratasi. Masalah Hipertermia teratasi dibuktikan dengan suhu tubuh yang kembali normal (36°C). Defisit Nutrisi teratasi yang ditandai dengan peningkatan nafsu makan dan pasien mampu menghabiskan porsi makan. Defisit Pengetahuan teratasi setelah ibu pasien menunjukkan pemahaman yang baik tentang perawatan lanjutan dan langkah penanganan kejang demam di rumah. Asuhan keperawatan yang terfokus pada intervensi non-farmakologis dengan melakukan kompres hangat untuk mengontrol suhu tubuh dan intervensi edukasi kesehatan yang intensif kepada keluarga terbukti efektif dalam menangani kasus Kejang Demam Sederhana, sehingga kriteria hasil yang optimal dapat tercapai.

Kata Kunci: Asuhan Keperawatan, Kejang Demam Sederhana (KDS), Hipertermia, Toddler.

Daftar Pustaka: 23 buah, 2012 s.d 2024

ABSTRACT

***NURSING CARE FOR AN. J TODDLER (2 YEARS OLD) WITH NERVOUS
SYSTEM DISORDER: SIMPLE FEBRILE SEIZURE I ASTER ROOM RSUD
DR. SLAMET GARUT***

ARIF APRIANSYAH

KHGA22105

IV Chapters, 99 Pages, 1 Chart, 10 Tables, 4 Attachments

Simple Febrile Seizure (SFS) is a common neurological problem in children, triggered by an increase in body temperature ($>38^{\circ}\text{C}$). This study aims to apply and evaluate the provision of nursing care to Toddler J (2 years old) with Simple Febrile Seizure in the Aster Room of Dr. Slamet Garut Hospital, in accordance with the stages of the nursing process. The research method employed a case study design with a descriptive approach. The main nursing diagnoses raised included Hyperthermia, Nutrition Deficit, and Knowledge Deficit. Following the implementation of nursing care, all three main nursing problems were stated as resolved. The Hyperthermia problem was resolved, evidenced by the body temperature returning to normal (36°C). The Nutrition Deficit was resolved, indicated by an increase in appetite and the patient being able to finish the meal portion. The Knowledge Deficit was resolved after the patient's mother demonstrated a good understanding of continuous care and steps for managing febrile seizures at home. Nursing care focused on non-pharmacological interventions, such as administering warm compresses to control body temperature, and intensive health education interventions for the family, proved effective in managing Simple Febrile Seizure cases, thereby achieving optimal outcome criteria.

Keywords: Nursing Care, Simple Febrile Seizures (SFS), Hyperthermia, Toddler.

References: 23 sources, 2012 to 2024

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat, karunia, serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan karya tulis ilmiah ini dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada AN. J Usia Toddler (2 Tahun Dengan Gangguan Sistem Saraf : Kejang Demam Sederhana Di Ruang Aster RSUD DR.Slamet Garut” ini tepat pada waktunya.

Dalam proses penyusunan karya ilmiah ini, penulis menyadari sepenuhnya bahwa keterbatasan pengetahuan dan pengalaman masih menjadi hambatan yang memengaruhi hasil penulisan. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari berbagai pihak guna perbaikan dan penyempurnaan laporan ini.

Dengan selesainya penyusunan laporan tugas akhir ini, penulis menyadari bahwa pencapaian tersebut tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, serta dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang terhormat berikut:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA., yang menjabat sebagai ketua pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak Drs. H. Suryadi, M. Si, yang menjabat sebagai ketua pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudi, S.Kep.,M.,Kep, yang menjabat sebagai ketua STIKes Karsa Husada Garut.

4. Ibu Eva Danianti, S.Kp., M. Kep, yang menjabat sebagai ketua Program Studi D III Keperawatan di STIKes Karsa Husada Garut.
5. Ibu Devi Ratnasari, S. Kep., Ners., M., Pd yang berperan sebagai Pembimbing yang memberikan dukungan dan arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak H. Zahara Farhan, S.Kep., Ners., M.Kep yang berperan sebagai penguji yang memberikan dukungan dan arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Ibu Sulastini, S.Kep., Ners., M.Kep yang berperan sebagai penguji yang memberikan dukungan dan arahan kepada penyusun dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Semua tenaga pengajar di Program Studi Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut yang telah berbagi ilmu, pengetahuan, keterampilan yang bermanfaat, dan memberikan motivasi selama penyusun menempuh pendidikan.
9. RSUD dr.Slamet Garut yang telah memberikan banyak kesempatan kepada penulis untuk menulis Karya Tulis Ilmiah ini, serta memberikan bimbingan, dukungan, dan informasi mengenai asuhan keperawatan sehingga penulis berhasil menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sukses dan tanpa hambatan.
10. Terima kasih kepada AN. J dan keluarga yang telah berkolaborasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, yang memungkinkan penyusun untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

11. Terima kasih kepada orangtuaku, Mamah Maryati dan Bapak Enan atas segala pengorbanan, ridho, dorongan baik secara moril maupun materil. Beliau memang tidak sempat merasakan pendidikan bangku perkuliahan, namun mereka mampu senan tiasa memberikan yang terbaik, tak kenal lelah mendoa'kan serta memberi perhatian dan dukungan hingga penulis mampu menyelesaikan studinya sampai meraih gelar.

12. Terima kasih kepada kakak Idwan telah memberikan dukungan dan motivasi yang luar biasa dalam perjalanan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi penulis serta seluruh pembaca. Akhir kata, penulis berdoa agar amal baik dari semua pihak diberi balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Aamiin.

Garut, Oktober 2025

ARIF APRIANSYAH

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
ABSTRACT	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR BAGAN.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan.....	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
C. Metode Telaahan.....	6
D. Sistematika penulisan	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Pengertian Kejang Demam	9
B. Etiologi	10
C. Klasifikasi	11
D. Patofisiologi.....	12
E. Pathway	15
F. Manifestasi Klinis	16
G. Penatalaksanaan	17
H. Pemeriksaan penunjang	19
I. Komplikasi.....	20
J. Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	21
K. Konsep Asuhan Keperawatan	24
1. Pengkajian	24

2. Analisa Data.....	32
3. Diagnosa Keperawatan	34
4. Intervensi keperawatan	35
5. Implementasi keperawatan.....	39
6. Evaluasi keperawatan.....	40
BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	41
A. Tinjauan Kasus	41
1. Pengkajian	41
2. Analisa Data	54
3. Diagnosa keperawatan	56
4. Intervensi Keperawatan	57
5. Implementasi dan Evaluasi.....	60
6. Catatan perkembangan.....	67
B. Pembahasan	68
1. Pengkajian	68
2. Tahap Diagnosis	69
3. Tahap perencanaan	70
4. Tahap implementasi	71
5. Tahap evaluasi	73
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI.....	75
A. Kesimpulan	75
B. Rekomendasi.....	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Analisa Data.....	31
Tabel 2. 2 Intervensi keperawatan	34
Tabel 3. 1 Imunisasi	44
Tabel 3. 2 Aktivitas Sehari-hari	51
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Penunjang	53
Tabel 3. 4 Terapi Obat	54
Tabel 3. 5 Analisa Data.....	54
Tabel 3. 6 Intervensi.....	57
Tabel 3. 7 Implementasi dan Evaluasi	60
Tabel 3. 8 Catatan Perkembangan.....	67

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway Kejang Demam Sederhana.....	14
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 SAP
- Lampiran 2 lefleaf
- Lampiran 3 lembar bimbingan
- Lampiran 4 daftar riwayat hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Anak adalah individu yang masih berada dalam tahap perkembangan mulai dari saat mereka ada di dalam rahim hingga usia 19 tahun (Satria et al., 2022). Anak merupakan individu yang berbeda-beda dengan berbagai kebutuhan yang bergantung pada tahap pertumbuhan dan perkembangan mereka, di mana tahap ini sangat penting dalam masa kanak-kanak (Sirait & K, 2022). Anak usia toddler merujuk pada periode perkembangan anak setelah masa bayi, umumnya berlangsung dari usia 12 bulan hingga 36 bulan atau 1 hingga 3 tahun. Pada fase ini, anak mulai menunjukkan kemandirian dengan kemampuan berjalan tegak dan menjelajahi lingkungan sekitar, yang seringkali disertai dengan rasa ingin tahu yang tinggi dan perubahan perilaku yang cepat (Suryani & Lestari, 2023).

Kejang demam adalah kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak-anak. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor terkait usia, suhu tubuh dan kecepatan kenaikan suhu, termasuk faktor keturunan yang juga berperan dalam peningkatan kejang demam di mana anggota keluarga pasien memiliki kesempatan untuk mengalami kejang lebih banyak daripada anak-anak normal (Windawati dan Alfiyanti, 2020). Kejang demam adalah berkaitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses

ekstrakranium, kejang demam sering terjadi pada anak berusia antara 6 bulan sampai 5 tahun. Sekitar (2-5%) anak dibawah 5 tahun pernah mengalami bangkitan kejang demam. Kejang demam dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu kejang demam sederhana (80%) dan kejang demam kompleks (20%), kejang demam sederhana berdurasi tidak lebih 15 menit, bersifat umum, bentuk kejang berupa tonik atau klonik, akan berhenti sendiri, tanpa gerakan fokal, dan tidak berulang dalam waktu 24 jam. Sedangkan kejang demam kompleks duarasinya lebih dari satu kali dalam 24 jam (Nuryanti et al., 2024)

UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) memperkirakan kurang lebih 12 juta anak meninggal dunia setiap tahunnya karena kejang demam. Angka kejadian kejang demam di dunia diperkirakan mencapai 4-5% dari jumlah penduduk di Amerika Serikat, Amerika Selatan, dan Eropa Barat. Angka kejadian kejang demam di Asia lebih tinggi, seperti di Jepang dilaporkan antara 6-9% kejadian kejang demam, di India yaitu 5- 10%, dan di Guamese adalah 14% (Mariyani dan Sinurat, 2022).

Prevalensi kejang demam terbaru secara nasional di Indonesia belum diketahui dan hanya didapatkan data kasus kejadian kejang demam di sejumlah rumah sakit, tetapi belum didapatkan data keseluruhan mengenai insiden kejang demam di Indonesia. Berdasarkan data ('Riset Kesehatan Dasar', 2013) jumlah balita usia 0-59 bulan di Indonesia yang menderita kejang sebanyak 900.626 (38%) dari 23.700.676 jiwa (Margina, 2022).

Penyebab kejang demam pada anak kemungkinan besar bersifat multifactorial. Penyakit virus, vaksinasi tertentu, kecenderungan genetik virus, vaksinasi tertentu, dan kecenderungan genetik adalah faktor resiko umum yang dapat mempengaruhi sistem saraf yang rentan dan berkembang dibawah tekanan demam. Faktor risiko kejang demam diantaranya paparan intrauterine (ibu perokok dan stress), perawatan di unit perawatan intensif neonatal selama >28 hari, gangguan perkembangan, riwayat kejang demam pada keluarga (Yunerta, 2021).

Berdasarkan masalah diatas hipertermia menjadi salah satu masalah keperawatan yang muncul pada kejang demam. Masalah hipertermia menjadi persoalan serius bila tidak segera teratasi. dapat mengakibatkan kejang. Hipertermia yaitu ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan panas maupun mengurangi produksi panas akibat dari peningkatan suhu tubuh. (Ribek,dkk 2018). Hipertermia adalah suatu gangguan sistemik dimana suhu tubuh di atas batas normal akibat di hipotalamus terjadi peningkatan terutama pada pengatur suhu. Dalam kondisi normal, terdapat keseimbangan antaproduksi dan pelepasan panas tubuh. Dalam kondisi normal, terjadi ketidakseimbangan antara produksi panas dan pelepasan panas, yang mengakibatkan peningkatan suhu tubuh yang tidak menentu. (SDKI DPP PPNI, 2017)

Salah satu cara untuk mengatasi masalah kejang demam akibat hipertermia yaitu dengan melakukan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan yang dilakukan meliputi 5 langkah proses keperawatan yaitu dari pengkajian keperawatan hingga evaluasi keperawatan. Intervensi utama yang dilakukan yaitu Manajemen Hipertermia, Regulasi Temperatur dan intervensi pendukung yaitu Edukasi Pengukuran Suhu Tubuh. Intervensi pada Manajemen Hipertermia dapat dilakukan dengan cara mengidentifikasi penyebabnya, memantau suhu tubuh, memberikan cairan secara oral, melakukan pendinginan eksternal (seperti kompres hangat), dan berkolaborasi dalam pemberian cairan serta elektrolit secara intravena. Tindakan yang diambil dalam intervensi manajemen hipertermia meliputi observasi, tindakan terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. (SIKI DPP PPNI, 2018).

