

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. K USIA *INFANT* (10 BULAN)
DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI KEJANG DEMAM
DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS**

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Program Pendidikan Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Karsa Husada Garut

Disusun Oleh :

Risya Afifah Aprilia Gani

KHGA 19122



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**

2022

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. K USIA
INFANT (10 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
NEUROLOGI KEJANG DEMAM DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS

NAMA : Risya Afifah Aprilia Gani

NIM : KHGA 19122

Garut, Juli 2022
Menyetujui,
Pembimbing

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sulastini', written in a cursive style.

Sulastini, M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. K USIA
INFANT (10 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM
NEUROLOGI KEJANG DEMAM DI RUANG MELATI
RSUD CIAMIS

NAMA : Risya Afifah Aprilia Gani

NIM : KHGA 19122

Garut, Agustus 2022
Menyetujui,

Penguji I



H. Zahara Farhan, M.Kep.

Penguji II



Eldessa Vavarilla, M.Kep.

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



K. Dewi Budiarti, M.Kep

Mengesahkan,
Pembimbing



Sulastini, M.Kep

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA BY. K USIA INFANT (10 BULAN) DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI KEJANG DEMAM DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS

Oleh : Risya Afifah Aprilia, NIM : KHGA19122
IV Bab, 74 Halaman, 12 Tabel, 1 Gambar, Lampiran

Karya tulis ilmiah ini dilatar belakangi karena kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada anak dikenai suhu tubuh 38°C yang disebabkan oleh proses ektranium, kejang demam dapat menyebabkan banyak gangguan seperti gangguan tingkah laku, penurunan intelegasi dan peningkatan metabolisme tubuh. Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini untuk memperoleh pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem neurologi kejang demam dengan menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Masalah yang muncul pada By. K dengan gangguan neurologi kejang demam adalah hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter, dan defisit pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang terpapar informasi. Tindakan keperawatan yang dilakukan adalah anjurkan kompres air hangat, anjurkan banyak minum, monitor suhu tubuh, memberikan penkes pertolongan pertama saat anak kejang demam. Hasil evaluasi dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap By. K menunjukan semua masalah teratasi. Kesimpulan dari karya tulis ilmiah ini penulis dapat melaksanakan pengkajian secara komprehensif, membuat rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan mengevaluasi dari setiap tindakan keperawatan.

Kata Kunci : Kejang demam, anak, asuhan keperawatan

Daftar Pustaka : 15 Buku, 11 Jurnal (2012-2022)

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Wr.Wb

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul “**Asuhan Keperawatan Pada By. K Usia *Infant* (10 bulan) dengan Gangguan Sistem Neurologi : Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Ciamis** ” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan program studi Diploma III Keperawatan di STikes Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapat banyak pengarahan, dorongan, dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, terutama kepada :

1. Bapak Dr. H. Hadiat, M.A., selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
2. Bapak H. Didin Saepudin, S.Sos., M.Mkes., selaku Ketua Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut.
3. Bapak H. Engkus Kusnadi, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut.
4. Ibu K. Dewi Budiarti, M.Kep., selaku ketua prodi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.

5. Ibu Sulastini, M.Kep selaku pembimbing yang senantiasa sabar dalam memberikan arahan, bimbingan, saran, dan semangat yang luar biasa dalam penyusunan laporan ini.
6. Bapak H. Zahara Farhan, M.Kep. selaku penguji I sidang karya tulis ilmiah.
7. Bapak Eldessa Vavarilla, M.Kep. selaku penguji II sidang karya tulis ilmiah.
8. Seluruh staf dosen Program Studi D III Keperawatan STIKes Karsa Husada Garut.
9. Keluarga By. K yang bersedia bekerja sama dengan penulis dalam melakukan asuhan keperawatan.
10. Seluruh staff RSUD Ciamis yang telah memberikan izin, bimbingan, arahan dan motivasi yang berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
11. Secara khusus penulis mengucapkan terimakasih kepada Ibu Bapak dan Adik tercinta, serta seluruh keluarga besar yang telah memberikan segenap doa, kasih sayang yang tulus, dukungan serta motivasi yang tinggi selama menjalani pendidikan dan membantu dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
12. Sahabat – sahabat terdekat penulis Nuri Zakiah, Shela Fadia, Firyal Fadila, Ranti Aprilliani dan sahabat seperjuangan kelas 3C D III Keperawatan yang telah memberikan dukungan maupun semangat kepada penulis.
13. Pihak-pihak terkait yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran sangat penulis harapkan demi perbaikan laporan ini. Semoga segala bentuk bantuan dan amal kebaikan yang telah diberikan kepada penulis mendapatkan balasan yang lebih dari Allah SWT.

Akhir kata penulis berharap semoga laporan ini dapat diterima dan bermanfaat bagi semua pihak.

Wassalamualaikum Wr.Wb.

Garut, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR i

DAFTAR ISI iv

DAFTAR TABEL vi

DAFTAR GAMBAR vii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
C. Metode Telaahan	5
D. Sistematika Penulisan	6

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Penyakit Kejang Demam	7
1. Definisi Kejang Demam	7
2. Klasifikasi	8
3. Etiologi	9
4. Patofisiologi	10
5. Manifestasi Klinis	14
6. Penatalaksanaan	14
7. Pemeriksaan Penunjang	18
8. Komplikasi	19
9. Dampak Penyakit Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia	20
B. Konsep Tumbuh Kembang Anak	21
C. Pendekatan Asuhan Keperawatan Kejang Demam	24
1. Pengkajian	24
2. Diagnosa Keperawatan	36
3. Intervensi Keperawatan	39
4. Implementasi Keperawatan	43
5. Evaluasi Keperawatan	44

BAB III TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Laporan Kasus	45
1. Pengkajian	45
2. Analisa Data	58
3. Diagnosa Keperawatan	59
4. Proses Keperawatan	61
5. Catatan Perkembangan	66

B. Pembahasan	67
1. Tahap Pengkajian	68
2. Tahap Diagnosa Keperawatan	69
3. Tahap Intervensi Keperawatan	70
4. Tahap Impementasi Keperawatan	71
5. Tahap Evaluasi Keperawatan	72
BAB IV KESIMPULAN DAN REKOMENDASI	
A. Kesimpulan	73
B. Rekomendasi	74
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Analisa Data	37
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan Hipertermi	38
Tabel 2.3 Rencana Keperawatan Risiko perfusi selebral tidak efektif	39
Tabel 2.4 Rencana Keperawatan Resiko cedera	41
Tabel 2.5 Rencana Keperawatan Defisit pengetahuan	42
Tabel 3.1 Riwayat Imunisasi By. K	51
Tabel 3.2 Pemeriksaan Laboratorium By. K	58
Tabel 3.3 Program Therapi By. K	58
Tabel 3.4 Analisa Data By. K	58
Tabel 3.5 Proses Keperawatan	61
Tabel 3.6 Catatan Perkembangan I	66
Tabel 3.7 Catatan Perkembangan II	67

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Kejang Demam	13
---------------------------------------	----

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam merupakan bentuk pertahanan tubuh terhadap masalah yang terjadi dalam tubuh. Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat menyebabkan masalah serius pada anak. Masalah yang sering terjadi pada kenaikan suhu tubuh anak diatas 38°C yaitu kejang demam (Ngastiyah, 2014).

Kejang demam atau *Febrile Convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh 38°C yang disebabkan oleh proses ektranium. Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan tinggi. Suhu badan tinggi ini karena kelainan ekstrakranial (Lestari, 2016).

Kejang demam merupakan gangguan pada anak-anak yang terjadi bersamaan dengan demam tinggi. Keadaan ini merupakan salah satu gangguan neurologi (saraf) yang paling sering dijumpai pada masa kanak-kanak dan menyerang sekitar 4% anak, pada setiap anak memiliki ambang kejang demam yang berbeda-beda, hal ini tergantung dari tinggi serta rendahnya ambang kejang (Sodikin, 2012).

Penelitian Gunawan, dkk (2012), menyebutkan hampir 1,5 juta kejadian kejang demam terjadi tiap tahunnya di USA, dan sebagian besar terjadi dalam rentang usia 6 hingga 36 bulan dengan puncak pada usia 18 bulan. Hampir 80% kasus Kejang demam adalah kejang demam sederhana (kejang<15 menit, fokal atau klonik dan akan berhenti sendiri, tanpa

gerakan fokal atau berulang pada waktu 24 jam). Sedangkan 20% kasus merupakan kejang demam kompleks.

WHO memperkirakan terdapat lebih dari 21,65 juta penderita kejang demam dan lebih 216 ribu diantaranya meninggal dengan usia antara 1 bulan sampai 11 tahun dengan riwayat kejang demam sekitar 77 % (WHO, 2018). Di Asia angka kejadian kejang demam dilaporkan lebih tinggi sekitar 80% - 90% dari seluruh kejang demam adalah kejang demam sederhana. Untuk penderita kejang demam di negara Asia Tenggara didapatkan sebesar 7,2 per 1.000 anak sekolah usia 5-7 tahun (Pasaribu, 2014).

Di Indonesia, angka kejang demam 3% - 4% dari anak yang berusia 6 bulan – 5 tahun pada tahun 2012 – 2013. Dilaporkan 5 (6,5%) diantara 83 pasien kejang demam menjadi epilepsy. Angka kejadian kejang demam di Indonesia dilaporkan sekitar 14.254 penderita (DepkesRI, 2018). Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 penderita dengan kejang demam di Rumah Sakit berjumlah 2.220 untuk umur 0-1 tahun, sedangkan untuk umur 1-4 tahun berjumlah 5.696 (Diskes, 2012).

Penelitian Kakalang, dkk (2016), menyebutkan bahwa sebagian besar kasus kejang demam dapat sembuh dengan sempurna, tetapi 2% sampai 7% dapat berkembang menjadi epilepsi dengan angka kematian 0,64% sampai 0,75%. Kejang demam dapat mengakibatkan gangguan tingkah laku serta penurunan intelegensi. Beberapa hasil penelitian tentang penurunan tingkat intelegensi paska bangkitan kejang demam tidak sama,

4% pasien kejang demam secara bermakna mengalami gangguan tingkah laku dan penurunan tingkat intelegensi.

Serangan kejang demam pada anak yang satu dengan lain tidak sama, tergantung nilai ambang kejang masing-masing. Oleh karena itu, setiap serangan kejang harus dapat penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang. Karena keterlambatan dan kesalahan prosedur bisa mengakibatkan gejala sisa pada anak, bahkan bisa menyebabkan kematian (Fida & Maya, 2012).