Langkah pertama yang bisa diambil untuk memberikan pertolongan pertama guna mencegah kejang demam pada anak adalah dengan segera memberikan obat penurun panas, serta menggunakan kompres air biasa atau air hangat yang diletakkan diarea dahi, ketiak, dan lipatan paha. Pastikan anak mendapatkan banyak cairan dan mengkonsumsi makanan berkuah atau buah-buahan yang kaya akan kandungan air, seperti jus, susu, teh dan berbagai minuman lainnya. Hindari selimuti anak dengan selimut tebal, selimut dan pakaian tebal dan tertutup justru akan meningkatkan suhu tubuh dan menghalangi penguapan (Labir, dkk 2019) .

Berdasarkan penelitian Rehana dkk, (2021), hasil implementasi manajemen hipertermi pada dua pasien anak yang mengalami kejang demam menunjukkan adanya penurunan suhu tubuh rata – rata sebesar 0,6-1°C setelah dilakukan intervensi berupa identifikasi penyebab hipertermi, pemantauan suhu tubuh dan tanda vital, pemberian kompres hangat di dahi, ketiak, dan lipatan paha, serta edukasi kepada keluarga. Penurunan suhu diikuti dengan tidak terjadinya kejang berulang, menunjukkan efektivitas tindakan keperawatan dalam mengelola hipertermi secara klinis.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis mampu melakukan asuhan keperawatan pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut

2. Tujuan Khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut.
- c. Penulis mampu merencanakan asuhan keperawatan pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut.

- d. Penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut.
- e. Penulis mampu mengevaluasi asuhan keperawatan pada AN.J dengan diagnosa Kejang Demam Sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut.

C. Metode Telaahan

Penulis menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan meliputi: tahapan pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sedangkan pengumpulan data dilakukan dengan teknik observasi, wawancara, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi, studi kepustakaan serta partisipasi aktif berupa kerjasama dengan keluarga klien maupun dengan perawat ruangan dalam memberikan asuhan keperawatan.

1. Wawancara

Mengumpulkan data subjektif dari pasien dan keluarga melalui proses tanya jawab dengan pasien dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh pasien.

2. Observasi

Mengumpulkan data dengan melakukan pengamatan secara langsung meliputi perilaku dan keadaan umum pasien sehingga penulis memperoleh data objektif mengenai masalah kesehatan pasien.

3. Studi Kepustakaan

Penulis membaca berbagai literatur untuk mendapatkan data dasar yang berhubungan dengan kasus yang dialami pasien yaitu Kejang Demam Sederhana.

4. Pemeriksaan Fisik

Pengambilan data dengan melakukan pemeriksaan fisik dari kepala sampai ujung kaki pada pasien dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

5. Studi Dokumentasi

Mendokumentasi dan mengumpulkan data dari status hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang lain untuk melengkapi data objektif yang diperlukan selama proses asuhan keperawatan.

6. Partisipasi Aktif

Penulis memperoleh data melalui partisipasi aktif pasien dan keluarga selama proses pengkajian, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

D. Sistematika penulisan

Penulisan karya tulis ini terdiri dari 4 BAB, dengan sistematika sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Berisi pendahuluan yang menjelaskan tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode penulisan dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORITIS

Berisi tentang tinjauan teori yang meliputi konsep dasar Kejang Demam Sederhana (KDS), yang meliputi pengertian, etiologi, klasifikasi, patofisiologi, manifestasi klinis, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, komplikasi, konsep

tumbuh kembang anak usia toddler, serta konsep asuhan keperawatan yang terdiri dari : pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

BAB III : TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

Berisi tentang tinjauan kasus dan pembahasan dimana tinjauan menjelaskan laporan penerapan asuhan keperawatan melalui asuhan keperawatan pada anak dengan Kejang Demam Sederhana (KDS) meliputi pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Sedangkan pembahasan berisikan suatu kesenjangan- kesenjangan yang ditemukan antara teori dengan kasus yang terjadi di lapangan.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Berisi kesimpulan dan rekomendasi yang berisikan kesimpulan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan saran serta rekomendasi yang operasional.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian Kejang Demam

Kejang merupakan kebangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari 38 °C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrasium. Bangkitan kejang demam terjadi pada anak berusia antara 6 bulan sampai dengan 22 bulan. Insiden bangkitan kejang demam tertinggi terjadi pada usia 18 bulan. Kejang demam dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku serta penurunan intelegensi dan pencapaian tingkat akademik (Maghfirah dan Namiran, 2022).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling umum terjadi pada anak-anak, karena munculnya kejang demam yang berhubungan dengan usia, stingkat suhu dan kecepatan kenaikan suhu, termasuk faktor keturunan yang juga berperan dalam peningkatan kejang demam dimana anggota keluarga pasien memiliki kesempatan untuk mengalami kejang lebih banyak dari pada anak-anak normal (Windawati dan Alfiyanti, 2020).

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C biasanya terjadi pada usia 3 bulan-5 tahun. Sedangkan anak dengan usia < 4 minggu dan pernah kejang tanpa demam tidak termasuk dalam kelompok ini (Ridha, 2014). Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa, kejang demam merupakan bangkitan

kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium.

Bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C biasanya terjadi pada

usia 3 bulan-5 tahun. Kejang sering ditemukan pada anak-anak, karena munculnya kejang demam yang berhubungan dengan usia, tingkat suhu dan kecepatan kenaikan suhu, termasuk faktor keturunan. Kejang demam dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku serta penurunan intelegensi dan pencapaian tingkat akademik.

B. Etiologi

Penyebab kejang demam bersifat multifaktorial, melibatkan perkembangan sistem saraf pusat, faktor genetik, dan lingkungan. Kejang ini disebabkan oleh ketidakmatangan otak anak terhadap demam. Selama proses pematangan, rangsangan saraf meningkat, membuat anak lebih rentan terhadap kejang demam. Kelahiran prematur dan pengobatan kortikosteroid pasca-kelahiran dapat meningkatkan risiko kejang demam. Ada juga hubungan antara paparan nikotin dan/atau alkohol sebelum kelahiran dengan peningkatan risiko kejang. Selain itu, anemia defisiensi besi dan kekurangan nutrisi seperti asam folat, vitamin B12, selenium, magnesium, serta kalsium juga bisa meningkatkan risiko kejang demam. Infeksi menjadi pemicu kejang demam pada anak-anak hingga usia 5 tahun, dengan sekitar 80% kasus terkait infeksi virus dibandingkan infeksi bakteri. Virus yang paling umum dikaitkan dengan kejang demam di Amerika Serikat dan

Eropa adalah *roseolovirus*. Sementara itu, di negara-negara Asia, *influenza A* sering dikaitkan dengan kondisi ini. Virus lainnya yang juga berhubungan dengan kejang demam adalah human *coronavirus* HKU1, human *herpesvirus* 7 (HHV-7), *adenovirus*, RSV, *shigella*, virus *herpes simplex* (HSV), dan *cytomegalovirus* (Nada & Dika, 2025).

C. Klasifikasi

Kejang demam dipicu oleh demam yang dialami seorang anak sedangkan infeksi otak atau sistem saraf perifer (SSP) seperti meningitis (peradangan pada selaput otak) dan ensefalitis (peradangan pada otak) disebabkan oleh virus atau bakteri yang masuk ke sistem saraf pusat. Demam salah satu gejala yang bisa dijumpai pada meningitis atau ensefalitis (Oktaviana, 2020). Kejang demam di bagi menjadi dua yaitu :

1. Kejang Demam Sederhana

- a. Berlangsung selama < 15 menit
- b. Kejang bersifat umum (kaku seluruh tubuh atau kelojatan dan anak tidak sadar)
- c. Hanya terjadi satu kali kejang dalam 24 jam

2. Kejang Demam Kompleks

- a. Bisa berlangsung > 15 menit
- b. Kejang fokal (gerakan salah satu atau beberapa anggota tubuh saja)
- c. Kejang yang terjadi lebih dari satu kali dalam rentang waktu 24 jam

D. Patofisiologi

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukosa. Sifat proses itu adalah oksidasi dengan perantara fungsi di paru-paru dan diteruskan ke otak melalui sistem kardiovaskuler. Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium (Na) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl). Akibatnya konsentrasi K dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na rendah, sedang di luar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan di luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh:

1. Perubahan konsentrasi ion di ruang ekstraselular.
2. Rangsangan yang datang misalnya mekanis, kimiawi, atau aliran listrik dari sekitarnya.
3. Perubahan patofisiologi dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan.

Pada keadaan demam kenaikan suhu 1° C akan mengakibatkan kenaikan suhu metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%.

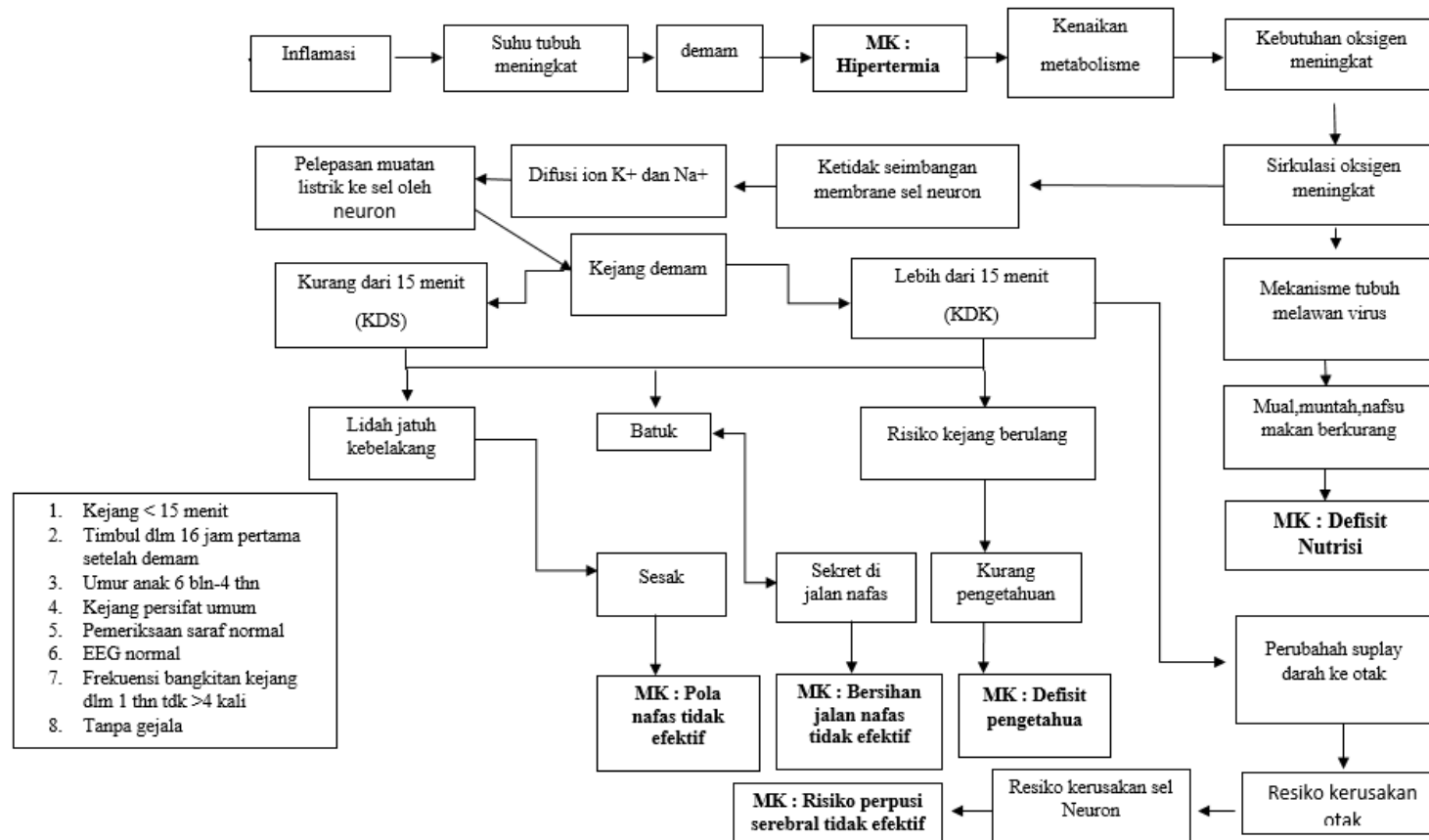
Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan orang dewasa yang hanya 15%. Oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut "neurotransmitter" dan terjadi kejang (Ngastiyah, 2012).

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Tetapi kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot seketat yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh makin meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktivitas otot, sehingga menyebabkan metabolisme otak meningkat, hal ini merupakan faktor penyebab terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang yang lama. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi "matang" di kemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi yang

spontan. Karena itu kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi (Ngastiyah, 2012).