Kejang demam dapat menyebabkan banyak gangguan seperti gangguan tingkah laku, penurunan intelegasi dan peningkatan metabolisme tubuh. Berbagai gangguan ini jika terjadi terus menerus dan berlangsung dalam waktu yang lama dapat mengakibatkan kekurangan glukosa, oksigen dan berkurangnya aliran darah ke otak. Akibatnya kerja sel akan terganggu dan dapat menyebabkan kerusakan neuron serta retardasi mental (Pasaribu, 2013). Untuk mencegah akibat lanjut yang bisa terjadi pada anak dengan kejang demam maka sangat penting memahami proses penyakit kejang demam dan penanganannya, sehingga memerlukan peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak yang harus berpusat pada keluarga (*family center care*) dan mencegah terjadinya trauma dimana tujuannya untuk mengoptimalkan tumbuh kembang anak.

Berdasarkan uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan dalam bentuk studi kasus dengan judul

“Asuhan Keperawatan Pada By. K Usia *Infant* (10 bulan) dengan Gangguan Sistem Neurologi : Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Ciamis”.

B. Tujuan Penelitian

Dalam penulisan karya tulis ini, penulis mengemukakan tujuan umum dan khusus.

1. Tujuan Umum

Penulis mendapatkan wawasan dan pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem neurologi kejang demam.

2. Tujuan Khusus

Penulis mampu :

- a. Melakukan pengkajian pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- b. Merumuskan diagnosa, menentukan dan memprioritaskan masalah keperawatan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- c. Merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.

- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.

C. Metode Telaahan

Penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang berbentuk studi kasus. Teknik pengumpulan data pada kasus ini dilakukan dengan cara :

1. Wawancara

Penulis mengumpulkan data dengan cara melakukan komunikasi lisan yang meliputi anamnesa pada keluarga klien mengenai masalah yang berhubungan dengan penyakit yang diderita klien.

2. Observasi

Penulis secara langsung melakukan pengamatan pada tingkah laku dan respon klien terhadap penyakit.

3. Sistem Dokumentasi

Penulis menggunakan berbagai sumber dengan mempelajari catatan – catatan yang berkaitan dengan status klien untuk melengkapi data yang diperlukan.

4. Studi Kepustakaan

Penulis mengumpulkan data dengan cara membaca dan mempelajari berbagai literatur.

5. Partisipasi Aktif

Penulis melakukan asuhan keperawatan secara langsung dengan cara melibatkan klien dan keluarga.

D. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini disusun secara sistematika yang terdiri dari empat bab, yaitu :

BAB I : PENDAHULUAN

Pada bab ini berisi tentang latar belakang masalah, tujuan penulisan, metode telaahan, dan sistematika penulisan.

BAB II : TINJAUAN TEORI

Pada bab ini berisi tentang tinjauan teoritis meliputi konsep dasar berupa pengertian, anatomi, patofisiologi, manifestasi klinis, pemeriksaan diagnostik, penatalaksanaan terapeutik, konsep tumbuh kembang, konsep asuhan keperawatan.

BAB III : TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menyajikan satu kasus dan pembahasan dengan menggunakan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi serta catatan perkembangan klien.

BAB IV : KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

Pada bab ini berisi kesimpulan pelaksanaan studi kasus dan rekomendasi untuk pelaksanaan asuhan keperawatan selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep Dasar Penyakit Kejang Demam

1. Definisi Kejang Demam

Demam merupakan bentuk pertahanan tubuh terhadap masalah yang terjadi dalam tubuh. Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat menyebabkan masalah serius pada anak. Masalah yang sering terjadi pada kenaikan suhu tubuh diatas 38°C yaitu kejang demam (Ngastiyah, 2012).

Kejang demam atau *Febrille Convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh 38°C yang disebabkan oleh proses ektranium. Suhu badan tinggi ini karena kelainan ekstrakranial (Lestari, 2016).

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Suhu badan yang tinggi ini disebabkan oleh kelainan ekstrakranial. Anak yang sebelumnya pernah mengalami kejang tanpa demam tidak digolongkan sebagai penderita kejang demam, serangan kejang dapat terjadi satu kali, dua kali, tiga kali, atau lebih sekama satu episode demam (Syilfia, 2015).

Berdasarkan beberapa sumber diatas, penulis dapat menyimpulkan kejang demam adalah gangguan yang terjadi akibat dari peningkatan suhu tubuh anak yang dapat menyebabkan kejang yang diakibatkan karena proses ekstrakranium.

2. Klasifikasi

Widagdo (2012), mengatakan berdasarkan atas studi epidemiologi, kejang demam dibagi 3 jenis, yaitu :

- a. Kejang demam sederhana (*simple febrile convulsion*), biasanya terdapat pada anak umur 6 bulan sampai 5 tahun, disertai kenaikan suhu tubuh yang mencapai $\geq 39^{\circ}\text{C}$. Kejang umumnya berlangsung kurang dari 15 menit. Bangkitan kejang terjadi hanya sekali dalam 24 jam, anak tidak mempunyai kelainan neurologik pada pemeriksaan fisik dan riwayat perkembangan normal, demam bukan disebabkan karena meningitis atau penyakit lain dari otak.
- b. Kejang demam kompleks (*complex or complicated febrile convulsion*) biasanya kejang terjadi selama ≥ 15 menit atau kejang berulang dalam 24 jam dan terdapat kejang fokal atau temuan fokal dalam masa pasca bangkitan.
- c. Kejang demam simptomatik (*symptomatic febrile seizure*) biasanya sifat dan umur demam adalah sama pada kejang demam sederhana dan sebelumnya anak mempunyai kelainan neurologi atau penyakit akut. Kejang bermula pada umur < 12 bulan dengan kejang kompleks terutama bila kesadaran pasca iktal meragukan maka pemeriksaan CSS sangat diperlukan untuk memastikan kemungkinan adanya meningitis.

3. Etiologi

Penyebab dari kejang demam ialah :

- a. Faktor-fakto perinatal, malformasi otak kongenital.
- b. Faktor genetika

Faktor keturunan memegang penting untuk terjadinya kejang demam 20-50% anak yang mengalami kejang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang-kurangnya sekali.

- c. Penyakit infeksi

- 1) Bakteri : penyakit pada *Traktus Respiratorius* (pernapasan), *Paringitis* (radang tenggorokan), *Tonsilitis* (amandel), *Ootitis media* (infeksi telinga).
- 2) Virus : *Varicella* (cacar), *Morbili* (campak), *Dengue* (virus penyebab demam berdarah).

- d. Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam atau pada waktu demam lagi.

- e. Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme seperti Uremia, Hipoglikemia, kadar gula darah kurang dari 30 mg% pada neonatus cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau Hiperglikemia.

f. Trauma

Kejang berkembang minggu pertama setelah cedera kepala.

g. Gangguan sirkulasi.

h. Penyakit degeneratif susunan saraf.

i. Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapapun, tetapi mereka merupakan penyebab sangat penting dari kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit Neoplastik meningkat (Nugroho,2014).

4. Patofisiologi

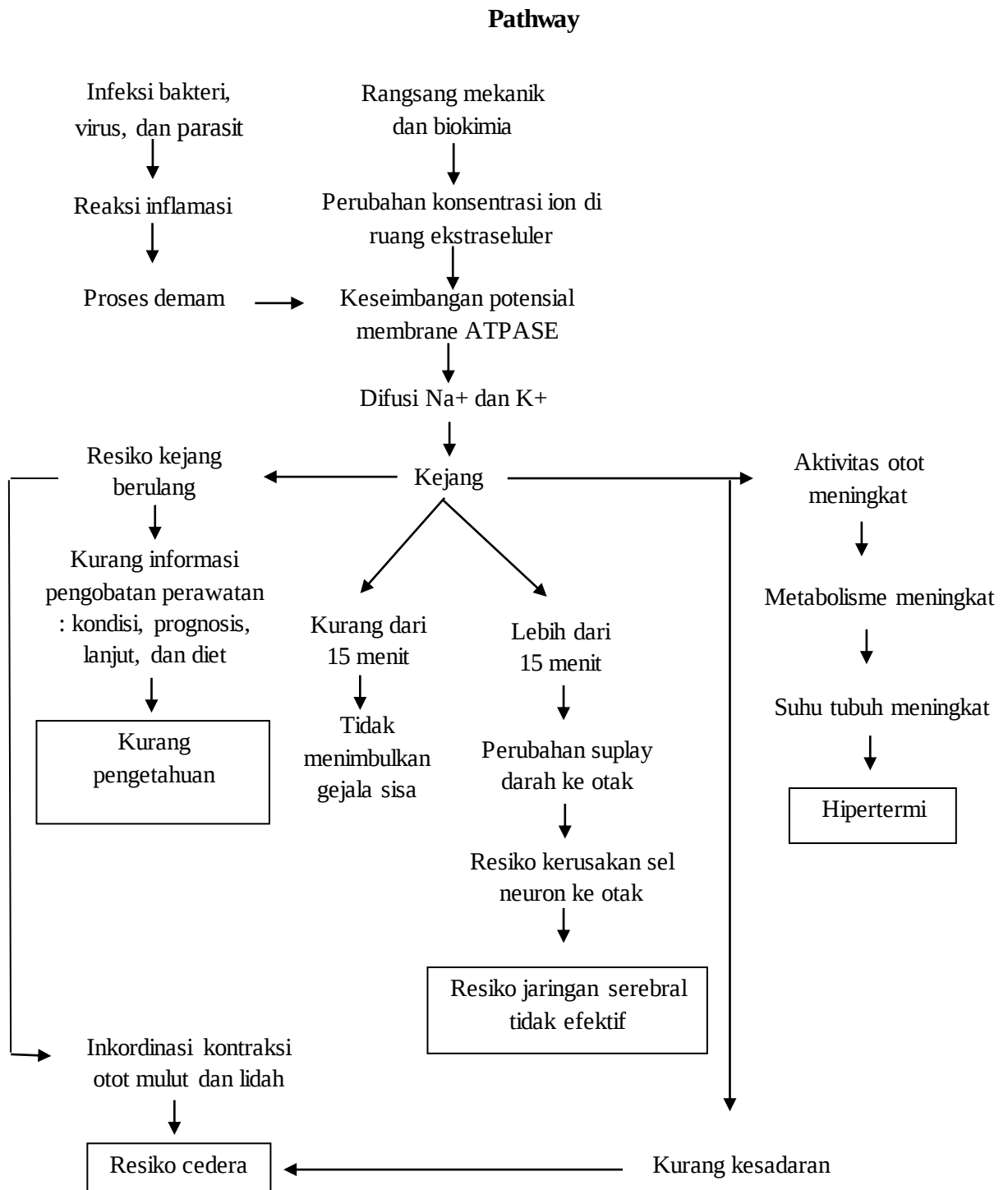
Mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ diperlukan energi yang di dapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukosa. Sifat proses itu adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui sistem kardiovaskuler. Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa sumber energi adalah glukosa yang melalui proses oksidasi di pecah menjadi CO₂ dan air. Sel disekelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipod dan permukaan luar yaitu ionic. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K⁺) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida. Akibatnya konsentrasi kalium dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi natrium rendah, sedangkan diluar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan

konsentrasi ion di dalam dan diluar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran neuron. Keseimbangan potensial ini dapat diubah oleh : perubahan konsentrasi ion diruang ekstraseluler, rangsangan yang datangya mendadak misalnya mekanis, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya. Perubahan patofosiologis dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan.