E. Pathway

Bagan 2.1 Pathway



Sumber : (Lestari, 2016 & Ngastiyah, 2012)

F. Manifestasi Klinis

Menurut (Gunawan, 2023) beberapa tanda dan gejala kejang demam disebabkan oleh:

1. Mengalami kenaikan suhu tubuh secara cepat, umumnya pada suhu diatas 38°C
2. Kejang terjadi satu kali selama 24 jam terakhir
3. Durasi kejang kurang dari 15 menit
4. Kejang terjadi pada seluruh tubuh dan bukan hanya satu bagian tubuh
5. Kejang terjadi pada anak – anak berusia 6 bulan hingga 5 tahun
6. Kejang pernah terjadi Ketika demam pada sebelumnya.
7. Postur tonik (kontraksi dan kekuatan otot menyeluruh yang biasanya
8. Gerakan klonik (kontaksi dan relaksasi otot yag kuat dan berirama, biasanya berlangsung selama 1-2 menit).
9. Lidah atau pipinya tergigit.
10. Gangguan pernapasan
11. Kulit pucat dan membiru

G. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif (2015) dalam tujuannya pengobatan kejang adalah untuk menghentikan kejang sehingga efek pernafasan dan hemodinamik dapat diminimalkan.

a. Pengobatan saat terjadi kejang

- 1) Pemberian Diazepam Supositoria pada saat kejang sangat efektif dalam menghentikan kejang Dosis pemberian 5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun atau dosis 7,5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun, 5 mg untuk BB kurang dari 10 kg dan 10 mg untuk anak dengan BB kurang dari 10 kg.
- 2) Diazepam intravena juga dapat diberikan dengan dosis sebesar 0,2-0,5 mg/kgBB. Pemberian secara perlahan-lahan dengan kecepatan 0,5-1 mg per menit untuk menghindari depresi pernafasan. Bila kejang berhenti sebelum obat habis, hentikan penyuntikan. Diazepam dapat diberikan 2 kali dengan jarak 5 menit bila anak masih kejang. Diazepam tidak dianjurkan diberikan per intra muscular IM karena tidak diabsorpsi dengan baik.
- 3) Bila tetap masih kejang, berikan fenitoin per IV sebanyak 15 mg/kgBB perlahan-lahan. Kejang yang berlanjut dapat diberikan fenobarbital 50 mg IM dan pasang ventilator bila perlu.

b. Setelah kejang berhenti

Bila kejang berhenti dan tidak berlanjut, pengobatan cukup dilakukan dengan pengobatan intermitten yang berikan pada anak demam untuk mencegah terjadinya kejang demam. Obat yang diberikan berupa:

1) Antipiretik

Parasetamol atau asetaminofen 10-15 mg/kgBB/kali diberikan 4 kali atau tiap 6 jam. Berikan dosis rendah, pertimbangkan efek samping berupa hyperhidrosis
Ibuprofen 10 mg/kgBB/kali diberikan 3 kali.

2) Antikonvulsan

Berikan diazepam oral dosis 0,3-0,5 mg/kgBB setiap 8 jam pada saat demam menurunkan resiko berulangnya kejang Atau diazepam rektal dosis 0,5 mg/kgBB/hari sebanyak 3 kali perhari.

c. Bila kejang berulang

Berikan obat rumatan dengan fenobarbital atau asam valproate dengan dosis asam valproate 15-40 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis, sedangkan fenobarbital 3-5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis. Indikasi untuk diberikan rumatan adalah

1) Kejang lama lebih dari 15 menit

2) Anak mengalami kelainan neurologis yang nyata sebelum dan sesudah kejang misalnya hemiparese, cerebral palsy, hidrocefalus

3) Kejang fokal

4) Bila ada keluarga sekandung yang mengalami epilepsi.

Disamping itu, terapi rumatan dapat dipertimbangkan untuk

- 1) Kejang berulang 2 kali atau lebih dalam 24 jam
- 2) Kejang demam terjadi pada bayi kurang dari 12 bulan

H. Pemeriksaan penunjang

Menurut jasni, 2021 pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu

1. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam atau keadaan lain, misalnya gastroenteritis, dehidrasi disertai demam. Pemeriksaan laboratorium yang dikerjakan, misalnya darah perifer, elektrolit, dan gula darah.

2. Pungsi lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau meningkatkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis bakterialis adalah 0,6 % - 6,7 %. Pada bayi kecil seringkali sulit untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Oleh karena itu, fungsi lumbal dianjurkan pada : a. Bayi (< 12bulan) sangat dianjurkan dilakukan b. Bayi (12-18 bulan) dianjurkan c. Anak umur (> 18 bulan) tidak rutin. Bila yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan fungsi lumbal

3. Pemeriksaan Elektroensefalografi (EEG)

Pemeriksaan Elektroensefalograf (EEG) tidak dapat memprediksi berulangnya kejang atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsy pada pasien kejang demam. Oleh karenanya, pemeriksaan EEG masih dapat dilakukan pada keadaan kejang demam yang tidak khas, misalnya kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun atau kejang demam fokal.

4. Pemeriksaan foto kepala, computerized tomography CT-scan, dan/atau tidak dianjurkan pada anak tanpa ada kelainan neurologist karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal.

I. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) (2016). yaitu;

1. Kerusakan neurotransmitter
2. Epilepsy
3. Kelainan anatomi di otak
4. Mengalami kecacatan atau kelainan neurologis karena kejang yang disertai
5. demam.
6. Kematian

J. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Anak usia toddler merujuk pada periode perkembangan anak setelah masa bayi, umumnya berlangsung dari usia 12 bulan hingga 36 bulan atau 1 hingga 3 tahun. Pada fase ini, anak mulai menunjukkan kemandirian dengan kemampuan berjalan tegak dan menjelajahi lingkungan sekitar, yang seringkali disertai dengan rasa ingin tahu yang tinggi dan perubahan perilaku yang cepat (Suryani & Lestari, 2023).

Pertumbuhan pada anak toddler merupakan peningkatan ukuran fisik dan struktur tubuh secara kuantitatif, yang meliputi penambahan berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, dan lingkar lengan. Pada usia ini, laju pertumbuhan cenderung melambat dibandingkan masa bayi, namun tetap terjadi peningkatan signifikan yang dapat diamati melalui grafik pertumbuhan standar (Kemenkes RI, 2023).

Perkembangan anak toddler adalah proses peningkatan kemampuan fungsi tubuh yang lebih kompleks dan terkoordinasi, meliputi aspek motorik, kognitif, sosial, emosional, dan bahasa. Perkembangan ini bersifat kualitatif dan melibatkan kematangan organ serta sistem saraf (Yuliana & Wibowo, 2023).

1. Perkembangan Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak toddler ditandai dengan kemampuan berpikir, memahami, dan memecahkan masalah yang semakin kompleks. Pada usia ini, anak mulai mengembangkan kemampuan untuk memahami hubungan sebab-akibat sederhana, mengenali objek dan gambar, serta menunjukkan memori jangka pendek yang lebih baik (Supriadi & Pratiwi,

2023). Mereka juga mulai memahami konsep dasar seperti ukuran, bentuk, dan warna, serta terlibat dalam permainan pura-pura yang menunjukkan perkembangan imajinasi dan simbolisme (Wijayanti & Lestari, 2023).

2. Perkembangan Sosial

Perkembangan sosial pada anak toddler meliputi kemampuan berinteraksi dengan orang lain, berbagi, dan memahami peran sosial. Meskipun seringkali masih menunjukkan perilaku egosentris, anak toddler mulai tertarik untuk bermain bersama teman sebaya, meskipun masih dalam bentuk parallel play (bermain berdampingan tanpa interaksi yang mendalam) (Handayani & Budiman, 2023). Mereka juga mulai memahami emosi orang lain dan menunjukkan empati sederhana, serta belajar mengikuti aturan dan batasan yang ditetapkan oleh orang dewasa (Sari & Wulandari, 2023).

3. Perkembangan Emosi

Perkembangan emosi pada anak toddler seringkali ditandai dengan ledakan emosi atau tantrum karena mereka belum sepenuhnya mampu mengekspresikan perasaan secara verbal. Namun, pada usia ini, mereka juga mulai mengembangkan kemampuan untuk mengenali dan menamai emosi dasar seperti senang, sedih, dan marah (Ningsih & Rahayu, 2023).

4. Perkembangan Fisik

Perkembangan fisik pada anak toddler sangat menonjol dengan perkembangan motorik kasar dan halus. Perkembangan motorik kasar meliputi kemampuan berjalan stabil, berlari, melompat dengan kedua kaki, dan menaiki tangga (Hidayat & Utami, 2023). Sementara itu, motorik halus melibatkan kemampuan menggenggam benda kecil, mencoret-coret, membalik halaman buku, dan makan menggunakan sendok sendiri, yang menunjukkan koordinasi mata dan tangan yang semakin baik (Santoso & Kurniawan, 2023).

5. Perkembangan Bahasa

Perkembangan bahasa pada anak toddler adalah salah satu aspek yang paling dinamis, dimulai dari single words hingga two-word phrases dan bahkan kalimat sederhana. Anak mulai memahami instruksi sederhana, menunjuk objek yang disebutkan, dan meniru suara atau kata-kata yang didengar (Wahyuni & Fitriyani, 2023).

K. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal yang sangat penting dalam proses keperawatan. Ini adalah proses yang sistematis dalam pengumpulan data atau untuk mengevaluasi status kesehatan saat ini dari pasien. Pengkajian mencakup aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, dan dilakukan secara komprehensif untuk memahami kondisi holistik pasien (Handryastuti, 2021).

Pengkajian pada pasien kejang demam meliputi :

a) Anamnesis

1) Identitas pasien

Ketika mengkaji anak yang mengalami demam pada riwayat kejang demam, informasi yang perlu dikumpulkan meliputi nama lengkap, jenis kelamin, usia, tempat dan tanggal lahir, serta nama orang tua.

b) Riwayat kesehatan

1) Keluhan utama

Keluhan utama pada anak kejang demam mengalami peningkatan suhu tubuh diatas 38 °C, anak mengalami kejang demam sederhana sebanyak 1 kali dengan durasi 15 detik bahkan sampai mengalami penurunan kesadaran.

2) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya orang tua pasien akan memberikan pernyataan jika anaknya mengalami panas dengan suhu tinggi, kemudian pernah mengalami kejang berulang dengan waktu yang sama atau berbeda, tergantung jenis kejang demam yang dialami oleh anak.

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pada anak yang usianya 0 sampai 5 tahun dilakukan pengkajian prenatal, cerah, natal dan post natal. Anak yang pernah mengalami kejang demam, pernah jatuh atau sering mengkonsumsi obat bebas, biasanya perkembangannya lebih lambat dari anak umumnya. Pengkajian dilakukan pada orang tua pada usia anak berapa anak mengalami kejang demam pertama kali.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Pengkajian terhadap orang tua dan keluarga terdahulu apakah pernah mengalami kejang demam atau mempunyai riwayat penyakit menular sehingga menjadi penyakit infeksi yang menyebabkan terjadinya kejang demam.

c) Riwayat gizi

Biasanya anak dengan kejang demam mengalami penurunan nafsu makan dan bisa terjadi mual dan muntah.

d) Riwayat imunisasi

Pengkajian dilakukan pada orang tua terkait imunisasi yang pernah didapatkan anak dari usia 0 sampai saat ini, dan reaksi apa saja yang anak alami setelah dilakukan imunisasi.

e) Riwayat tumbuh kembang

Riwayat tumbuh kembang meliputi pertumbuhan fisik anak, dan perkembangan anak pada tiap tahap.

f) Riwayat psikososial

Meliput informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakit serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

g) Pola Kebiasaan

- 1) Nutrisi dan metabolisme : anak biasanya mengatakan gangguan nafsu makan, porsi makan berkurang.
- 2) Eliminasi BAB : anak biasanya terganggu bila anak mengalami diare atau tirah baring lama selama kejang demam.
- 3) Eliminasi BAK : sering berwarna kuning pekat karena kehilangan cairan melalui keringat.
- 4) Pola tidur dan Istirahat : anak yang mengalami kejang demam biasa terganggu akibat demam atau ketidaknyamanan.
- 5) Pola aktivitas : pada pasien kejang demam mengalami gangguan aktivitas karena badan lemas.
- 6) Pola kebersihan : menjaga kebersihan diri penting untuk mencegah infeksi yang dapat memperparah demam dan kejang.

h) Pemeriksaan Fisik

Pada pasien anak dilakukan pemeriksaan fisik Head to toe. Pemeriksaan fisik diantaranya :

- 1) Keadaan umum
 - a) Anak mungkin menjadi rewel
 - b) Kesadaran dapat bervariasi dari compos mentis hingga penurunan kesadaran
 - c) Suhu tubuh meningkat $> 38^{\circ}\text{C}$
 - d) Respirasi, khususnya pada anak di bawah 12 bulan mungkin meningkat menjadi > 30 kali/menit.

- e) Denyut nadi pada anak usia 1 tahun sampai 5 tahun biasanya berkisar antara 80 hingga 130 kali/menit
 - f) Berat badan (BB) : Tidak umumnya terjadi penurunan berat badan.
- 2) Pemeriksaan fisik head to toe
- a) Kepala

Berbentuk simetris atau tidak, apakah ada atau tidak benjolan pada kepala, rambut bersih atau kotor, dan terdapat rambut rontok apa tidak.
 - b) Mata

Pemeriksaan pada terjadinya diatas pupil, apakah anak mengalami konjungtiva anamis.
 - c) Hidung

Pemeriksaan pada hidung meliputi bentuk hidung simetris, mukosa hidung berwarna merah muda.
 - d) Mulut

Mukosa bibir lembab atau kering, lihat kebersihan mulut dan gigi.
 - e) Telinga

Pemeriksaan pada telinga meliputi bentuk simetris, ada gangguan atau tidak, keadaan bersihan telinga dan terjadi atau tidak pembengkakan dan nyeri dibagian belakang telinga.

f) Leher

Pemeriksaan leher seperti tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pembesaran vena jugularis.

g) Dada

(1) Paru-paru

Respirasi meningkat, bentuk dada, pergerakan dada dan retraksi dinding dada umumnya terdapat kesulitan bernafas disertai adanya batuk produktif, pada auskultasi terdengar adanya ronchi.

(2) Jantung

Bagaimana keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya, adakah bunyi tambahan, adakah bradikardi atau tachycardi.

h) Abdomen

Pada pemeriksaan abdomen, dilakukan penilaian terhadap distensi abdomen (pembesaran atau perut kembung) serta kekuatan otot pada abdomen. Distensi abdomen dapat mengindikasikan adanya gangguan pada organ-organ di dalam perut seperti usus atau lambung. Sedangkan penilaian terhadap kekuatan otot abdomen membantu dalam penilaian terhadap kekuatan otot abdomen dapat membantu dalam menilai kemungkinan adanya gangguan pada sistem pencernaan atau penyakit pada organ-organ dalam perut.

i) Kulit

Kaji keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya, apakah ada oedemam hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

j) Ekstremitas

Eksremitas atas dan bawah tonus otot mengalami kelemahan dan CRT > 2 detik, dan akral teraba hangat.

k) Genetalia

Kaji apakah ada nyeri tekan atau tidak pada genetalia, ada benjolan pada.

3) Pemeriksaan penunjang

a) Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan.

b) Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegaskan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien dengan kejang demam meliputi:

- (1) Bayi kurang dari 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas
- (2) Bayi antara 12 bulan dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis.
- c) Pemeriksaan Elektroensefalogram (EEG) dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.
- d) Pemeriksaan foto kepala, computerized tomography CT-scan, dan/atau tidak dianjurkan pada anak tanpa ada kelainan neurologist karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal.

2. Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	DS : Tidak tersedia DO: Suhu tubuh diatas normal	Infeksi bakteri dan pasasite ↓ Inflamasi ↓ Suhu tubuh meningkat ↓ Demam ↓ Hipertermia	Hipertermia
2	DS : Tidak tersedia DO : Berat dan menurun minimal 10 % di bawah rentang ideal	Kenaikan metabolisme ↓ Kebutuhan oksigen meningkat ↓ Sirkulasi oksige meningkat ↓ Mekanisme tubuh melawan virus ↓ Mual, muntah, nafsu makan berkurang ↓ Defisit nutrisi	Defisit nutrisi
3	DS : Dispnea DO : Frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah	Kejang demam ↓ Kurang dari 15 menit (KDS) ↓ Lidah jatuh kebelang ↓ Sesak ↓ Pola nafas tidak efektif	Pola nafas tidak efektif
4	DS : keluhan keluarga adanya batuk DO : ditemukan adanya suara tambahan	Kejang demam ↓ Kurang dari 15 menit (KDS) ↓ Batuk ↓ Sekret dijalan nafas ↓ Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas tidak efektif
5	DS : Keluarga melaporkan kejang berulang, penurunan	Kejang demam ↓	Risiko perpusi serebral tidak

	kesadaran DO : Catatan durasi dan tipe kejang	Lebih dari 15 menit (KDK) ↓ Perubahan suplay darah ke otak ↓ Resiko kerusakan otak ↓ Resiko kerusakan sel Neuron otak ↓ Risiko perpusi serebral tidak efektif	efektif
6	DS : Keluarga menunjukan kurangnya pemahaman tentang penanganan kejang DO : Wawancara mengenai pemahaman keluarga tentang kejang demam.	Kejang demam ↓ Kurangnya informasi tentang penyakit ↓ Defisit pengetahuan	Defisit pengetahuan

Sumber : SDKI (2017).

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim pokjs SDKI DPP PPNI. (2017). Diagnosis Keperawatan pada kejang demam yaitu :

- 1) Hipertermia (D.0130) b,d proses penyakit d,d :

DS : Tidak tersedia

DO : Suhu tubuh diatas normal.

- 2) Denisit nutrisi (D.0019) b,d faktor psikologis d,d :

DS : Tidak tersedia

DO : Berat badan turun $\geq 10\%$

- 3) Pola nafas tidak efektif (D.0005) b,d hambatan upaya nafas d,d :

DS : Dipsnea

DO : Frekuensi nafas berubah, pola nafas Berubah

- 4) Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) b,d sekresi yang tertahan

DS : keluhan keluarga adanya batuk

DO : ditemukan adanya suara tambahan

- 5) Risiko perpusi serebral tidak efektif (D.0017) b,d

DS : Keluarga melaporkan kejang berulang, penurunan kesadaran

DO : Catatan durasi dan tipe kejang

- 6) Defisit pengetahuan (D.0111) b,d kurangnya terpapar informasi d,d :

DS : Kelurga menunjukan kurangnya pemahaman tentang penanganan

kejang

DO : Wawancara mengenai pemahaman keluarga tentang kejang demam.

4. Intervensi keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

NO	Dx. Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	Hipertermia (D.0130) b,d proses penyakit d,d : S : keluarga melapor demam tinggi, merasa panas. O : Suhu tubuh diatas normal.	Termoregulasi (L.14134) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pengaturan suhu tubuh membaik dengan kriteria hasil : 1. Mengigil menurun 2. Kejang menurun 3. Suhu tubuh membaik 4. Suhu kulit membaik	Manajemem Hipertermia (I.15506) Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor keluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 13. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 14. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
2	Denisit nutrisi (D.0019) b,d faktor psikologis d,d : S : Anak menolak makan O : Berat badan turun $\geq 10\%$	Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan meningkat	Manajemem nutrisi (I.03119) Observasi : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Iidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan

		3. Nafsu makan meningkat	4. Monitor berat badan Terapeutik 5. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 6. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 8. Anjurkan posisi duduk, jika mampu 9. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 10. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan
3	Pola nafas tidak efektif (D.0005) b,d hambatan upaya nafas d,d : S : Dipsnea O : Frekuensi nafas berubah, pola nafas Berubah	Pola napas (L.01004) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x23 jam inspirasi dan ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat membaik dengan kriteria hasil : 1. Dipsnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik	Pemantauan respirasi (I.01014) Observasi : 1. Monitor pola nafas. Monitor saturasi oksigen 2. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 3. Monitor sumbatan jalan nafas Terapeutik 4. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 6. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) b,d sekresi yang tertahan S : keluhan keluarga adanya batuk O : ditemukan adanya suara tambahan	Pertukaran gas (L.01003) Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam oksigenasi akan eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler normal dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif menurun 2. Produksi sputum menurun	Manajemen jalan nafas (I.01011) Observasi : 1. Monitor jalan nafas 2. Monitor bunyi jalan nafas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik

			4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Posisikan semi fowler atau fowler 6. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 7. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik. 8. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi 9. Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi 10. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran. Mukolitik, jika perlu
5	Risiko perpusi serebral tidak efektif (D.0017) b,d S : Keluarga melaporkan kejang berulang, penurunan kesadaran O : Catatan durasi dan tipe kejang	Perpusi serebral (L.02014) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi risiko perpusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil : 1. Tekanan intrakranial menurun 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Kecemasan menurun	Manajemen peningkatan TIK (I.06194) Observasi ; 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP Terapeutik 4. Berikan posisi semi fowler 5. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 6. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 7. Kolaborasi dalam pemberian sadasi dan anti konvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
6	Defisit pengetahuan (D.0111) b,d kurangnya terpapar informasi d,d : S : Keluarga menunjukkan kurangnya pemahaman tentang penanganan kejang O : Wawancara mengenai pemahaman keluarga tentang kejang demam.	Tingkat pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 3. Persepsi yang keliru terhadap masalah	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi : 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik :

menurun	3. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 5. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 7. Ajarkan perilaku bersih dan sehat 8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
---------	---

Sumber : SDKI PPNI (2017). SLKI PPNI (2018). SIKI PPNI

5. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran implementasi keperawatan yang diberikan kepada pasien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk pasien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari, proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Azizah, 2020).

Pelaksanaan medis pada pasien dengan kejang demam sederhana (KDS) meliputi beberapa langkah utama untuk mengendalikan aktivitas kejang dan menurunkan demam, serta mencegah komplikasi lebih lanjut. Tindakan medis yang biasanya dilakukan antara lain:

- a. Pemberian antipiretik seperti paracetamol untuk menurunkan suhu tubuh anak.
- b. Penerapan kompres hangat pada area ketiak, leher, atau selangkangan guna mengurangi demam secara efektif dan cepat.
- c. Pemberian antikonvulsan seperti diazepam, khususnya jika kejang berlangsung lama atau berulang, yang dapat diberikan secara intravena atau rektal sesuai kebutuhan dan kondisi pasien.
- d. Pemantauan tanda vital dan kondisi umum pasien secara berkala agar dapat segera diketahui adanya perubahan atau perburukan kondisi.

- e. Pengamanan pasien saat kejang dengan menjaga saluran napas terbuka dan mencegah cedera fisik akibat kejang.
- f. Edukasi kepada keluarga mengenai cara penanganan kejang di rumah, pengenalan tanda bahaya yang membutuhkan tindakan medis segera, serta pentingnya kontrol medis lanjutan.

6. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan yang menunjukkan apakah tujuan dari intervensi keperawatan telah berhasil diwujudkan atau membutuhkan pendekatan yang berbeda. Evaluasi keperawatan juga berfungsi sebagai catatan mengenai tanda-tanda kemajuan pasien menuju tujuan yang ingin dicapai. Proses evaluasi keperawatan menilai sejauh mana efektivitas perawatan dan menyampaikan kondisi kesehatan pasien setelah mendapatkan intervensi keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan untuk memperbarui informasi yang memungkinkan untuk memperbarui rencana keperawatan sesuai dengan kondisi pasien setelah dilakukan evaluasi (Bustan & P,2023).

Evaluasi dilaksanakan dengan metode SOAP meliputi informasi subjek, informasi objektif, analisis, dan planning. Evaluasi proses (format) adalah penilaian yang dilaksanakan setelah setiap tindakan, dilakukan secara berkesinambungan sehingga tujuan yang dilakukan di akhir tindakan perawatan dan menggambarkan keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai kondisi kesehatan pasien sesuai dengan batas waktu yang telah ditentukan (Manalu & Nursasmita, 2023).

BAB III

TINJAUN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Tinjaun Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

Nama	: An. J
Tanggal Lahir	: Garu, 20-04-23
Usia	: 2 Tahun
Jenis Kelamin	: Perempuan
Agama	: Islam
Alamat	: Kp. Panawuan
No RM	: 01445867
Tanggal Masuk	: 21-04-2025
Tanggal Pengkajian	: 21-04-2025

b. Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Putri
Jenis Kelamin	: Perempuan
Umur	: 25 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Alamat	: Kp. Panawuan
Hubungan dengan pasien	: Ibu kandung

c. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan Utama

Ibu pasien mengatakan anaknya demam dan kejang

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pada pengkajian tanggal 21 April 2025 pukul 15.00 WIB, ibu pasien mengeluhkan anaknya masih demam. Pada saat pemeriksaan menunjukkan suhu tubuh pasien 38,6° C, wajah tampak kemerahan, dan mukosa bibir kering. Demam tinggi ini disertai riwayat kejang 1 kali dengan durasi (5 menit), ditandai dengan gerakan tersentak-sentak, tangan menggenggam, dan mata melihat ke atas. Selain itu, ibu pasien melaporkan adanya penurunan nafsu makan pada pasien, ibu pasien tampak cemas dan menyatakan tidak mengetahui cara penanganan yang tepat saat anaknya mengalami kejang .

3) Riwayat Kesehatan dahulu

Menurut ibu pasien ,sebelumnya pasien belum pernah mengalami kejang demam.