Pada keadaan demam tinggi akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Oleh karna itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dan 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. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. Pada anak dengan ambang kejang rendah, kejang telah terjadi pada suhu 38°C sedang anak dengan ambang kejang yang tinggi kejang baru terjadi bila suhu mencapai 40°C atau lebih. Maka

disimpulkan bahwa berulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada anak dengan ambang kejang yang rendah sehingga dalam penanggulangannya perlu memperhatikan pada tingkat suhu berapa pasien menderita kejang.

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Akan tetapi kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh semakin meningkat yang disebabkan makin meningkatnya otot, dan selanjutnya menyebabkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama, faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meninggalkan permealabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel otak. Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy yang spontan. Karena itu kejang demam yang berlangsung dapat menyebabkan kelainan anatomi otak sehingga terjadi epilepsy (Dewi wulandari & Erawati, 2016).



Gambar 2.2

Pathway Kejang Demam

(Dewi wulandari & Erawati, 2016).

5. Manifestasi Klinis

Menurut SDKI (2017) gejala tanda mayor objektifnya yaitu suhu tubuh diatas nilai normal. Sedangkan, gejala tanda minor objektifnya kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba hangat.

6. Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2012), Dalam penanggulangan kejang demam ada beberapa faktor yang perlu dikerjakan yaitu:

a. Penatalaksanaan Medis

1) Memberantas kejang secepat mungkin

Bila pasien datang dalam keadaan status konvulsivus (kejang), obat pilihan utama yang diberikan adalah diazepam yang diberikan secara intravena. Dosis yang diberikan pada pasien kejang disesuaikan dengan berat badan, kurang dari 10 kg 0,5-0,75 mg/kgBB dengan minimal dalam spuit 7,5 mg dan untuk BB diatas 20 kg 0,5 mg/KgBB. Biasanya dosis rata-rata yang dipakai 0,3 mg /kgBB/kali dengan maksimum 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun, dan 10 mg pada anak yang lebih besar.

Setelah disuntikan pertama secara intravena ditunggu 15 menit, bila masih kejang diulangi suntikan kedua dengan dosis yang sama juga melalui intravena. Setelah 15 menit pemberian suntikan kedua masih kejang, diberikan suntikan ketiga dengan

dosis yang sama juga akan tetapi pemberiannya secara intramuskular, diharapkan kejang akan berhenti. Efek samping dari pemberian diazepam adalah mengantuk, hipotensi, penekanan pusat pernapasan.

2) Pengobatan penunjang

Sebelum memberantas kejang tidak boleh dilupakan pengobatan penunjang yaitu semua pakaian ketat dibuka, posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung, usahakan agar jalan napas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen. Untuk cairan intravena sebaiknya diberikan dengan dipantau untuk kelainan metabolik dan elektrolit.

3) Memberikan pengobatan rumat

Setelah kejang diatasi harus disusul pengobatan rumat. Daya kerja diazepam sangat singkat yaitu berkisar antara 45-60 menit sesudah disuntikan, oleh karena itu harus diberikan obat antiepileptik dengan daya kerja lebih lama.

4) Mencari dan mengobati penyebab

Penyebab kejang demam sederhana maupun epilepsi yang diprovokasi oleh demam biasanya adalah infeksi respiratorius bagian atas dan otitis media akut. Pemberian antibiotik yang adekuat perlu untuk mengobati penyakit tersebut.

b. Penatalaksanaan keperawatan

1) Pengobatan fase akut

a) Airway

- (1) Baringkan pasien ditempat yang rata, kepala dimiringkan dan pasangkan sudip lidah yang telah dibungkus kasa atau bila ada guedel lebih baik.
- (2) Singkirkan benda-benda yang ada disekitar pasien, lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
- (3) Berikan O₂ boleh sampai 4 L/ mnt.

b) Breathing

- (1) Isap lendir sampai bersih

c) Circulation

- (1) Bila suhu tinggi lakukan kompres hangat secara intensif.
- (2) Setelah pasien bangun dan sadar berikan minum hangat (berbeda dengan pasien tetanus yang jika kejang tetap sadar). Jika dengan tindakan ini kejang tidak segera berhenti, hubungi dokter apakah perlu pemberian obat penenang.

2) Pencegahan kejang berulang

- a) Segera berikan diazepam intravena, dosis rata-rata 0,3mg/kgBB atau diazepam rektal. Jika kejang tidak berhenti tunggu 15 menit dapat diulang dengan dengan dosis dan cara yang sama.

b) Bila diazepam tidak tersedia, langung dipakai fenobarbital dengan dosis awal dan selanjutnya diteruskan dengan pengobatan rumat.

Menurut, (Riyadi & Sukarmin, 2013), menyatakan bahwa penatalaksanaan pemberian tindakan awal pada anak yang mengalami kejang demam di rumah. Tindakan awal itu antara lain :

- 1) Saat timbul serangan kejang segera pindahkan anak ke tempat yang aman seperti di lantai yang diberi alas lunak tapi tipis, jauh dari benda-benda berbaaya seperti gelas, pisau.
- 2) Posisi kepala anak hiperekstensi, pakaian dilonggarkan. Kalau takut lidah anak menekuk atau tergigit maka diberikan tongue spatel yang di bungkus dengan kassa atau kain, atau dapat diberikan sendok makan yang dibalut dengan kassa atau kain bersih.
- 3) Ventilasi ruangan harus cukup. Jendela dan pintu di buka supaya terjadi pertukaran oksigen lingkungan.
- 4) Kalau anak mulutnya masih dapat dibuka sebagai pertolongan awal dapat diberikan antipiretik seperti aspirin dengan dosis 60mg/tahun/kali (maksimal sehari 3 kali).
- 5) Kalau memungkinkan sebaiknya orang tua atau pengasuh di rumah menyediakan diazepam (melalui dokter keluarga) peranus sehingga saat serangan kejang anak dapat segera diberikan. Dosis peranus 5mg untuk berat badan kurang dari 10 kg, kalua berat badan lebih

dari 10 kg maka dapat diberikan dosis 10 mg. untuk dosis rata-rata pemberian peranus adalah 0,4-0,6 mg / kgBB.

- 6) Kaluar beberapa menit kemudian tidak membaik atau tidak tersedianya diazepam maka segera bawa anak ke rumah sakit.

7. Pemeriksaan Penunjang

- a. Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.
- b. Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegaskan atau menyingkirkan kemungkinan, indikasi lumbal pungsi pada anak dengan kejang demam meliputi :
 - 1) Bayi <12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas.
 - 2) Bayi antara 12 bulan sampai 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis.
- c. Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.
- d. Pemeriksaan foto kepala, CT scan atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologis karna hamper semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang lokal untuk mencari lesi organik di otak. (Nuratif dan Kusuma, 2015).

8. Komplikasi

Komplikasi dari kejang demam adalah :

- a. Aspirasi adalah menghirup partikel kecil makanan atau tetes cairan kedalam paru-paru.
- b. Asfiksia adalah keadaan dimana bayi baru lahir tidak dapat bernafas secara spontan dan teratur. Bayi dengan riwayat gawat janin sebelum lahir, umumnya akan mengalami asfiksia pada saat dilahirkan.
- c. Retradasi mental adalah kondisi sebelum 18 tahun yang ditandai dengan rendahnya kecerdasan (biasanya nilai IQ -nya dibawah 70) dan sulit beradaptasi dengan kehidupan sehari-hari.
- d. Kejang berulang kali adalah kejang yang terjadi selama 2 kali atau lebih dalam 24 jam.
- e. Epilepsi adalah kejang yang menyerang seseorang tampak sehat atau sebagai suatu ekserbasi dalam kondisi sakit kronis sebagai akibat disfungsi otak sesaat, dimanifestasikan sebagai fenomena motorik, sensorik, otonomik, atau psikis yang abnormal.
- f. Hemiparesea adalah kondisi dimana terjadinya kelemahan pada sebelah atau sebagian kanan atau kiri tubuh (lengan, tungkai, dan wajah) yang berlawanan dengan lesi yang terjadi di otak. (Santosa, 2016).

9. Dampak Penyakit Terhadap Kebutuhan Dasar Manusia

Dampak kejang demam terhadap pemenuhan kebutuhan dasar manusia adalah sebagai berikut :

a. Pemenuhan O₂

Terjadinya kejang yang menyebabkan kontraksi otot meningkat, sehingga metabolisme tubuh meningkat yang menyebabkan meningkatnya kebutuhan O₂ dalam tubuh.

b. Cairan Elektrolit dan Peningkatan Suhu Tubuh

Dengan adanya kontraksi otot yang meningkat maka metabolisme tubuh ikut meningkat, panas tubuh meningkat, demam dan menggigil sehingga tubuh mengalami thermoregulasi atau rasa nyaman suhu terganggu. Dengan peningkatan suhu tubuh tersebut, semakin banyak penguapan dan tubuh semakin banyak kehilangan cairan dan elektrolit, apabila berlangsung lama akan terjadi gangguan cairan dan elektrolit tubuh.

c. Aktivitas

Ketidakseimbangan potensial membran ATP membuat perubahan difusi Na⁺ dan K⁺ lalu melepaskan muatan listrik yang meluas keseluruhan sel maupun membran sel, sehingga terjadinya kejang yang membuat aktivitas terhenti.

d. Nutrisi

Kejang demam yang berlangsung kurang dari 15 menit menyebabkan penurunan kesadaran, dengan begitu refleks menelas menurun, sehingga pemenuhan nutrisi terganggu.

e. Istirahat Tidur

Dengan adanya kontraksi otot yang meningkat maka metabolisme tubuh ikut meningkat, panas tubuh meningkat, demam dan menggigil sehingga tubuh mengalami thermoregulasi atau rasa nyaman suhu terganggu.

f. Psikologi

Klien mengalami kejang, biasanya di rawat di Rumah Sakit untuk pemberian therapy lebih lanjut, pemulihan kondisi klien yang lama dan perawatan di Rumah Sakit yang memerlukan cukup biasa akan menimbulkan dampak kecemasan pada keluarga. Klien akan mengalami gangguan dalam kasih sayang orang tua dan perkembangannya. Pada keluarga yang kopingnya kurang efektif dan keluarga yang kurang terpajang informasi tentang perawatan yang akan menimbulkan kekhawatiran terhadap kondisi klien. Ketakutan terjadi pada klien, perasaan bersalah, kebingungan berlebihan atau sedih (Ngastiyah, 2014).

B. Konsep Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh dalam arti sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi

(bertambah banyak) sel – sel tubuh dan juga disebabkan oleh bertambah besarnya sel. Pertumbuhan lebih ditekankan pada penambahan ukuran fisik seseorang menjadi lebih besar lebih matang bentuknya seperti penambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar kepala (Rekawati, dkk 2013).

Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan dan struktur/fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola teratur, serta dapat diperkirakan dan diramalkan sebagai hasil proses diferensiasi sel, jaringan tubuh, organ – organ, dan sistem terorganisasi (Rekawati, dkk 2013).

a. Pertumbuhan Bayi Usia 0-12 Bulan (Infant)

1) Umur 0-6 bulan

a) Pertumbuhan fisik

Pada bayi yang lahir cukup bulan berat badan akan menjadi 2 kali berat badan waktu lahir pada bayi umur 5 bulan. Berat badan bayi 0-6 bulan setiap minggunya berat badan akan bertambah 140-200 gr. Sedangkan panjangnya setiap bulannya bertambah +2,5 cm/bln.

b) Perkembangan motorik

Telapak tangannya menggenggam tidak kuat kecendrungan tangan kemulut, tangan tidak mengepal setiap saat, kadang-kadang tangan terbuka, melihat objek yang ada di atas kepalanya, ingin mendapat objek tersebut tetapi tidak bisa menggenggam walaupun sudah di tangan,

dan pada umur 4-6 bulan, bayi akan lebih sering mengguling.

c) Perkembangan bahasa

Pada umur 0-3 bulan bayi akan menangis, bermain dengan suara tenggorokan dan mulai belajar vocal. Pada umur 3-6 bulan bayi akan mencari suara yang ada di ruangan, mengarahkan pandangan kepada arah suara.

d) Perkembangan kognitif

Pada umur 0-3 bulan memiliki refleks dan tingkah laku yang halus, mulai mengulang gerakan yang menyenangkan (menghisap ibu jari). Pada umur 3-6 bulan bayi akan mengenali wajah objek yang lama, ketrampilannya akan bertambah seperti menggenggam dan mengunyah.

2) Umur 6-12 bulan

a) Pertumbuhan fisik

Berat badan bayi umur 6-12 bulan menjadi tiga kali dari berat badan bayi waktu lahir dalam satu tahun pertama, berat badan ini mengalami penambahan 85 sampai 140 gr/minggu, sedangkan tingginya badannya bertambah +1,25 cm (0,5 inc/bln). Panjang bayi akan meningkat kira-kira 50% pada akhir pertumbuhan pertama.

b) Perkembangan motorik

Bayi dapat memindahkan objek dari suatu tangan ke tangan yang lain, sudah dapat menggapai objek dan menggenggam dengan baik, dapat berdiri dengan dipegangi, dapat duduk sendiri tanpa dibantu, dapat merangkak, dan berjalan sambil berpegangan.

c) Perkembangan bahasa

Bayi dapat tertawa dan berteriak, dia dapat menikmati suaranya sendiri, berbicara dengan mainan, mengucapkan kata-kata kombinasi (mama, papa)

d) Perkembangan kognitif

Bayi dapat meniru suara dan gerakan tangan sederhana melihat objek dan tertarik menjatuhkannya, berkembang kesadaran adanya arti dan akhir dari hubungan, menunjukkan pertambahan perilaku.

e) Perkembangan psikososial

Bayi dan tahap oral, sebaiknya kebutuhan dipenuhi dengan segera, untuk membangun kepercayaan dapat dilakukan dengan sentuhan, kehangatan dan kelembutan.

C. Pendekatan Asuhan Keperawatan Kejang Demam

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Dalam tahap ini semua data atau

informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Pengumpulan data meliputi :

a. Identitas

- 1) Identitas pasien : meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, tanggal masuk, tanggal pengkajian, no. RM, dan diagnose medis.
- 2) Identitas penanggung jawab : meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, pekerjaan, hubungan dengan klien.

b. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan adalah ringkasan kondisi klien mulai dari alasan datang ke pelayanan kesehatan hingga riwayat kesehatan dari waktu lampau yang meliputi :

1) Alasan pasien masuk ke Rumah Sakit

Biasanya pada pasien kejang demam datang ke Rumah Sakit adalah pasien mengalami kejang dan demam tinggi. Pasien kejang demam biasanya mengalami kejang disertai tanda seperti suhu tubuh tinggi, sesak nafas, terdapat retraksi dada, pernafasan cuping hidung, anak gelisah.

2) Keluhan utama

Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh $>38,0^{\circ}\text{C}$, pasien mengalami kejang dan bahkan pada pasien

dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami penurunan kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Biasanya orang tua klien mengatakan badan anaknya terasa panas, nafsu makan anaknya berkurang, lama terjadinya kejang biasanya tergantung pada jenis kejang demam yang dialami anak.

4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Apakah sudah pernah sakit dan dirawat dengan penyakit yang sama.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Menanyakan kepada keluarga tentang ada atau tidaknya anggota keluarga yang menderita penyakit serupa dengan pasien atau penyakit keturunan lainnya.

6) Riwayat Persalinan dan Kehamilan

a) Prenatal

Kondisi ibu saat hamil dapat mempengaruhi keadaan janin, perlu dikaji hamil beberapa, pemeriksaan kehamilan, keluhan saat hamil dan penyakit yang pernah di derita oleh ibu saat hamil.

b) Intranatal

Hal – hal yang perlu dikaji yaitu berapa bulan usia kehamilan, penolong persalinan, jenis persalinan, berat badan bayi, anjang badan, dan tempat persalinan.

c) Postnatal

Hal – hal yang perlu dikaji apakah bayi langsung menangis, apakah mendapat ASI sesuai kebutuhan, bagaimana refleks hisapnya.

7) Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum ditanyakan serta umur mendapatkan imunisasi dan reaksi dari imunisasi.

8) Pengkajian Refleks Primitif pada Bayi

Refleks primitif adalah refleks yang berasal dari dalam pusat sistem saraf yang ditujukan oleh bayi baru lahir normal. Refleks primitif ini sering juga disebut infantile atau refleks bayi baru lahir.

a) Refleks Rooting

Seorang bayi baru lahir akan menggerakkan kepalanya menuju sesuatu yang menyentuh pipi atau mukanya, dan mencari objek tersebut dengan menggerakkan kepalanya terus – menerus hingga ia berhasil menemukan objek tersebut.

b) Refleks Sucking

Refleks ini berhubungan dengan refleks rooting dan menyusui, dan menyebabkan bayi untuk secara langsung menghisap apapun yang disentuhkannya dimulutnya.

c) Refleks Tonic Neck

Refleks ini disebut juga posisi menengadah, saat kepala bayi akan digerakan ke samping, lengan pada sisi tersebut akan lurus dan lengan berlawanan akan menekuk.

d) Refleks Grasping

Saat sebuah benda diletakan di tangan bayi dan menyentuh telapak tangannya, maka jari – jari tangan akan menutup dan menggenggam benda tersebut.

e) Refleks Babinskin

Refleks ini ditujukan pada saat bagian samping telapak kaki digosok, dan menyebabkan jari-jari kaki menyebar dan jempol ekstensi.

f) Refleks Moro

Refleks ini terjadi jika kepala bayi tiba – tiba terangkat, suhu tubuh bayi berubah secara drastis atau pada bayi saat dikagetkan oleh suara yang keras. Kaki dan lengan akan tersentak ke atas dengan telapak dan lengan akan tersentak ke atas dengan telapak tangan ke atas.

9) Tumbuh Kembang Anak

Tumbuh kembang merupakan proses berkesinambungan yang terjadi sejak konsepsi dan terus berlangsung sampai dewasa, dan suatu manifestasi yang kompleks dari perubahan morfologi, biokimia, dan fisiologi.

a) Pertumbuhan

Pertumbuhan adalah perubahan fisik dan penambahan jumlah dan ukuran sel secara kuantitatif, dimana sel – sel tersebut mensistensi protein baru yang nantinya akan menunjukkan penambahan seperti umur, tinggi badan, berat badan, dan pertumbuhan gigi.

b) Perkembangan

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contohnya kemampuan berjalan, berbicara, berjalan (Marni dan Raharjo, 2012).

(1) Personal sosial (kepribadian atau tingkah laku sosial), kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.

(2) Gerakan motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan

koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.

(3) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.

(4) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pasien kejang demam meliputi :

1) Keadaan Umum

Keadaan umum yaitu keadaan umum klien dimulai pada saat mempersiapkan klien untuk pemeriksaan biasanya anak rewel.

2) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran dilakukan dengan dua penilaian yaitu kualitatif dan kuantitatif, secara kualitatif dapat dinilai antara lain yaitu *compos mentis* mempunyai arti mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respon yang cukup terhadap stimulus yang diberikan, *apatis* yaitu mengalami acuh tak acuh terhadap lingkungan sekitarnya, *somnolen* yaitu mengalami kesadaran yang lebih rendah dengan ditandai tampak mengantuk, *sopor* mempunyai arti bahwa klien memberikan respon dengan rangsangan yang kuat dan refleks pupil terhadap cahaya tidak ada.

Sedangkan penilaian kesadaran terhadap kuantitatif dapat diukur melalui penilaian (GCS) *Glasgow Coma Scale* dengan aspek membuka mata yaitu 4, respon verbal 5, dan respon motorik 6 (Hidayat, 2012).

3) Tanda – Tanda Vital

Tanda – tanda vital merupakan pemeriksaan fisik yang rutin dilakukan dalam dalam berbagai kondisi klien. Pengukuran yang paling sering dilakukan adalah pengukuran suhu, dan frekuensi pernafasan (Muttaqin, 2010).

Pada kasus kejang demam kemungkinan terjadi peningkatan suhu tubuh, respirasi takipneu, dan denyut nadi takikardi.

4) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dengan pendekatan persistem dimulai dari kepala sampai dengan ujung kaki dapat lebih mudah. Teknik pemeriksaan fisik perlu modalitas dasar yang digunakan meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Muttaqin, 2012).

a) Sistem Neurologi

Kaji tingkat kesadaran dan refleks. Pada pasien kejang demam biasanya ditemukan kesadaran *compos mentis*.

b) Sistem Pernafasan

Kaji bentuk dan kesimetrisan sistem pernafasan, palpasi ada tidaknya nyeri tekan, auskultasi bunyi nafas. Biasanya pada pasien kejang demam ditemukan adanya pernafasan cuping hidung.

c) Sistem Kardiovaskuler

Inspeksi kesimetrisan dada, adanya retraksi dada atau tidak, palpasi apakah adanya nyeri, auskultasi bunyi jantung. Pada pasien kejang demam biasanya terjadi takikardi.

d) Sistem Muskuloskeletal

Kaji kesimetrisan ekstremitas, adanya keterbatasan gerak atau tidak, biasanya pada pasien kejang demam biasanya pasien akan tampak lemah.

e) Sistem Integumen

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya, apakah terdapat oedema, hemangioma, bagaimana keadaan turgor kulit.

f) Sistem Perkemihan

Kaji ada tidaknya keluhan dalam sistem perkemihan.

d. Aspek Sosial dan Spiritual

- 1) Aspek sosial : bagaimana kehidupan sosial dan lingkungannya
- 2) Aspek spiritual : Apakah anggota keluarga rajin beribadah dan sering mengikuti kegiatan keagamaan.

e. Aspek Hospitalisasi

- 1) Reaksi orang tua terhadap hospitalisasi

- a) Stress
- b) Kecemasan meningkat

Kurang informasi tentang prosedur dan pengobatan anak serta dampaknya terhadap masa depan anak.