4) Riwayat Kesehat Keluarga

Menurut ibu pasien di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit keturunan dan tidak mempunyai penyakit menular.

d. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1) Prenatal

Ibu pasien mengatakan, selama kehamilannya ia memeriksa kehamilan kebidan secara rutin yaitu trimester I satu kali perbulan, trimester II satu kali perbulan, trimester III dua kali perbulan. Selama hamil ibu pasien mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali. Pasien merupakan anak pertama.

2) Intranatal

Ibu pasien mengatakan. Pasien dilahirkan di bidan secara normal dengan usia kehamilan 37 minggu dan BB lahir pasien 3.900 gram, panjang badan 51 cm.

3) Postnatal

Ibu pasien mengatakan, pasien lahir langsung menangis kuat dan lahir dalam keadaan sehat.

e. Riwayat Nutrisi

1) Sebelum sakit

Ibu pasien mengatakan dari sejak lahir pasien minum ASI dan setelah usian pasien 6 bulan tidak ada masalah dengan asupan nutrisinya, makan 1 porsi habis.

2) Ketika sakit

Ibu pasien mengatakan pasien susah makan.

3) Berat badan normal 13kg, tinggi badan 81 cm

f. Imunisasi

Menurut penuturan ibu pasien, pasien sudah mendapatkan imunisasi lengkap

Tabel 3.1 Imunisa

g. Riway	Catatan Pemberian Imunisasi	
	Umur (bulan)	Jenis Imunisasi
at	0	HBO&Polio 0
Tumbu	1	BCG&Polio 1
h	2	DPT/HB+Hib 1+Polio2
	4	DPT/HB+Hib 2+Polio3
Kemba	6	DPT/HB+Hib 3+Polio4
ng	9	Campak
	15	DPT/HB+Hib4
1) Ri		

wayat Pertumbuhan dan Pengkajian Tumbuh Kembang

Menurut penuturan ibu pasien, berat badan lahir An. J adalah 3.900 gram dan panjang badan 51 cm. pada saat dikaji pada tanggal (21 April 2025) , pasien berumur 2 tahun dengan berat badan 13 kg dan tinggi badan 81 cm, lingkar kepala 42 cm, lingkar lengan 16 cm dan lingkar dada 57 cm. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan anak baik sesuai dengan usianya.

2) Riwayat Perkembangan

a) Motorik Kasar

Pasien sudah naik tangga tanpa bantuan dengan satu atau dua kaki pada tiap anak tangga, dan bisa melompat menggunakan dua kaki ke depan sekitar 10 cm, dan melompat ke atas.

b) Motorik Halus

Pasien mampu memegang alat makan, alat tulis dan mencoret-coretnya

c) Bahasa

Pasien sudah mampu meniru kata-kata, memanggil mama dan papa .

d) Sosialisasi

Pasien sudah mulai bermain bersama orang lain, mulai melambaikan tangan jika ditinggal pergi dan membalas melambaikan orang lain.

h. Riwayat psikologis

1) Pasien

Pasien kadang-kadang suka menangis, agresif, dan tidak berkooperatif terhadap petugas kesehatan.

2) Orang tua

Ibu pasien mengatakan khawatir mengenai keadaan anaknya keluarga (ibu pasien) gelisah dan selalu bertanya tentang keadaan anaknya mereka bingung terhadap kondisi anaknya dan bagaimana cara penanggulangan demam kejang pada anak di rumah.

i. Sosial

1) Mangasuh

Pasien suka diasuh oleh ibu dan ayahnya.

2) Jumlah saudara kandung

Pasien merupakan anak pertama.

3) Pola interaksi

Keluarga cukup kooperatif dalam memberikan informasi ke pada petugas dan dokter.

4) Dampak Hospitalisasi

a) Reaksi terhadap perpisahan menurut penuturan ibu pasien

pasien menangis jika ditinggal ibunya, pasien selalu ditunggu oleh ibunya.

b) Reaksi anak terhadap diri dan ancaman

Pasien menangis apabila akan diberi obat (*IntraVena*) IV.

j. Riwayat Spiritual

Keluarga menganut agama islam, taat menjalankan ibadahnya dan selalu berdoa untuk kesembuhan anaknya.

k. Pemeriksaan Fisik

- a) Keadaan Umum
- b) Kesadaran : Compos Mentis, E4, M6, V5
- c) Keadaan pasien nampak lemah,rewel.

1. Tanda- tanda vital

Nadi : 115x/menit

Respirasi : 32x/menit

Suhu : 38,6 °C

2. Pemeriksaan Fisik Head To Toe

a) Kepala

Bentuk kepala simetris, warna rambut hitam, kebersihan rambut bersih, tidak ada lesi dikepala.

b) Mata

Letak kedua mata simetris antra kiri dan kanan, penglihat jelas terbukti bahwa pasien memanggil ibunya sambil menunjuk, mata kemerahan, reaksi pupil dilatasi saa cahaya terang konstriksi pada cahaya meredup.

c) Telinga

Posisi kedua telinga simetris antara kiri dan kanan, pendengaran baik terbukti dengan ketika pasien dipanggil oleh orang tuanya menoleh kebersihan telinga baik.

d) Hidung

Bentuk hidung simetris, pernafasan cuping hidung (-), tidak ada menggunakan alat bantu pernafasan, tidak ada sinusitis dan secret pada rongga hidung.

e) Mulut

Mukosa bibir kering, warna bibir pucat, kebersihan mulut baik, gigi bersih dan tidak ada karies pada gigi.

f) Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada leher dan tidak terdapat peningkatan JVP.

g) *Nervus Cranial*1) *Nervus 1 (olfaktorius)*

Fungsi penciuman baik.

2) *Nervus 2 (optikus)*

Fungsi penglihatan baik, refleks pupil baik.

3) *Nervus 3 (okulomotorius)*

Dapat mengangkat kelopak mata atas, kontraksi pupil baik, pergerakan bola mata baik, reaksi pupil terhadap cahaya baik ditandai pupil mengecil.

4) *Nervus 4 (troklearis)*

Dapat melakukan pergerakan bola mata ke kiri dan ke kanan

5) *Nervus 5 (trigeminus)*

Reflek kornea baik, kelopak mata dapat berkedip pada waktu diberi rangsangan, dapat merasakan sentuhan, dapat membedakan rasa panas dan dingin, pada waktu tersenyum gigi simetris.

6) *Nervus 6 (abdosens)*

Dapat melakukan pergerakan bola mata ke atas dan ke bawah.

7) *Nervus 7 (fasialis)*

Otot ekspresi wajah baik.

8) *Nervus 8 (vestibulokoklear)*

Fungsi pendengaran baik tidak terdapat gangguan pendengaran.

9) *Nervus 9 (glossofaringeal)*

Suara Pasien jelas, dapat mengangkat lidah dan mengeluarkan suara, langit-langit lunak, tidak terdapat pembesaran tonsil.

10) *Nervus 10 (vagus)*

Reflek menelan bagus.

11) *Nervus 11 (aksesorius)*

Pergerakan leher dan bahu baik.

12) *Nervus 12 (hipoglasus)*

Bentuk lidah simetris, klien dapat menjulurkan lidah, warna merah muda.

h) Pemeriksaan Dada

1) Paru-paru

Pergerakan dada simetris, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada lesi, bentuk dada normal, pergerakan dada simetris, bunyi perkusi sonor, suara nafas veskuler, tidak ada suara tambahan, respirasi 32 x/menit.

2) Jantung

Tidak ada distensi vena jugularis. CRT <2 detik, bunyi jantung S1 dan S2 reguler.

i) Abdomem

Bentuk abdomem datar dan simetris, tidak ada nyeri tekan, bising usus 15x/menit

j) Genetalia

Pasien berjenis kelamin perempuan kebersihan baik, tidak ada luka,

k) Muskolskeletal (ekstremitas)

pergerakan kedua tangan dan kaki aktif melawan tahanan penuh tanpa adanya kelelahan otot.

m) Kulit

Kulit kemerahan, bibir kering, akral teraba hangat, CRT <2 detik.

n) Hospitalisasi

1) Pengalamam keluarga tentang sakit dan rawat inap

Ibu pasien mengatakan tidak mengetahui tentang penyakit anaknya, ibu merasa cemas dan khawatir terhadap kondisi anaknya.

2) Pemahamam anak tentang sakit dan rawat inap

Anak cemas dan mengatakan takut di suntik, takut ketika melihat perawatan dan dokter.

o) Aspek sosial

pasien memiliki banyak temem disekitar rumahnya dan pasien seringbermain dengan temam-temamnya disekitar rumahnya.

p) Aktivitas Sehari-hari

Tabel 3.2 Aktivitas sehari-hari

NO	Jenis Aktivitas	Sebelum Sakit	Saat Sakit
1	Pola makan		
	a.Makanan		
	Jenis	Nasi + lauk pauk	Bubur
	Frekuensi	3 x/hari	1x/hari
	Porsi	1 Porsi	1-2 sendok
	Cara	Mandiri/dibantu	Dibantu
	Keluhan	-	Pasien susah makan
	b. Minum		
	jenis	Air putih	Air putih
	frekuensi	4 gelas/hari	4 gelas/hari
	cara	Mandiri	Dibantu
2	Pola eliminasi		

	a.BAK		
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Cara	Kuning bening	Kuning bening
	b.BAB		
	Frekuensi	1x/hari	1x/hari
	Warna	Khas feses	Khas feses
	Konsistensi	Lembek	lembek
3	Pola istirahat tidur		
	a.Tidur Siang		
	Kuantitas	1-2 jam	1-2 jam
	Kualitas	Nyenyak	Nyenyak
	b.Tidur malam		
	kuantitas	9 jam	9 jam
	kualitas	Nyenyak	Nyenyak
4	Personal hygiene		
	a.Mandi		
	Frekuensi	2x/hari	1x/hari
	Cara	Dibantu	Dibantu

q) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.3 Hasil labolatorium tanggal 21 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Satuan	Keterangan
Hemoglobin	11.9	11.5-13,5	g/dL	Normal
Lekosit	11.420	5.000-1.500	/mm3	Normal
Hematokrit	36	34-40	%	Normal
Trombosit	400.000	150.00-	/mm3	Normal
Basofil	0	440.000	%	Normal
Eosinofil	0	0-1	%	Normal
Neutrofil	43	1-6	%	Menurun
Limfosit	50	50-70	%	Meningkat
Monosit	7	30-45	%	Normal
		2-10		

r) Terapi Obat

Tabel 3.4 Terapi Obat

NO	Nama obat	Dosis	Cara	keterangan
1	Paracetamol	3x250	IV	Mengatasi penurunan demam
2	Diazepam	1 mg	IV	Mengatasi kejang
3	Infus RL	20 tpm	IV	Mengatasi kebutuhan elektrolit dalam tubuh

2. Analisa Data**Tabel 3.5 Analisa Data**

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS :	Infeksi bakteri dan parasite	Hipertermi
	1. Ibu pasien mengatakan anaknya demam	↓ Inflamasi	
	2. ibu pasien mengatakan badan anaknya panas	↓ Suhu tubuh meningkat	
	3. ibu pasien mengatakan suhu tubuh anaknya naik turun	↓ Demam ↓ Hipertermia	
	DO :		
	1. Mukosa bibir pasien kering		
	2. badan terasa hangat		
	3. wajah pasien tampak merah		
	4. Suhu : 38,6 °C		

2	DS :	Kenaikan metabolisme	Defisit nutris
	Ibu pasien mengatakan anaknya susah makan dan hanya 1x sehari itupun selalu tidak habis	↓ Kebutuhan oksigen meningkat	
	DO :	↓ Sirkulasi oksige meningkat	
	1. Pasien nampak lemas	↓	
	2. Pasien tidak mau makan apapun	Mekanisme tubuh melawan	
		↓	
	3. BB sebelum sakit 13 kg	Mual, muntah, nafsu makan berkurang	
	4. BB sesudah sakit 12 kg	↓	
	5. IMT : 12kg :81 cm x 81 = 7,4 (kurus)	Defisit nutrisi	
3	DS :	Kejang demam	Defisit pengetahuan
	Ibu pasien mengatakan kurang paham dengan penyakit anaknya	↓ Risiko kejang berulang	
	DO :	↓	
	Keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan perawatan penyakit anaknya	Kurangnya pengetahuan	
		↓	
		Defisit pengetahuan	

3. Diagnosa keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi (D.0130)

DS :Ibu pasien mengatakan anaknya demam.

DO :

- 1) Mukosa bibir pasien kering
- 2) Badan terasa hangat
- 3) Suhu : 38,6 °C

2. Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan (D0019)

DS : Ibu pasien mengatakan anaknya susah makan dan hanya 1x sehari itupun tidak habis.

DO :

- 1) Pasien nampak lemas
- 2) Pasien tidak mau makan apapun
- 3) BB sebelum sakit 13 kg
- 4) BB saat sakit 12 kg

3. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi (D.0111)

DS : Ibu pasien mengatakn kurangan paham dengan penyakit anaknya.

DO :

- 1) Keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan perawatan penyakit anaknya.

4. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN (SDKI)	PERENCANAAN (SLKI)		
		TUJUAN (SLKI)	INTERVENSI	RASIONAL
1	Hipertermi di buktikan dengan proses infeksi DS : Ibu pasien mengatakan anaknya demam. DO : 1. Mukosa bibir pasien kering 2. Badan terasa hangat 3. Tampak kulit kemerahan 4. Suhu : 38,6 °C	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam Termoregulasi kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik (37.0 °) 2. Kulit kemerahan menurun	Majemen Hipertermi (1.15506) OBSERVASI 1. Identifikasi penyebab hipertermi (mis, Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia. TERAPEUTIK 1. Sedia lingkungan yang dingin 2. Berikan cairan oral 3. Lakukan kompres hangat EDUKASI 1. Anjurkan tirah baring KOLABORASI 1. Kolaborasikan pemberian cairan intravena	OBSERVANSI 1. Mengetahui penyebab hipertermia sebagai dasar dan menentukan intervensi 2. Kenaikan atau penurunan suhu tubuh sebagai indikator kondisi dalam fase penyakit 3. Identifikasi komplikasi secara cepat dapat mengurangi resiko lebih cepat TERAPEUTIK 1. Lingkungan dingin membantu proses konduksi, sehingga panas tubuh berpindah ke lingkungan. 2. Menggantikan cairan yang hilang melalui keringat, mencegah dehidrasi, dan membantu mempertahankan keseimbangan elektrolit. 3. Kompres hangat di lokasi ini mempercepat penurunansuhu tubuh melalui konduksi. EDUKASI 1. Tirah baring mengurangi beban kerja metabolik dan mempercepat pemulihan.

KOLABORASI				
				1. Pemberian cairan IV penting untuk rehidrasi cepat dan stabilisasi hemodinamik, terutama bila disertai ketidakseimbangan elektrolit.
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor psikologis keengganan untuk makan DS : Ibu pasien mengatakan anaknya susah makan dan hanya 1x sehari itupun tidak habis. D0 : 1. Pasien nampak lemah 2. Pasien tidak mau makan apapun 3. BB sebelum sakit 13	Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam status nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil : 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Frekuensi makan meningkat 3. Nafsu makan meningkat	Manajenen nutrisi (I.03119) OBSERVASI : 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Monitor asupan makan 4. Monitor berat badan TERAPEUTIK 5. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai EDUKASI 6. Ajarkan diet yang diprogram KOLABORASI 7. Kolaborasin dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan	1. Dapat mengetahui status nutrisi pasien sehingga dapat melakukan intervensi yang tepat 2. Untuk mengetahui apakah pasien memiliki alergi terhadap makana. 3. Untuk mengetahui asupan nutrisi yang masuk 4. Untuk memantau berat pasien 5. Meningkatkan keinginan pasien untuk makan 6. Agar pasien dapat mengetahui makanan apa saja boleh dikonsumsi 7. Untuk mengetahui jumlah dan jenis makan yang sesuai dengan kebutuhan pasien

kg 4. BB saat sakit 12 kg				
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi DS : Ibu pasien mengatakan kurang paham dengan penyakit anaknya DO : Keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan perawatan penyakit anaknya	Tingkat pengetahuan (L.1211) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan tingkat pengetahuan membaik dengan kriteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menjelaskan pengetahuan suatu topik meninedukasigkat 3. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat	Edukasi Kesehatan (I.12383) OBSERVASI 1. Idetifikasi kesiapan dan kemampuan menerina informasi TERAPEUTIK 2. Sedian materi dan media pendidikan kesehatan tentang kejang demam 3. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya	1. Memberikan informasi ketika keluarga siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam peresapan informasi 2. Untuk menunjakan agar penyampai materi lebih mudah dan menarik 3. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak terganggu aktivitas masing-masing 4. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana keluarga pasien dapat menerima materi

5. Implemtasi dan Evaluasi

Tabel 3.7 Implemtasi dan Evaluasi

Hari, tanggal, waktu	Dignosa keperawatan	Implementasi	Evaluasi	Paraf
Senin , 21 April 2025 pukul 16.00	Hipertermia	OBSERVASI 1. Mengidentifikasi penyebab hipertermi (mis, Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Respon : adanya infeksi dari proses penyakit 2. Memonitor suhu tubuh Respon : Suhu : 38,6 °C 3. Memonitor komplikasi akibat hipertermia. Respon : Tidak ada komplikasi yang terjadi pada pasien TERAPEUTIK 4. Menyediakan lingkunag yang dingin. Respon : pasien berada di ruang AC 5. Memberikan cairan oral Respon : pasien minum air minelar 6. Melakukan kompres hangat Respon : Adanya penurunan suhu. EDUKASI 7. Menganjurkan tirah baring Respon : pasien medapat istirahat total KOLABORASI 8. Mengkolaborasikan pemberian cairan Intravena Respon : Pasien terpasang infus asering, 40 cc/jam	DS : 1. Ibu pasien mengatakan pasien masih demam DO : 1. Tampak pasien lemah 2. Kulit tarasa hangat 3. Suhu 38,6 °C 4. Tampak ulit kemerah A : Masalah Hipertermi teratasi sebagian P : Lanjutkan intervisi I : 1. Monitor suhu 2. Monitor komplikasi akibat hipertermia 3. Lakukan kompres hangat 4. Barikan cairal oral 5. Anjurkan tirah baring 6. Kolaborasi pemberian cairan dan obat	Arif
Senin,21 April	defisit nutrisi	OBSERVASI :	DS :	Arif

2025 Pukul 17.00		1. Mengidentifikasi status nutrisi Respon : Ibu pasien mengatakan masih tidak nafsu makan 2. Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Respon : Pasien tidak memiliki alergi apapun 3. Memonitor asupan makanan Respon : Pasien makan 1 atau 2 kali sehari dengan porsi yang sedikit Memonitor berat Respon : BB pasien saat ini 12 kg TERAPEUTIK 4. Mensajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Respon : Makanan disajikan dalam keadaan hangat pasien mulai makan sedikit tapi sering EDUKASI 5. Mengajarkan diet yang diprogram KORABORASI 6. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan.	1. Ibu pasien mengatakan anaknya tidak nafsu makan DO : 1. Pasien nampak lemas 2. BB 12 kg A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi I : 1. Monitor asupan makanan 2. Monitor berat badan 3. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makan	
Senin, 21April 2025 Pukul 18.00	Defisit pengetahuan	OBSERVASI 1. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon: Ibu pasien mengatakan mampu dan siap untuk menerima pendidikan kesehatan tentang kejang demam TERAPEUTIK 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan tentang kejang demam Respon : Ibu pasien mengatakan mampu memahami dengan apa yang digunakan untuk menyampaikan materi dan media yang diberikan untuk pendidikan kesehatan	DS: 1. Ibu psien mengatakan tidak memahami tentang penyakit anaknya secara medisnya DO : 1. Ibu psien tampak cemas dengan kondisi anaknya A : Malah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Arif

		3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan Respon :		
		4. Memberikan kesempatan untuk bertanya Respon :		
		EDUKASI		
		5. Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi hidup bersih dan sehat Respon :		
		6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon :		
		7. Mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat		
Selasa, 22 April 2025 Pukul 16.00	Hipertermia	OBSERVASI	DS :	Arif
		1. Mengidentifikasi penyebab hipertermi (mis, Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Respon : adanya infeksi dari proses penyakit	1. Ibu pasien mengatakan suhu tubuh pasien sudah tidak terlalu panas	
		2. Memonitor suhu tubuh Respon : Suhu : 38,6 °C	DO :	
		3. Memonitor komplikasi akibat hipertermia. Respon : Tidak ada komplikasi yang terjadi pada pasien	1. Pasien tampak pas berkurang 2. Suhu : 37,8 °C 3. Tampak kulit masih kemerahan	
		TERAPEUTIK	A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi I :	
		4. Menyediakan lingkungan yang dingin. Respon : pasien berada di ruang AC	1. Monitor suhu tubuh	
		5. Memberikan cairan oral Respon : pasien minum air mineral	2. Berikan cairan oral	
		6. Melakukan kompres hangat Respon : Adanya penurunan suhu.	3. Anjurkan tirah baring	
		EDUKASI	4. Kolaborasi pemberian cairan dan obat	
		7. Mengajarkan tirah baring Respon : pasien mendapat istirahat total		

KOLABORASI				
8. Mengkolaborasikan pemberian cairan Intravena Respon : Pasien terpasang infus asering, 40 cc/jam				
Selasa, 22 April 2025 Pukul 15.00	defisit nutrisi	OBSERVASI : 1. Mengidentifikasi status nutrisi Respon : Pasien nafsu makan sudah sedikit membaik 2. Memonitor asupan makanan Respon : Pasien hari ini makan setengah porsi 3. Memonitor berat badan Respon : BB pasien 12 kg TERAPEUTIK 4. Menyediakan makan secara menarik dan suhu yang sesuai Respon : Makanan disajikan dalam keadaan hangat pasien mulai makan sedikit tapi sering EDUKASI 5. Mengajarkan diet diprogram KOLABORASI 6. Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makanan	DS : 1. Ibu pasien mengatakan anaknya mulai sedikit tapi sering DO : 1. Pasien tampak sudah membaik 2. 12 kg A : Malasah belum terasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi I : 1. Monitor asupan makanan 2. Monitor berat badan 3. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan kebutuhan kalori dan pilihan makan	Arif
Selasa 22 April 2025 Pukul 17.00	Defisit pengetahuan	OBSERVASI 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Respon : Ibu siap menerima informasi/penyuluhan yang akan diberikan TERAPEUTIK 2. Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan Respon : Leaflet dan media lainnya 3. menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai	DS : 1. Ibu pasien mengatakan paham tentang edukasi yang disampaikan tentang cara penanganan anak saat demam dan kejang DO : 1. Ibu pasien mampu mengulangi kembali penjelasan yang diberikan	Arif

		kesepakatan Respon : Penyampai materi dilakukan tanggal 22 April 2025 mengenai kejang demam 4. .Meberikan kesempatan untuk bertanya Respon : Ibu pasien tampak aktif bertanya EDUKASI 5. Menjelaskan fakro risiko yang dapat mempegaruhi hidup bersih dan sehat Respon : Ibu pasien mengerti apa yang sudah di jelaskan 6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat Respon : Ibu pasien mengerti dan memahami yang sudah dijelaskan 7. Mengajarkan stratengi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	tentang kejang demam 2. Pasien tampak tidak kejang A : Masalah teratasi sebagaia P : Lanjutkan intervensi	
Rabu, 23 April 2025 Pukul 10.00	Hipertermia	OBSERVASI 1. Mengidentifikasi penyebab hipertermi (mis, Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator) Respon : adanya infeksi dari proses penyakit 2. Memonitor suhu tubuh Respon : Suhu : 38,6 °C 3. Memonitor komplikasi akibat hipertermia. Respon : Tidak ada komplikasi yang terjadi pada pasien TERAPEUTIK 4. Menyediakan lingkunag yang dingin. Respon : pasien berada di ruang AC 5. Memberikan cairan oral Respon : pasien minum air minelar 6. Melakukan kompres hangat Respon : Adanya penurunan suhu. EDUKASI	DS : 1. Ibu pasien mengatakan sudah tidak demam DO : 1. Teraba hangat tidak panas 2. Suhu tubuh : 36,5 °C 3. Tampak membaik 4. Kulit tidak kemerahan A : Masalah teratasi P : Intervensi diberhentikan	Arif

		7. Mengajukan tirah baring Respon : pasien mendapat istirahat total		
		KOLABORASI		
		8. Mengkolaborasikan pemberian cairan Intravena Respon : Pasien terpasang infus asering, 40 cc/jam		
Rabu, 23 April 2025 Pukul 11.00	defisit nutrisi	OBSERVASI : Manajenen nutrisi (I.03119) OBSERVASI : - Mengidentifikasi status nutrisi Respon : Ibu pasien mengatakan nafsu makan anaknya sudah membaik - Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan Respon : Pasien tidak memiliki alergi apapun - Memonitor asupan makan Respon : Pasien porsi makan hampir habis - Memonitor berat badan Respon : 12 kg TERAPEUTIK - Menyediakan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai Respon : Ibu pasien mengatakan anaknya sangat menyukai makananya EDUKASI - Mengajarkan diet yang diprogram KOLABORASI - Mengkolaborasikan dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan	DS : - Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mulai teratur dalam makan DO : - Pasien tampak menghabiskan makan yang diberikan A : Masalah teratasi P : Intervensi diberhentikan	Arif
Rabu, 23 April 2025 Pukul 11.30	Defisit pengetahuan	OBSERVASI - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi TERAPEUTIK - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan	DS : Ibu pasien mengatakan akan melakukan sesuai edukasi yang sudah diberikan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan	Arif

3. menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	DO :
4. .Memberikan kesempatan untuk bertanya	1. Ibu tampak tenang dan sudah paham tentang edukasi yang diberikan
EDUKASI	
5. Menjelaskan fakro risiko yang dapat mempegaruhi hidup bersih dan sehat	A : Masalah teratasi
Respon : Ibu pasien mengatakan paham tentang edukasi yang diberikan	P : Intervensi dihentikan
6. Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat	
Respon : Ibu pasieng mengatakan akan melakukan sesui dengan edukasi yang diberikan	
7. Mengajarkan stratengi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat	
Respon : Ibu pasien mengatakan akan melalukan apa yang sudah diedukasi untuk menjaga kesehatan	

6. Catatan perkembangan

Tabel 3.8 Catatan perkembangan

Hari,tanggal,waktu	Diagnosa keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
Rabu, 23 April 2025 Pukul 10.00	Hipertermia	DS : 1. Ibu pasien mengatakan tubuh pasien sudah tidak demam DO : 1. Teraba tidak panas 2. Tampak pasien sudah lebih sehat 3. Tampak kulit pasien tidak memerah 4. Tanda-tanda vital Suhu : 36,7 °C Nadi : 100x/menit Respirasi : 22x/menit A : hipertermia teratasi P : intervensi di hentikan	Arif
Hari,tanggal,waktu Rabu, 23 April 2025 Pukul 10.15	Defisit Nutrisi	DS : 1. Ibu pasien mengatakan nafsu makan meningkat 2. Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mulai makan teratur DO : 1. Pasien tampak menghabiskan makan yang diberikan 2. Frenkuensi makan meningkat A : Defisit nutrisi teratasi	Arif
Hari,tanggal,waktu Rabu, 23 April 2025 10.30	Defisit pengetahuan	DS : 1. Ibu pasien mengatakan akan melakukan sesuai edukasi yang sudah diberikan untuk menjaga kebersihan dan kesehatan DO : 1. Ibu tampak tenang dan sudah paham tentang edukasi yang diberikan A : Defisit nutrisi teratasi P : Intervensi dihentikan	Arif

B. Pembahasan

Pembahasan ini menguraikan pengalaman penulis dalam menerapkan asuhan keperawatan pada AN. J dengan KDS di ruang Aster RSUD dr.Slamet Garut yang telah dilaksanakan pada tanggal 21-23 April 2025, dengan membandingkan antara teori dan praktek dilapangan. Kesenjangan dan kesamaan yang ditemukan selama melakukan asuhan keperawatan dibahas berdasarkan tahapan asuhan keperawatan yaitu tahap pengkajian, tahap diagnosis keperawatan, tahap perencanaan, tahap pelaksanaan dan tahap evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah landasan pemikiran dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Melakukan pengkajian secara menyeluruh dan teratur berdasarkan informasi atau keadaan yang dimiliki pasien sangat krusial untuk menetapkan diagnosis keperawatan serta dalam memberikan perawatan yang sesuai dengan tanggapan setiap individu (Kartikasari et al., 2020). Pada tahap pengkajian berhubungan dengan keluhan utama pasien mengatakan demam dari sejak semalam hanya dirawat dirumah oleh keluarganya namun suhu tubuh tetap panas kemudian pasien dibawa ke RSUD dr.Slamet dengan hasil diagnosa keperawatan Kejang Demam Sederhana (KDS) dengan dibuktikan suhu pasien 38.6°C.

Berdasarkan hasil pengkajian pada tanggal 21 April 2025 terhadap AN.J ditemukan Ibu pasien membawa pasien ke IGD RSUD Dr. Slamet Garut pada tanggal 21 April 2025 dan di bawa ke ruang rawat inap. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 21 April 2025 jam 15.00 ibu pasien mengatakan anaknya masih demam dan pada saat pemeriksaan suhu tubuh terdapat hasil 38,6 °C, pasien mengalami kejang 1 kali < dari 5 menit. Kejang seperti Tersentak-sentak, tangan mengengam, dan mata melihat keatas, ibu pasien tampak ia tidak mengetahui cara penanganan saat anaknya kejang dan nafus makannya menurun.

2. Tahap Diagnosis

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) diagnosis yang mungkin muncul pada klien KDS diantaranya:

- a. Hipertermia (D.0130)
- b. Denisit nutrisi (D.0019)
- c. Pola nafas tidak efektif (D.0005)
- d. Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001)
- e. Risiko perpusi serebral tidak efektif (D.0017)
- f. Defisit pengetahuan (D.0111)

Berdasarkan masalah diatas, terdapat perbedaan antara permasalahan yang ditemukan pada saat pengkajian dengan teori yang di dapat antaranya:

1. Penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan hipovolemia karena pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda terjadinya hipovolemia. Frekuensi nadi, tekanan darah, turgor kulit, serta nilai hematokrit klien berada pada batas normal.
2. Penulis tidak mengangkat diagnosis keperawatan pola nafas tidak efektif karena pada saat pengkajian tidak ditemukan tanda-tanda terjadinya pola nafas tidak efektif. dispnea, ortopnea, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.

3. Tahap perencanaan

Adapun perencanaan tindakan yang dilakukan pada AN.J selama menjalani proses keperawatan yaitu :

1. Pada diagnosis Hipertemia (D.0130) berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan suhu tubuh diatas normal (38.6°C), serta kulit teraba hangat dan kemerahan; rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat hipertermia, sediakan lingkungan yang dingin, longgarkan/lepaskan pakaian, basahi dan kipasi permukaan tubuh, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat), anjurkan tirah baring, kolaborasi pemberian cairan intravena dan terapi antipiretik.
2. Pada diagnosis Defisit nutrisi (D.0019) rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu : Identifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Monitor asupan makan, Monitor berat badan, Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Sajikan makanan

secara menarik dan suhu yang sesuai, Ajarkan diet yang diprogram Kolaborasin dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan.

3. Pada diagnosis Defisit pengetahuan (D.0111) rencana asuhan keperawatan yang dilakukan yaitu : Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi hidup bersih dan sehat, Ajarkan perilaku hidup dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.

4. Tahap implementasi

Implementasi keperawatan merupakan serangkaian aktivitas yang dilakukan oleh perawat untuk mendukung pasien dalam mengatasi masalah kesehatan hingga mencapai kondisi kesehatan yang lebih baik, yang mencerminkan kriteria hasil yang diinginkan (Ekaputri et al., 2024). Tahap implementasi keperawatan pada AN.J dilaksanakan pada tanggal 21-23 April 2025 penulis melaksanakan rencana keperawatan sesuai teori dari buku keperawatan SLKI dan SIKI, hal ini untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan dasar terpenuhi. Penulis tidak mendapat hambatan karena pasien dan keluarga kooperatif.

Implementasi pada diagnosa hipertermia penulis melakukan pelaksanaan pada AN.J dengan tindakan perencanaan dengan mengidentifikasi penyebab hipertermia, memonitor suhu tubuh, memonitor komplikasi akibat hipertermia,

menyediakan lingkungan yang dingin, melonggarkan / melepaskan pakaian, membasahi permukaan tubuh dan mengipasi, memberikan cairan oral, melakukan pendingunan eksternal (kompres hangat), menganjurkan tirah baring, mengkolaborasikan pemberian cairan intravena dan obat. Setelah dilakukan implementasi demam dirasakan pasien sejak 3 hari yang lalu dengan suhu tubuh 39.0°C dan turun menjadi 36.7°C, dengan keadaan akral diraba sudah tidak panas, kulit pasien tampak tidak merah, pasien mengatakan dibantu juga dengan kompres hangat pada dahi, leher dan aksila serta diberikan obat paracetamol.

Implementasi pada diagnosa defisit nutrisi yaitu mengidentifikasi status nutrisi, Identifikasi alergi dan intoleransi makanan, Monitor asupan makan, Monitor berat badan, Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, Ajarkan diet yang diprogram Kolaborasin dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang di butuhkan

Setelah dilakukan implementasi defisit nutrisi membaik nafsu makan meningkat, makan mulai teratur dan frekuensi makan meningkat.

Implementasi pada diagnosa defisit pengetahuan yaitu Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi hidup bersih dan sehat, Ajarkan perilaku hidup dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Setelah dilakukan

implementasi defisit pengetahuan membaik, melakukan edukasi yang sudah diberikan, untuk menjaga kebersihan dan kesehatan.

5. Tahap evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir dalam proses asuhan keperawatan yang menunjukkan apakah tujuan dari intervensi keperawatan telah berhasil diwujudkan atau membutuhkan pendekatan yang berbeda. Evaluasi keperawatan juga berfungsi sebagai catatan mengenai tanda-tanda kemajuan pasien menuju tujuan yang ingin dicapai. Proses evaluasi keperawatan menilai sejauh mana efektivitas perawatan dan menyampaikan kondisi kesehatan pasien setelah mendapatkan intervensi keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan untuk memperbarui rencana perawatan sesuai dengan kondisi pasien setelah dilakukan evaluasi (Bustan & P, 2023).

Pada tahap evaluasi, penulis melakukan evaluasi secara formatif dan sumatif. Evaluasi dilakukan bertujuan untuk dapat mengetahui seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan telah tercapai.

1. Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada masalah hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dibuktikan dengan mengeluh demam, suhu tubuh diatas normal (39°C), serta kulit teraba hangat dan kemerahan adalah masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil yakni suhu tubuh membaik, dan kulit kemerahan membaik.
2. Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada masalah defisit nutrisi nafsu makan meningkat, makan mulai teratur dan frekuensi makan meningkat.

3. Evaluasi yang ditemukan setelah dilakukan perawatan selama 3 hari pada masalah defisit pengetahuan membaik, melakukan edukasi yang sudah diberikan, untuk menjaga kebersihan dan kesehatan.

BAB IV

KESEMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada AN.J usia toddler (2 tahun) dengan kejang demam sederhana (KDS) di ruang Aster RSUD dr. Slamet Garut tanggal 21–23 April 2025, dapat disimpulkan bahwa:

1. Penulis mampu melakukan pengkajian secara komprehensif dengan komunikasi terapeutik dan menemukan data seperti demam kejang, suhu 38.0°C
2. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan, yaitu:
 - a. Hipertermia (D.0130) terkait proses penyakit, ditandai suhu 39.0°C dan kulit hangat/kemerahan
 - b. Defisit Nutrisi (D.0019) terkait faktor psikologis, ditandai penurunan berat badan.
 - c. Defisit Pengetahuan (D.011) terkait kurangnya pemahaman penanganan tentang kejang.
3. Penulis mampu merencanakan asuhan keperawatan sesuai diagnosis, yaitu:
 - a. Manajemen hipertermia (SIKI 2018).
 - b. Manajemen nutrisi (SIKI 2018)
 - c. Edukasi kesehatan (SIKI 2018)
4. Penulis mampu melaksanakan intervensi keperawatan sesuai rencana.
5. Evaluasi menunjukkan seluruh masalah keperawatan (hipertermia, defisit nutrisi, dan defisit pengetahuan) dapat teratasi.

B. Rekomendasi

1. Institusi pendidikan

Institusi pendidikan keperawatan mampu menghasilkan lulusan yang berkualitas dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien anak, khususnya pada kasus kejang demam sederhana (KDS), apabila didukung oleh ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai serta sumber daya manusia yang kompeten.

2. Institusi RSUD

Peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan etika dalam bidang keperawatan merupakan hal yang krusial untuk menunjang kualitas pelayanan keperawatan yang sesuai dengan tuntutan masyarakat. Oleh karena itu, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) diharapkan dapat meningkatkan ruang perawatan anak yang mampu mendukung proses tumbuh kembang anak secara optimal.

3. Perawat

Proses keperawatan pada anak perlu dilaksanakan dengan kesabaran, menggunakan pendekatan yang sesuai dengan karakteristik anak, serta mempertimbangkan tahapan tumbuh kembang secara holistik.

4. Keluarga

Diharapkan upaya ini mampu mempertahankan kontinuitas perawatan pada anak serta meningkatkan pemahaman yang komprehensif mengenai penyakit kejang demam sederhana (KDS).