- c) Takut dan cemas

Keseriusan penyakit dan tipe dari prosedur medis.

- 2) Reaksi anak terhadap hospitalisasi

Bagi banyak anak memasuki rumah sakit adalah seperti memasuki dunia asing, sehingga akibatnya terhadap ansietas dan kekuatan. Ansietas sering kali berasal dari cepatnya awalan penyakit dan cedera, terutama anak memiliki pengalaman terbatas terkait dengan penyakit dan cedera.

f. Pola Aktivitas Sehari – hari

- 1) Pola Persepsi Kesehatan

Menggambarkan pola pemahaman klien tentang kesehatan, kesejahteraan, dan bagaimana faktor - faktor yang mempengaruhi terjadinya kejang demam.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Meliputi pola konsumsi makanan dan cairan, keadaan kulit, rambut, membran mukosa, dan suhu tubuh.

3) Pola Eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi, termasuk pola individu sehari-hari, perubahan atau gangguan.

4) Pola Aktivitas – Latihan

Menggambarkan pola aktivitas, pengisian waktu senggang, dan faktor yang mempengaruhi aktivitas.

5) Pola Istirahat Dan Tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, relaksasi, dan perubahan pola tidur.

6) Pola Kognitif Persepsi

Meliputi keadekuatan bentuk sensori (penglihatan, perabaan, pengecapan, dan penghibu), dan kemampuan fungsi kognitif.

7) Pola Persesdi Diri

Menggambarkan bagaimana seseorang memandang dirinya sendiri, kemampuan mereka, dan perasaan.

8) Pola Peran-Hubungan

Menggambarkan pola keterikatan peran dengan hubungan, meliputi persepsi terhadap peran utama.

9) Pola Seksualitas – Reproduksi

Pada anak – anak bagaimana dia mampu membedakan jenis kelamin dan mengetahui alat kelaminnya.

10) Pola Koping – Toleransi stress

Menggambarkan pola koping umum, dan keefektifan keterampilan koping dalam mentoleransi stress.

11) Pola Nilai Kepercayaan

Menggambarkan pola nilai, tujuan atau kepercayaan.

g. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.
- 2) Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan, indikasi lumbal pungsi pada anak dengan kejang demam meliputi :
 - a) Bayi <12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas.
 - b) Bayi antara 12 bulan sampai 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis.
- 3) Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.

- 4) Pemeriksaan foto kepala, CT scan atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologis karna hampir semuanya menunjukkan gambaran normal (Nuratif dan Kusuma, 2015).

h. Therapy

- 1) Bila pasien datang dalam keadaan kejang, obat pilihan utama yaitu diazepam untuk memberantas kejang secepat mungkin yang diberikan secara intravena. Dosis sesuai dalam spuit 7,5 mg diatas 2 kg : 0,5 mg/kg BB.
- 2) Setelah kejang diatasi diazepam berkisar antara 45 – 60 menit disuntikan, diberikan obat antipiletik dengan daya kerja lama misalnya fenobarbital atau defenilhidation diberikan secara intramuscular. Dosis awal neonatus 30 mg, umur satu bulan sampai satu tahun 50 mg, umur ssatu tahun ke atas 75 mg.
- 3) Pemberian Oksigen
- 4) Pemberian cairan intravena, biasanya diperlukan NaCl 3 % (Ngastiyah, 2015).

2. Diagnosa Keperawatan

a. Analisa Data

Analisa data adalah proses berfikir yang digunakan untuk menginterfrestasi data pasien dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan. Kemungkinan masalah keperawatan yang mungkin timbul pada penderita kejang demam adalah :

Tabel 2.1

Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1.	Ds : Klien mengeluh suhu tubuh tinggi. Do : - suhu tubuh lebih dari 37,5 °C - kejang - kulit terasa hangat	Infeksi bakteri, virus, dan parasit ↓ Reaksi inflamasi ↓ Proses demam ↓ Hipertermi	Hipertermi
2.	Ds : - Klien mengeluh pusing - klien mengeluh sakit kepala Do : - tingkat kesadaran menurun	Kejang Lebih dari 15 menit ↓ Perubahan suplay darah ke otak ↓ Resiko kerusakan sel neuron ke otak ↓ Resiko jaringan serebral tidak efektif	Resiko perfusi selebral tidak efektif
3.	Ds : Klien mengalami kejang Do : - -Penurunan kesadaran (kejang) - suhu tubuh diatas 38°C - - kejang < 15 menit	Kejang < 15 menit ↓ Kurang kesadaran ↓ Resiko cedera	Resiko cedera
4.	Ds : Klien menanyakan masalah yang dihadapi Do : - Menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran - Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah.	Kejang ↓ Resiko kejang berulang ↓ Kurang informasi pengobatan perawatan : kondisi, prognosis, lanjut, dan diet ↓ Kurang pengetahuan	Defisit pengetahuan

(PPNI , 2017).

b. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul, yaitu :

- 1) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- 2) Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak
- 3) Resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi tentang penyakit yang diderita.

3. Intervensi Keperawatan

- a. Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)

Tabel 2.2

Rencana Keperawatan Hipertermi

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
L.14134 Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu badan membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Mengigil menurun 4. Kejang menurun	I.15506 Manajemen hipertermia observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu naik 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor keluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipasi permukaan tubuh	Manajemen Hipertermia (I.15506) Tindakan Observasi 1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipertermia 2. Untuk mengetahui kenaikan ataupun menurun suhu tubuh 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar 5. Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia

	9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika hiperhidrosis 11. Lakukan pendinginan eksternal 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	Terapeutik 6. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia 7. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 8. Untuk menurunkan suhu tubuh 9. Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga 10. Untuk menurunkan kehilangan panas melalui evaporasi 11. Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin 12. Untuk menghindari terjadinya komplikasi 13. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen Edukasi 14. Untuk menghindari komplikasi seperti pendarahan atau perforasi Kolaborasi 15. Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih.
--	--	--

- b. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak D.0017

Tabel 2.3

Rencana Keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
L. 02014 Setelah dilakukan	I. 09325 Managemen	

asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam perfusi serebral meningkat dengan criteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Demam menurun	peningkatan tekanan intracranial Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP, jika perlu 5. Monitor PAP, jika perlu 6. Monitor ICP 7. Monitor CPP 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor status pernafasan 10. Monitor intake dan output cairan 11. Monitor cairan serebrospinalis Terapeutik 12. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 13. Berikan posisi semifowler 14. Hindar maneuver valvasa 15. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 16. Kolaborasi pemberian sedasi anti konvulan 17. Kolaborasi pemberian osmosis, jika perlu 18. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika	1. Agar mengetahui penyebab peningkatan TIK 2. Agar dapat menentukan intervensi yang tepat untuk klien 3. Agar mengetahui nilai MAP 4. Agar mengetahui nilai CVP 5. Agar mengetahui nilai PAP 6. Agar mengetahui nilai ICP 7. Agar mengetahui nilai CPP klien 8. Agar mengetahui gelombang ICP klien 9. Agar mengetahui status pernapasan klien 10. Agar dapat memantau intake dan output klien 11. Agar dapat memantau cairan serebrospinalis 12. Agar klien jauh lebih nyaman 13. Agar sesak klien berkurang 14. Agar tekanan intracranial tidak semakin parah 15. Agar menghindari penurunan tekanan darah, edema seluler kerusakan sel 16. Agar klien tidak kekurangan atau
---	---	--

	perlu	kelebihan PaCO ₂ 17. Agar klien tidak mudah kejang 18. Agar mencegah atau mengatasi kejang 18. Agar klien tidak sulit untu BAB
--	-------	---

c. Resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter D.0136

Tabel 2.4

Rencana Keperawatan Resiko cedera

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
L. 06050 Setelah dilakukan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: 1. Kemampuan mencegah faktor resiko kejang meningkat 2. Pola istirahat/tidur membaik	Pencegahan Cedera (I.14537) Tindakan Observasi 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera Terapeutik 3. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan dan lokasi kamar mandi) 4. Pastikan barangbarang pribadi mudah dijangkau 5. Pertahankan posisi	Tindakan Observasi 1. Untuk mengetahui agar tidak terjadi cedera pada pasien. 2. Untuk mengetahui obat-obat yang dapat beresiko menyebabkan cedera pada pasien Terapeutik 3. Agar supaya baik pasien maupun keluarga dapat tahu menggunakan fasilitas yang tersedia dengn baik 4. Untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien 5. Agar psien tetap

	tempat tidur di posisi terendah saat digunakan	berada pada posisinya dengan baik untuk mencegah terjadinya cedera
	6. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan	6. Agar supaya pasien merasa aman dan mencegah terjadi resiko jatuh
	7. Diskusi mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan Edukasi	7. Untuk mengetahui terapi fisik yang baik digunakan. Edukasi
	8. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.	8. Agar pasien dan keluarga tahu alasan intervensi untuk menghindari resiko jatuh.

- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi tentang penyakit yang diderita D. 0111

Tabel 2.5

Rencana Keperawatan Defisit pengetahuan

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
L. 12111 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat 2. Kemampuan menggambarkan	I. 12383 Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 3. Jadwalkan	Observasi 1. Memberikan informasi ketika pasien siap dan mampu dapat mengoptimalkan dalam peresapan informasi Terapeutik 2. Untuk penunjang agar penyampaian

pengalaman sebelumnya sesuai dengan topik meningkat 3. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat 4. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun 5. Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun	pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 4. Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi 5. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan 6. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 7. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat.	materi lebih mudah dan menarik 3. Penjadwalan sesuai kesepakatan agar tidak mengganggu aktivitas masing-masing 4. Memberikan kesempatan bertanya untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat menerima materi Edukasi 5. Untuk sebagai pengetahuan agar kedepannya lebih berhati-hati 6. Untuk meminimalisir komplikasi yang akan timbul dan keluarga dapat menjalankan PHBS dengan optimal 7. Untuk mengoptimalkan pencapaian keluarga sehat.
--	---	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan

sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012).

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memuat kriteria keberhasilan proses dan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dan rencana proses tersebut (Rohmah, 2012).

Menurut Rohmah (2012), Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP/SOPAPIE/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

- a. S : Subjektif data Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan
- b. O : Objektif data Yaitu data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan
- c. A : Analisa atau Assesment Merupakan suatu masalah atau diagnosa keperawatan yang masih terjadi.
- d. P : Planning Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditemukan sebelumnya.

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

a. Identitas

1) Identitas Klien

Nama	: By. K
Tanggal Lahir	: 03 Juli 2021
Usia	: 10 Bulan
Jenis Kelamin	: Perempuan
Anak ke	: 3
No. RM	: 782911
Ruang Rawat	: Melati
Tanggal Masuk	: 31 Mei 2022
Tanggal Pengkajian	: 31 Mei 2022
Diagnosa Medis	: Kejang Demam Sederhana / <i>Febrile Convulsions</i>

2) Identitas Penanggung Jawab

Nama	: Ny. S
Usia	: 35 Tahun
Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga

Alamat : Kp. Cicurug, Rt/Rw. 02/03, Desa.
Mekarsari, Kec. Cipaku, Kab. Ciamis

Hubungan dengan Klien : Ibu

b. Riwayat Kesehatan

1) Alasan Masuk Rumah Sakit

Klien datang ke IGD RSUD Ciamis pada tanggal 31 Mei 2022 dengan keluhan kejang demam, awalnya dirumah klien hanya demam biasa tetapi setelah demamnya tinggi klien mengalami kejang dan segera dibawa kerumah sakit.

2) Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan By. K demam

3) Riwayat Kesehatan Sekarang

By. K dibawa keluarganya ke IGD RSUD Ciamis pada tanggal 31 mei 2022 pukul 23.05, saat dilakukan pengkajian, ibu klien mengatakan By. K demam tinggi sudah dua hari, demam diseluruh badan, demam turun apabila sudah di kompres dan demam kembali apabila anak banyak bergerak, demam seharian dan mengalami kejang sekali dengan durasi kurang dari 10 menit. ibu klien mengatakan saat By. K kejang demam badan By. K kaku seluruh badan. Saat masuk ke IGD keadaan By. K tenang, dan rewel ketika dilakukan tindakan. Ini adalah kejang pertama By. K, suhu tubuh 39°C. Ibu mengatakan tidak memahami tentang penyakit anaknya secara

medis. Orang tua klien tampak khawatir dan cemas akan kondisi anaknya saat ini.

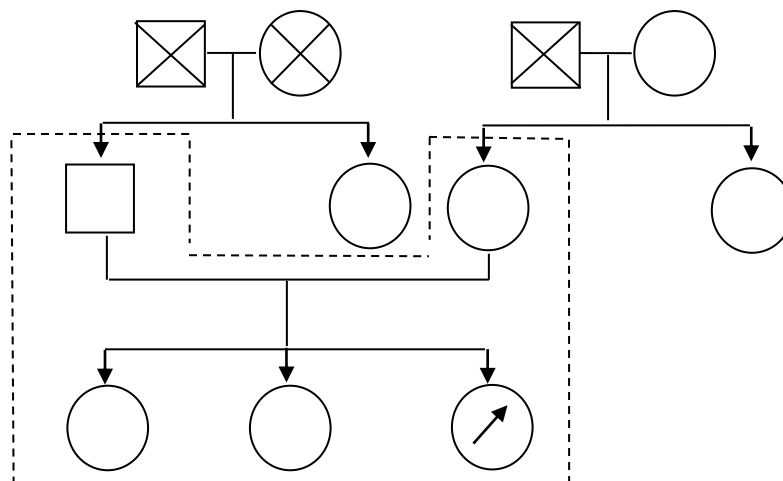
4) Riwayat Kesehatan Dahulu

Ibu klien mengatakan By. K sebelumnya sudah pernah dirawat di Rumah Sakit yang sama dengan keluhan sesak nafas dan batuk, By. K tidak memiliki riwayat alergi makanan, minuman, ataupun obat.

5) Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu klien mengatakan By. K sama seperti ayahnya memiliki riwayat kejang demam. Selain itu, ibu klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan.

6) Genogram



Keterangan :



: Laki – laki



: Perempuan



: Laki – laki meninggal



: Perempuan meninggal



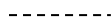
: Klien



: Garis keturunan



: Garis perkawinan



: Garis tinggal serumah

7) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

a) Prenatal

Menurut penuturan ibu klien selama hamil selalu memeriksakan kehamilannya ke bidan. Tidak ada keluhan yang serius semasa kehamilannya. Dan tidak mengonsumsi obat apapun.

b) Natal

Menurut penuturan ibu klien mengandung selama 38 minggu dan melahirkan secara spontan di bidan setempat. Dan tidak ada masalah dalam persalinan.

c) Post Natal

Menurut penuturan ibu klien, By. K lahir dengan kondisi kesehatan baik, berat badan 3200 gram dan panjang badan 50 cm.

8) Riwayat Tumbuh Kembang

a) Riwayat Pertumbuhan

Berat badan saat lahir	: 3200 gram
Berat badan saat ini	: 9 kg
Lingkar kepala	: 45 cm
Panjang badan	: 71 cm
Lingkar lengan atas	: 14,2 cm
Tumbuh gigi	: 8 bulan

b) Riwayat Perkembangan

Tengkurap	: 5 bulan
Merangkak	: 6 bulan
Duduk	: 7 bulan
Berdiri	: 8 bulan
Merambat	: 9 bulan
Senyum pertama kali	: 6 bulan

c) Perkembangan saat ini

Menurut Kuesioner Pra Skrining Perkembangan (KPSP) pada anak 10 bulan adalah :

Pertanyaan :

(1) Pada bayi terlentang, apakah ia dapat mengikuti gerakan anda dengan menggerakkan kepala sepenuhnya dari satu sisi ke sisi yang lain ?

Jawaban : Ya

(2) Dapatkah bayi mempertahankan posisi kepala dalam keadaan tegak dan stabil ?

Jawaban : Tidak, kepala bayi cenderung jatuh ke kanan / kiri atau ke dalamnya.

(3) Sentuhan pensil di punggung tangan atau ujung jari bayi (jangan meletakkan diatas telapak tangan bayi) apakah bayi dapat menggenggam pensil itu selama beberapa detik ?

Jawaban Ya

(4) Ketika bayi telungkup di alas datar, apakah ia dapat mengangkat dada dengan kedua lengannya sebagai penyangga ?

Jawaban : Ya

(5) Pernahkah bayi mengeluarkan suara gembira bernada tinggi atau memekik tetapi bukan menangis ?

Jawaban : Ya

(6) Pernahkah bayi berbalik paling sedikit dua kali dari terlentang ke tengkurep atau sebaliknya ?

Jawaban : Ya

(7) Pernahkan anda melihat bayi tersenyum ketika melihat mainan yang lucu, gambar atau binatang peliharaan pada saat ia bermain sendiri ?

Jawaban : Ya

(8) Dapatkan bayi mengarahkan matanya pada benda kecil sebesar kacang, kiamis, atau uang logam ?

Jawabannya : Ya

(9) Dapatkan bayi meraih mainan yang diletakan agak jauh namun masih berada dalam jangkauan tangannya ?

Jawaban : Ya

(10) Pada posisi bayi telentang, pegang kedua tangannya lalu tarik perlahan-lahan ke posisi duduk. Dapatkan bayi mempertahankan lehernya secara kaku?

Jawaban : Ya

Hasil : Ya : 9

Tidak : 1

Interprestasi tumbuh kembang sesuai usia.

9) Riwayat Imunisasi

Ibu klien mengatakan By. K mendapatkan imunisasi lengkap sejak ia lahir.

Tabel 3.1

Riwayat Imunisasi By. K

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian
1	Hepatitis B	Saat baru lahir
2	BCG	1 bulan
3	DPT	2 bulan
4	Polio	5 bulan
5	Campak	9 bulan

10) Riwayat Nutrisi

a) Pertama kali diberi ASI

Menurut penuturan ibu klien, By. K diberi ASI sejak baru lahir, dan diberikan apabila klien menangis.

b) Cara Pemberian

ASI diberikan secara langsung.

11) Aspek sosial, psikologi, dan spiritual

a) Riwayat Sosial

By. K sejak lahir diasuh oleh kedua orangtuanya, dan neneknya seringkali membantu. By. K memiliki hubungan yang baik dengan anggota keluarganya. By. K sering rewel ketika dilakukan tindakan di Rumah Sakit, namun By. K aktif dalam kesehariannya.

b) Riwayat Psikologi

By. K sering rewel ketika dilakukan tindakan. Orang tua klien tampak cemas dan sering bertanya mengenai keadaan anaknya.

c) Riwayat Spiritual

Keluarga klien beragama islam, orang tua klien sering berdoa untuk kesembuhan anaknya.

c. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Composmentis

GCS : 15, E:4 V:5 M:6

Tanda – Tanda Vital

Tekanan Darah : -

Nadi : 129 x/menit

Pernafasan : 30 x/menit

Suhu : 39 °C

SPO2 : 97 %

2) Pemeriksaan Persistem

a) Sistem Neurologi

Kesadaran compos mentis, GCS 15 E : 4 V : 5 M : 6, tidak ada kelupuhan ekstremitas, pada mata pupil isokor, refleks terhadap cahaya (+), tidak ada kaku kuduk.

b) Sistem Pernafasan

Letak hidung simetris, pergerakan dada kiri dan kanan simetris, bunyi nafas vesikuler, frekuensi nafas 30 x/menit, tidak ada pernafasan cuping hidung.

c) Sistem Kardiovaskuler

Bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di SIC ke-5 linea midklavikula sinistra, suara irama jantung teratur, bunyi jantung S1 dan S2 normal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

d) Sistem Muskuloskeletal

(1) Ekstremitas Atas

Letak simetris, pergerakan bebas, jumlah jari tangan lengkap, tidak ada edema, kekuatan otot kedua tangan 5.

(2) Ekstremitas Bawah

Letak simetris, pergerakan bebas, tidak ada edema, jumlah jari kaki lengkap, terpasang infus di bagian kaki sebelah kanan, kekuatan otot kedua kaki 5.

e) Sistem Integumen

Warna kulit sawo matang, warna rambut hitam, kulit teraba hangat, lembab dan berkeringat, turgor kulit normal.

f) Sistem Perkemihan

Tidak ada keluhan dalam sistem perkemihan, klien menggunakan pampers.

d. Dampak Hospitalisasi

1) Reaksi Anak Usia Bayi terhadap Hospitalisasi

Pada anak usia lebih dari 5 bulan terjadi stranger anxiety (cemas apabila berhadapan dengan orang yang tidak dikenalnya) dan cemas ketika perpisahan. Dampak hospitalisasi yang tampak pada By. K yaitu By. K tampak rewel, gelisah, tidak tenang, menangis kuat saat didatangi perawat saat akan dilakukan tindakan, dan menangis saat akan ditinggal ibunya.

Dampak tersebut terjadi Karena By. K berada di lingkungan yang asing menurutnya.

2) Reaksi Orang Tua terhadap Hospitalisasi Anak

Reaksi orang tua terhadap perawatan anak yaitu orang tua klien tampak cemas dan takut ketika melihat anaknya rewel saat diberikan tindakan oleh perawat. Dan orang tua klien juga bertanya tentang penyakit yang dialami anaknya.

e. Aktivitas Sehari – hari

1) Persepsi Kesehatan dan Manajemen Kesehatan

Orang tua klien menganggap anaknya hanya demam biasa dan akan turun setelah diberikan obat, sehingga tidak terlalu mengkhawatirkannya. Orang tua klien mengatakan kurang tahu mengenai penyakit yang diderita anaknya saat ini.