DAFTAR PUSTAKA

- Arief, R. F. (2022). Penatalaksanaan Kejang Demam. *Cermin Dunia Kedokteran* 232,42(9),658–659.
<http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/HealthyTadulako/article/download/8333/6614>
- Adiputra, I. M. S. et al. (2021) *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Anisa, K. D. (2019) ‘Efektifitas kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh pada an.d dengan hipertermia’, 5, pp. 122–127. doi: 10.33485/jiik-wk.v5i2.112.
- Benjamin, W. (2019) ‘Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Toddler Kejang Demam Dengan Peningkatan Suhu Tubuh (Hipertermia) Di Ruang Melati Rsud Ciamis’, 3, pp. 1–9.
- Jasni (2021) ‘Asuhan Keperawatan Pada An. K Dengan Diagnosa Medik Kejang Demam Sederhana Di Ruang Anggrek B Rumah Sakit Umum Daerah Tarakan’, *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp.2013–2015.
- Kartika, L. et al. (2021) *Keperawatan Anak Dasar*. Yayasan Kita Menulis. Available at: <https://books.google.co.id/books?id=7WkiEAAAQBAJ>.
- Kemenkes RI (2019) Angka kejadian kejang demam.
- Khayati, N. (2021), Pemberian Makanan Schat Untuk Imunitas Tubuh Pada Anak (Studi Kasus Keluarga DI RT 03 RW 07 Desa Sibalung, Kecamatan Kemranjen, Kabupaten Banyumas), *Jurnal Keperawatan Anak*, 4(1), 19-25.
- Labir, K., Sulisnadewi, N. L. K. and Mamuaya, S. (2018) ‘Pertolongan Pertama Dengan Kejadian Kejang Demam Pada Anak’, *Journal Nursing*, Pp. 1–7. Available At: [Http://Poltekkes-Denpasar.Ac.Id/Files/JurnalKeperawatan/Desember2014/ARTIKELKetutLabirdkk,.pdf](http://Poltekkes-Denpasar.Ac.Id/Files/JurnalKeperawatan/Desember2014/ARTIKELKetutLabirdkk,.pdf).
- Lestari Titik.(2016). *Asuhan keperawatan anak*.Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marwan, R. (2017). Faktor yang berhubungan dengan penanganan pertama kejadian kejang demam pada anak pada usia 6 bulan sampai 5 tahun di puskesmas, 1(1). di peroleh pada tanggal 1
<http://journal.umbjm.ac.id/index.php/caring-nursing>
- Ngastiyah. (2014). *Perawatan anak sakit*.(Ed.2). Jakarta:EGC
- Rasyid, Z., Astuti, D. K. and Purba, C. V. G. (2019) ‘Determinan Kejadian Kejang Demam pada Balita di Rumah Sakit Ibu dan Anak Budhi Mulia Pekanbaru’, *Jurnal Epidemiologi Kesehatan* doi:10.7454/epidkes.v3i1.2108.
- Ridha, H.N. (2014). *Buku ajar keperawatan anak*. Yogyakarta : Pustaka pelajar
- Riyadi S., & Sukarmin (2012). *Asuhan keperawatan pada anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Saputra, R., dkk. (2019) *Tingkat pengetahuan ibu tentang kejang demam pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun di puskesmas Kampar timur 2018*. Abdurrah Volume 2 No. 2.

Saputra, R., dkk. (2019) Tingkat pengetahuan ibu tentang kejang demam pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun di puskesmas Kampar timur 2018. *Abdurrab* Volume 2 No. 2. <http://jurnal.univrab.ac.id/index.php/keperawatan/article/download/625/428/>. Diperoleh tanggal 28 februari 2019.

SDKI (2016) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. 1st edn. Edited by DPP PPNI. Jakarta Selatan.

SIKI (2017) Standar Intervensi keperawatan. 1st edn. Jakarta Selatan.

SLKI (2017) Standar Luaran Keperawatan Indonesia. Edited by 1. Jakarta Selatan.

Sumakul, V. D. O. and Lariwu, C. K. (2022) 'Menurunkan Demam Dengan Kompres Hangat Pada Anak', *Aksara: Jurnal Ilmu Pendidikan Nonformal*, 8(2), p. 1393. doi: 10.37905/aksara.8.2.1393-1398.2022.

Susilowati, T. et al. (2022) *Epidemiologi Penyakit Menular*. Get Press.

Windawati, W. and Alfiyanti, D. (2020) 'Penurunan Hipertermia Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat', *Ners Muda*, 1(1), p. 59. doi:10.26714/nm.v1i1.5499.

World Health Organization (2018) kejang demam. Available https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/kejang?gclid=Cj0KCQiAxbefBhDfARIsAL4XLRptuAZjNUSMy2IHm2Ma5HByh5s-bq_049bsDVcva-BhOB_iy2yN84aAs3YEALw_wcB (Accessed: 17 Maret 2024).

LAMPIRAN

Lampiran 1

SATUAN ACARA PENYULUHAN

SAP

Hari/tanggal	: Selasa, 22 April 2025
Waktu	: 15 Menit
Tempat/Ruangan	: Ruang Aster RSUD Dr. Slamet Garut
Sasaran	: Orang Tua An.J
Pelaksana	: ARIF APRIANSYAH
Topik	: Kejang Demam Sederhana / KDS

A. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah mengikuti penyuluhan kesehatan selama 15 menit, diharapkan orang tua pasien mengetahui dan memahami kasus KDS.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti penyuluhan selama 15 menit, masyarakat diharapkan akan mampu :

- a. Menyebutkan Pengertian dan penyebab penyakit KDS.
- b. Menyebutkan 3 tanda dan gejala penyakit KDS.
- c. Menyebutkan 2 cara pencegahan penanggulangan KDS.

1) Pokok Bahasan :

a. Kejang Demam Sederhana / KDS

2) Sub pokok bahasan :

a. Pengertian KDS

b. Penyebab KDS

c. Tanda dan gejala KDS

d. Cara Penularan KDS

e. Cara pencegahan KDS

B. Metode

Diskusi, Tanya jawab.

C. Media

Leaflet

D. Kegiatan Belajar Mengajar (KBM)

1. Pendahuluan

Pembukaan dan menjelaskan tujuan

2. Penyajian

Menjelaskan materi

3. Penutup

Merangkum dan melakukan evaluasi

E. Tahap-tahap

NO	Kegiatan	Penyuluh	Peserta	Waktu
1	PEMBUKAAN	1. Memberi salam dan perkenalan 2. Menjelaskan tujuan, manfaat dan	1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan	3 menit

2	KEGIATAN INTI	cakupan materi	n		
		1. Menjelaskan pengertian penyakit dan penyebab penyakit KDS	1. Mendengarkan dan memperhatikan		
		2. Menjelaskan tanda dan gejala penyakit KDS	2. Memperhatikan dan menyimak		
		3. Menjelaskan penularan dan pencegahan penyakit KDS	3. Mendengarkan dan memperhatikan		9 menit
		4. Memberikan kesempatan untuk bertanya jika ada yang kurang jelas	4. Bertanya jika ada yang tidak jelas		
3	PENUTUP	1. Mengevaluasi pengetahuan peserta penyuluhan tentang materi yang disampaikan dengan memberi pertanyaan	1. Menjawab pertanyaan		
		2. Menyimpulkan materi yang telah disampaikan	2. Mendengarkan dan memperhatikan		
		3. Memberi salam	3. Menjawab salam		3 menit

F. Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

- Kesiapan mahasiswa memberikan materi penyuluhan
- Media dan alat memadai
- Setting sesuai dengan kegiatan

2. Evaluasi Proses

- a. pelaksana dan sasaran mengikuti penkes sesuai waktu yang ditetapkan.
- b. sasaran aktif selama proses penkes
- c. sasaran mampu menjawab pertanyaan
- d. Pelaksana menyajikan semua materi secara lengkap dan jelas

3. Evaluasi Hasil

- a. Sasaran mampu mendefinisikan Pengertian KDS
- b. Sasaran mampu menyebutkan Penyebab KDS
- c. Sasaran mampu menyebutkan Tanda dan gejala KDS
- d. Sasaran mampu menjelaskan Cara Penularan KDS
- e. Sasaran mampu menyebutkan Cara Pencegahan KDS

Pencegahan kejang demam

Kejang demam tidak selalu dapat dicegah, tetapi Anda bisa mengendalikan demamnya:

1. Berikan Obat Penurun Panas (Antipiretik): Berikan obat penurun panas (seperti parasetamol atau ibuprofen sesuai dosis anjuran dokter) segera setelah suhu tubuh anak mencapai 38°C atau lebih, atau sesuai petunjuk dokter.
2. Kompres Hangat: Kompres lipatan ketiak dan selangkangan dengan air hangat, bukan air dingin atau es.
3. Pakailah Tipis: Pakailah anak pakaian tipis yang mudah menyerap keringat.
4. Cairan Cukup: Pastikan anak minum cairan yang cukup untuk mencegah dehidrasi.

Penangan Saat anak kejang

Jangan panik! Tetap tenang dan lakukan langkah-langkah ini:

1. Posisikan dengan Aman: Baringkan anak di tempat yang aman (lantai atau kasur) dan miringkan tubuhnya ke salah satu sisi (posisi pemulihan).
2. Jaga Jalan Napas: Longgarkan pakaian di sekitar leher dan kepala. Miringkan kepala anak agar lendir atau muntahan bisa keluar dan tidak menyumbat jalan napas.
3. Lindungi dari Cedera: Jauhkan benda-benda keras atau tajam di sekitar anak. **JANGAN** menahan gerakan kejang anak.
4. Jangan Masukkan Apa pun: **JANGAN** memasukkan sendok, garpu, atau benda apapun ke dalam mulut anak, karena tidak ada risiko menahan lidah dan justru bisa melukai anak.
5. Catat Waktu: Catat waktu mulai dan berakhirnya kejang.

APA ITU KEJANG DEMAM ?

Kejang Demam adalah kejang yang terjadi pada anak usia 6 bulan hingga 5 tahun yang disebabkan oleh kenaikan suhu tubuh yang cepat (demam, biasanya di atas 38°C) dan bukan disebabkan oleh infeksi otak atau kelainan saraf lainnya.

- Penting Diketahui: Kejang demam umumnya tidak berbahaya dan tidak menyebabkan kerusakan otak permanen. Anak biasanya pulih sepenuhnya.

TANDA DAN GEJALA

Kejang demam biasanya terjadi pada awal demam. Tanda-tanda yang mungkin terlihat:

1. Demam tinggi (suhu tubuh biasanya di atas 38°C).
2. Anak tiba-tiba kehilangan kesadaran (pingsan).
3. Tubuh menjadi kaku dan diikuti dengan gerakan menyentak-nyentak pada lengan dan kaki secara berirama.
4. Bola mata dapat berputar ke atas.
5. Kadang disertai mulut berbusa atau anak menggigit lidah.
6. Kejang umumnya berlangsung singkat (rata-rata 1-2 menit).
7. Setelah kejang berhenti, anak mungkin terlihat mengantuk atau bingung untuk sementara waktu, lalu kembali sadar.



KEJANG DEMAM SEDERHANA

Disusun oleh
Arif Aprinsyah
KHGA22105

Stikes Karsa Husada Garut
2025



Lampiran 3

LEMBAR BIMBINGAN

KARYA TULIS ILMIAH STIKES KARSA HUSADA GARUT

Nama : Arif Apriansyah

NIM : KHGA22105

Pembimbing : Devi Ratnasari, S.Kep., Ners., M.Kep.

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada AN.J Usia Toddler (2 Tahun) Dengan Gangguan Sistem Syarat Kejang Demam Sederhana (KDS) Di Ruang Aster RSUD dr.Slamet Garut.

No	Tanggal Bimbingan	Materi yang dikonsulkan	Catatan Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1		ACC judul KTI			
2		BAB 3	a. Lengkapi pengkajian b. Data Fokus harus sesuai dengan hasil pengkajian c. Data penunjang dimasukan pada DO d. Intervensi harus sesuai dgn kondisi pasien e. Tujuan dan Kriteria		

			Hasil harus terukur f. Rasional tidak sama dgn tujuan. Rasiinal menjawab "mengapa" tindakan tsb harus dilakukan, tujuan menjawab "untuk apa?" g. Evaluasi sesuai dgn indikator KH		
3		BAB 2	perbaiki penulisan, patofisiologi sampai ke ggn PKDM, cantumkan sumber/sitasi		
4		BAB 3	pembahasan berisi teori, kasus, kesenjangan dan pembahasan dari kesenjangan tsb hasil analisa penulis		
5		BAB 4	kesimpulan mengacu ke Tujuan Khusus		
6		BAB 4	saran harus aplikatif		
7		Abstrak	ikuti kaidah IMRAD, Lengkapi draft, periksa kembali kaidah penulisan		
8			ACC SIDANG KTI		

Lampiran 4

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. BIODATA

Nama : ARIF APRIANSYAH

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tempat/Tanggal Lahir : Garut, 11-06-2003

Agama : Islam

Status : Belum Menikah

Alamat : Kp.Cileungsing Rt 02/Rw07, Desakolot.

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

SDN Desakolot 02 : 2009-2015

SMPN 2 Cilawu : 2015-2018

SMAN 8 Garut : 2018-2021

Stikes Karsa Husada Garu : 2022-2025