2) Pola Nutrisi Metabolik

Ibu klien mengatakan sebelum sakit anaknya mendapatkan ASI dan MPASI dengan frekuensi 3 sampai 4 kali, tidak ada keluhan saat makan. Sedangkan pada saat sakit ibu klien mengatakan klien mendapatkan ASI dan bubur bayi.

3) Pola Eliminasi

Orang tua klien mengatakan pada saat di rumah, klien BAB sekali dalam sehari dan BAK tidak dihitung, orang tua rutin mengganti diapers. Sedangkan pada saat sakit anak BAB sekali dalam sehari namun hari ini belum BAB, sedangkan frekuensi

BAK tidak dihitung. Orang tua rutin mengganti diapers setiap kali anaknya BAB.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Orang tua klien mengatakan sebelum sakit anaknya mandi dua kali sehari dan berganti pakaian, dan mencuci rambut dua hari sekali. Selama di rumah klien aktif dalam kegiatan sehari – hari. Sedangkan pada saat sakit klien hanya baru disapon dan diganti pakaiannya. Klien lebih banyak diam di tempat tidur dan merasa terganggu karena infus yang terpasang di kakinya.

5) Pola Istirahat Tidur

Ibu klien mengatakan klien tidur siang kurang lebih satu sampai dua jam, sedangkan tidur malam selama kurang lebih sepuluh jam. Sedangkan pada sakit klien tidur siang kurang lebih tiga jam dan tidur malam kurang lebih sembilan jam sering terbangun malam karena menangis.

6) Pola Kognitif – Persepsi

Klien tampak rewel dan lebih mudah menangis.

7) Pola Persepsi – Konsep Diri

Ibu klien mengatakan anaknya rewel dan mudah menangis apabila melihat perawat atau dokter ketika akan memberikan tindakan keperawatan pada klien.

8) Pola Peran – Hubungan

Orang tua klien mengatakan klien lebih banyak diam apabila bertemu dengan orang baru, dan lebih dekat dengan keluarganya. Sedangkan pada saat sakit klien lebih banyak diam dan menangis.

9) Pola Seksualitas – Reproduksi

-

10) Pola Toleransi – Stress Koping

Orang tua klien mengatakan selama sakit klien sering rewel dan mudah menangis, serta merasa terganggu dan tidak nyaman karena terpasangnya infus.

11) Pola Nilai – Keyakinan

Orang tua klien yakin anaknya akan sembuh dan sering berdoa pada Allah SWT untuk kesembuhan klien.

f. Data Penunjang

Nama	: By. K
Umur	: 10 Bulan
Alamat	: Cicurug
No. Lab	: 200163731/UGD/IGD
Tanggal pemeriksaan	: 31-05-2022 23:40:06

Tabel 3.2

Pemeriksaan Laboratorium By. K

No.	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hematologi Lengkap : HGB, Hemoglobin HCT, Hematokrit RBC, Eritrosit WBC, Leukosit PLT, Trombosit	9.8 30.0 4.33 10.3 360	P : 12 – 16 g/dl P : 35 – 45 % P : 4.0 – 5.5 10^3 /uL Dws : 5 – 10 bayi : 7 150 – 45 10^6 /uL
2	DIFF, Hitung jenis leukosit : NEUT (Netrofil) LYMPH (Limfosit) MONO (Monosit) EO (Eosinofil) BASO (Basofil)	35 45 20 0 0	50 – 70 % 25 – 40 % 3 – 7 % 2 – 6 % 0 – 1 %
3	Gula Darah Sewaktu	104	70 – 200 mg/dl

g. Program Therapi

Tabel 3.3

Program Therapi By. K

No.	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian
1	Infus Kn. 3B	20 cc/jam	IV
2	Paracetamol	3 x 100 mg	IV
3	Diazepam Pulu	3 x 3 mg	IV
4	Imunped	2 x 2.5 ml	Oral
5	Valproat	2 x 1.5 ml	Oral
6	Diazepam (Bila Kejang)	2.5 mg	IV

2. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data By. K

No	Data	Etiologi	System
1.	Ds : Ibu klien mengatakan By. K demam sudah dua hari.	Infeksi bakteri, virus, dan parasit ↓ Reaksi inflamasi	Hipertermi

	Do : - Kulit teraba hangat - Suhu : 39 °C - Nadi : 129 x/menit	↓ Proses demam ↓ Hipertermi	
2.	Ds : Ibu klien mengatakan anaknya kejang. Do : - Suhu 39 °C - kejang < 15 menit	Kejang < 15 menit ↓ Kurang kesadaran ↓ Resiko cedera	Resiko cedera
3.	Ds : - Ibu klien mengatakan tidak memahami tentang penyakit anaknya secara medis. - Ibu mengatakan cemas akan kondisi anaknya yang mengalami kejang demam. Do : - Ibu klien tampak khawatir dan banyak bertanya.	Kejang ↓ Resiko kejang berulang ↓ Kurang informasi pengobatan perawatan : kondisi, prognosis, lanjut, dan diet ↓ Kurang pengetahuan	Defisit Pengetahuan keluarga

3. Diagnosa Keperawatan

1) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan :

Ds :

- Ibu klien mengatakan By. K demam sudah dua hari.

Do :

- Kulit teraba hangat
- Suhu : 39 °C
- Nadi : 129 x/menit

2) Resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter ditandai dengan :

Ds :

Ibu klien mengatakan anaknya kejang.

Do :

- Suhu 39 °C
- Kejang berlangsung < 15 menit

3) Defisit pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan :

Ds :

- Ibu klien mengatakan tidak memahami tentang penyakit anaknya secara medis.
- Ibu mengatakan cemas akan kondisi anaknya yang mengalami kejang demam.

Do :

- Ibu klien tampak khawatir dan banyak bertanya.

Tabel 3.5
Proses Keperawatan

Nama : By. K

No. RM : 782911

Jenis Kelamin : Perempuan

Ruangan : Melati

No	Diagnosa Keperawatan		Perencanaan		Implementasi	Evaluasi
		Tujuan	Intervensi	Rasional		
1	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan By. K demam sudah dua hari. Do : - Kulit teraba hangat - Suhu : 39 °C	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil: 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik	1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Anjurkan kompres air hangat 4. Longgarkan atau gunakan pakaian tipis 5. Berikan cairan oral 6. Kolaborasi pemberian antipiretik	1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipertermia 2. Untuk mengetahui kenaikan ataupun menurun suhu tubuh 3. Untuk menurunkan panas 4. Membantu menurunkan panas 5. Untuk menurunkan	01 Juni 2022 08.00 1. Mengidentifikasi penyebab hipertermia : Demam disebabkan karena faktor proses infeksi 2. Mengkaji suhu tubuh klien : 37,6 °C, 3. Menganjurkan klien untuk dikompres hangat : Ibu klien mengompres By. K 4. Menganjurkan	02 Juni 2022 08.00 S : 1. Ibu klien mengatakan suhu tubuh anaknya naik turun 2. Ibu klien mengatakan By. K lebih nyaman setelah dikompres, dan panasnya turun O : 1. By. K tampak tertidur setelah dikompres, dan panasnya sedikit berkurang

	- Nadi : 129 x/menit			panas 6. Mengatasi inflamasi dan menurunkan suhu tubuh klien	klien untuk menggunakan pakaian yang tipis : Ibu menuruti arahan yang diberikan oleh petugas kesehatan dengan mengganti pakaian dengan yang tipis 5. Menganjurkan banyak minum : ibu klien serng memberi ASI atau minum pada klien 6. Berkolaborasi dalam pemberian terapi medis : klien diberi obat paracetamol 100 mg.	2. Ibu klien tampak paham cara kompres hangat dan mampu melakukan sendiri. 3. Suhu: 37,6°C, Nadi: 120x/menit, SpO ₂ : 99%: A : Masalah hipertermi belum teratasi P : Lanjutkan intervensi: 1. Monitor suhu tubuh 2. Anjurkan kompres air hangat 3. Anjurkan berpakaian tipis 4. Anjurkan banyak minum 5. Kolaborasi pemberian antipiretik
2	Resiko cedera	Setelah	1. Identifikasi	1. Untuk	01 Juni 2022	02 Juni 2022

	berhubungan dengan gerakan involunter D.0136 Ds : - Ibu klien mengatakan anaknya kejang. Do : - Suhu 39 °C - Kejang berlangsung < 15 menit	dilakukan keperawatan selama 3 x 24 jam tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil: 1. kemampuan mencegah faktor resiko kejang meningkat 2. pola istirahat/tidur membaik	area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera 2. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 3. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.	mengetahui agar tidak terjadi cedera pada pasien. keperawatan. 2. Agar pasien merasa aman dan mencegah terjadi resiko jatuh 3. Agar pasien dan keluarga tahu alasan intervensi untuk menghindari resiko jatuh.	08.30 1. Mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi 2. menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 3. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.	08.30 S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami kejang berulang - ibu klien mengatakan merasa tenang karena ada pengamanan tempat tidur O : - suhu tubuh 37,6°C A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 2. Menjelaskan alasan intervensi
--	--	--	--	--	---	--

						pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.
3	Defisit pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang terpapar informasi ditandai dengan : Ds : - Ibu klien mengatakan tidak memahami tentang penyakit anaknya secara medis. - Ibu mengatakan cemas akan kondisi anaknya	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam, diharapkan pengetahuan keluarga bertambah tentang penyakit kejang, dengan kriteria hasil: 1. Keluarga dapat menjawab pertanyaan seputar penyakit kejang 2. Keluarga tidak	1. Kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kejang 2. Beri penjelasan pada keluarga tentang sebab dan akibat dari kejang 3. Berikan edukasi tentang cara menolong anak saat kejang dan cara mencegah terjadinya kejang 4. Anjurkan pada keluarga untuk selalu sedia obat penurun panas, bila anak panas	1. Data dasar dalam melakukan intervensi 2. Penjelasan tentang kondisi yang dialami dan menambah wawasan orang tua 3. Mendidik keluarga agar mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan 4. Mencegah peningkatan suhu lebih tinggi yang dapat menyebabkan kejang berulang	01 Juni 2022 09.30 1. Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kejang 2. Memberikan penjelasan pada keluarga tentang sebab dan akibat dari kejang 3. Memberikan edukasi tentang cara menolong anak saat kejang dan cara mencegah terjadinya kejang 4. Menganjurkan pada keluarga untuk selalu sedia obat penurun panas, bila anak panas.	02 Juni 2022 09.30 S : - Ibu klien mengatakan sudah memahami tentang penyakit anaknya secara medis. O : - Ibu klien tampak mengerti dan paham apa sudah disampaikan oleh petugas kesehatan A : Masalah defisit pengetahuan teratasi P : Intervensi dihentikan

	yang mengalami kejang demam. Do : - Ibu klien tampak khawatir dan banyak bertanya.	sering bertanya tentang penyakit kejang 3. Keluarga mampu menyebutkan cara mencegah terjadinya kejang				
--	--	---	--	--	--	--

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan I

Nama : By. K

No. RM : 782911

Jenis Kelamin : Perempuan

Ruangan : Melati

Tanggal	No dx	Catatan Perkembangan	Paraf
03-06-2022	1	S : - Ibu klien mengatakan suhu tubuh anaknya naik turun - Ibu klien mengatakan By. K lebih nyaman setelah dikompres, dan panasnya turun O : - By. K tampak tertidur setelah dikompres, dan panasnya sedikit berkurang - Ibu klien tampak paham cara kompres hangat dan mampu melakukan sendiri. - Suhu: 36,9°C, - Nadi: 110x/menit, SpO₂: 99% A: Masalah hipertermi teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi: 1. Monitor suhu tubuh 2. Anjurkan berpakaian tipis 3. Anjurkan banyak minum 4. Kolaborasi pemberian antipiretik	Risya
	2	S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami kejang berulang - Ibu klien mengatakan merasa tenang karena ada pengamanan tempat tidur O : - suhu tubuh 36,9°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Menggunakan pengamanan tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan 2. Menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.	Risya

Tabel 3.7**Catatan Perkembangan II**

Nama : By. K No. RM : 782911

Jenis Kelamin : Perempuan Ruangan : Melati

Tanggal	No dx	Catatan Perkembangan	Paraf
04-06-2022	1	S : Tidak ada keluhan O : Suhu : 36,6 °C Nadi : 120 x/menit SPO2 : 99% A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Risya
	2	S : - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami kejang berulang O : - Suhu tubuh 36,6°C A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan	Risya
04-06-2022		By. K pulang dengan kondisi saat pulang sembuh/perbaikan. Pulang seijin dokter. Therapy obat yang dibawa pulang : 1. Cetirize syrup 2 x 2,5 ml 2. Asam Valproat syrup 2 x 1.5 ml Kontrol kembali ke RSUD Ciamis di klinik anak pada tanggal 09 juni 2022.	

B. Pembahasan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada By. K melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, maka pada bab ini peneliti akan membahas mengenai kesamaan dan atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan dalam perawatan kasus

kejang demam pada By. K yang telah dilakukan pengkajian pada tanggal 31 Mei 2022, dan telah dilakukan asuhan keperawatan mulai tanggal 01 juni 2022 sampai 04 juni 2022 di Ruang Melati RSUD Ciamis, yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1. Tahap Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan pengenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehingga keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif. Didapatkan data klien By. K berusia 10 bulan mengalami kejang demam pertama kali. By. K berjenis kelamin perempuan dan diagnosa saat dirawat adalah kejang demam sederhana.

Hasil pengkajian menunjukkan bahwa keluhan utama pada By. K yaitu ibu mengatakan anak demam sejak dua hari. Ibu mengatakan anaknya demam tinggi dan mengalami kejang satu kali yang berlangsung kurang dari 10 menit. Saat kejang sekujur tubuh kaku dan suhu 39°C.

Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Lestari (2016) dan ridha (2014) yang mengatakan bahwa Kejang demam merupakan kejang yang terjadi pada suhu tubuh diatas 38°C karena terjadi kelainan ekstrakranium. Pada keadaan demam kenaikan suhu 39°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15 % dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. 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 akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun ke membran sel disekitarnya dengan bantuan “neurotransmitter” dan terjadi kejang.

2. Tahap Diagnosa Keperawatan

Setelah melakukan pengkajian pada By. K penulis menemukan tiga diagnosa pada By. K yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter, dan defisit pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Sedangkan menurut Buku Standar Diagnosa Keperawatan (2017) masalah keperawatan yang mungkin muncul pada kasus kejang demam adalah sebagai berikut :

- 1) Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit
- 2) Resiko perfusi selebral tidak efektif berhubungan dengan gangguan aliran darah ke otak
- 3) Resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter
- 4) Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya informasi tentang penyakit yang diderita.

Masalah keperawatan yang terdapat pada teori dan tidak ditemukan pada By. K adalah Resiko perfusi selebral tidak efektif berhubungan

dengan gangguan aliran darah ke otak. Menurut analisa masalah ini tidak diangkat karena tidak ada data yang mendukung untuk menegakan diagnosa tersebut. Sesuai dengan teori menurut Ngastiyah (2012) menyebutkan ada 7 kriteria kejang demam yaitu umur anak ketika kejang antara 6 bulan dan 4 tahun, kejang berlangsung < 15 menit, kejang bersifat umum, kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbulnya demam, pemeriksaan saraf sebelum dan sesudah kejang normal, Pemeriksaan EEG yang dilakukan 1 minggu setelah suhu normal tidak menunjukkan kelainan, dan frekuensi kejang bangkitan dalam 1 tahun tidak melebihi 4 kali. Kejang demam yang tidak memenuhi salah satu atau lebih dari tujuh kriteria tersebut digolongkan pada demam kompleks dan mengacu pada epilepsi.

3. Tahap Intervensi Keperawatan

Perencanaan tindakan keperawatan pada By. K didasarkan pada tujuan intervensi masalah keperawatan yang muncul yaitu, Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, Resiko cedera berhubungan dengan fungsi regulatori biokimia (hipertermi dan konvulsi), dan Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi.

Pada tahap perencanaan penulis tidak menemukan hambatan yang berarti. Hal ini disebabkan karena adanya partisipasi dari keluarga klien dalam melakukan tindakan keperawatan.

Untuk mengatasi hipertermi pada klien dengan cara memberikan identifikasi penyebab hipertermia, monitor suhu tubuh, kompres

hangat, longgarkan atau gunakan pakaian tipis, berikan cairan oral, kolaborasi pemberian antipiretik.

Untuk mengatasi resiko cedera pada klien kejang demam dengan cara mengidentifikasi area lingkungan yang berpotensi terjadinya cedera, menggunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan, menjelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga.

Untuk mengatasi defisit pengetahuan dengan cara kaji tingkat pengetahuan keluarga tentang penyakit kejang, Beri penjelasan pada keluarga tentang sebab dan akibat dari kejang, Berikan edukasi tentang cara menolong anak saat kejang dan cara mencegah terjadinya kejang, Anjurkan pada keluarga untuk selalu sedia obat penurun panas, bila anak panas.

4. Tahap Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan tindakan keperawatan pada By. K dilaksanakan dalam waktu yang berbeda. Pada By. K asuhan atau pelaksanaan tindakan keperawatan dilaksanakan mulai tanggal 01 Juni sampai dengan tanggal 04 Juni 2022.

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang dilakukan pada klien tidak ada kesenjangan karena penulis menggunakan implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan

direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan ke klien.

Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh (Rohmah, 2012) Implementasi realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

5. Tahap Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan pada tanggal 01 Juni sampai dengan tanggal 4 Juni 2022 pada By. K dengan gangguan sistem neurologi kejang demam semua diagnose teratasi, yaitu :

Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit teratasi, hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik.

Resiko cedera berhubungan dengan gerakan involunter teratasi, hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu kemampuan mencegah faktor resiko kejang meningkat, pola istirahat/tidur membaik.

Defisit pengetahuan keluarga teratasi, hal ini sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan sebelumnya yaitu keluarga dapat menjawab pertanyaan seputar penyakit kejang, keluarga tidak sering bertanya tentang penyakit kejang, keluarga mampu menyebutkan cara mencegah terjadinya kejang.

BAB IV

KESIMPULAN DAN REKOMENDASI

A. Kesimpulan

Berdasarkan pelaksanaan asuhan keperawatan dalam bentuk studi kasus, maka dapat diuraikan kesimpulan sebagai berikut :

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosa, menentukan dan memprioritaskan masalah keperawatan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
3. Penulis mampu merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa yang muncul pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
4. Penulis mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.
5. Penulis mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang diberikan pada By. K dengan gangguan sistem neurologi : kejang demam di Ruang Melati RSUD Ciamis.

B. Rekomendasi

Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan, meningkatkan kualitas keperawatan, serta meningkatkan kualitas professional keperawatan, penulis mengajukan rekomendasi sebagai berikut :

1. Untuk pasien dan keluarga

Proses penyembuhan penyakit pasien akan memerlukan waktu yang relative lama untuk kembali sehat, maka dalam kondisi ini perlu diupayakan dukungan dari anggota keluarga untuk proses penyembuhan.

2. Untuk perawat dan Rumah Sakit

Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi bio, psiko, sosial dan spriritual dalam melakuakn asuhan keperawatan terhadap pasein, perawat dituntut memberikan asuhan keperawatan yang seutuhnya.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan ampu memenuhi ketersediaan literature terbitan baru terutama mengenai kejang demam sehingga dapat menambah wawasan mahasiswa dan mahasiswi selama pendidikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan kesehatan dunia (WHO) . Putra andretty (2015). *management of febris colvulsi* <https://eprints.ums.ac.id>. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Dewi Wulandari, Meira Erawati, 2016. *Buku Ajar Keperawatan Anak* : Bandung
- Dinkes, (2012). Status derajat kesehatan daerah . www.dinkes.go.id. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Fida & maya. (2012). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jogjakarta: Medica
- Gunawan, P.I., dkk. (2012). *Faktor Resiko Kejang Demam Berulang pada Anak*. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Hall JE. (2016). *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology*. 13th ed. Philadelphia (PA): Elsevier, Inc. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Hidayat, A Aziz Alimul (2012), *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Kedokteran EGC. Jakarta. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Kakalang, J.P, dkk, (2016). *Profil Kejang Demam di Bagian Ilmu Kesehatan Anak RSUP Prof. Dr. R. D. Kondou Manado periode Januari 2014-Juni 2016*. <http://download.portalgaruda.org> . Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, (2018). Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta : Kemenkes. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Lestari, T, (2016). *Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Marni dan Kuku Rahardjo. (2012). *Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah*. Yogyakarta : Pustaka Belajar
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ngastiyah. (2012). *Perawatan anak sakit*. Jakarta : EGC
- Ngastiyah. (2014). *Buku Keperawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC
- Nugroho, W.W., dkk, (2014). *Penyakit-penyakit yang Menyertai Kejadian Kejang Demam Anak di RSUP Dr. Kariadi Semarang*. <http://download.portalgaruda.org>. Diakses pada tanggal 01 juli 2022

- Nurarif dan Kusuma. (2015). *Asuhan Keperawatan berdasarkan NANDA NIC NOC*. Jogjakarta: Media action
- Pasaribu, Adi. S. (2014). *Kejang Demam Sederhana Pada Anak Yang Disebabkan Karena Infeksi*. Jurnal. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Price A Sylfia. (2015) : *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Keperawatan. Jakarta;EGC
- Rekawati, S., Nursalam, & Sri, U. (2013). *Asuhan Keperawatan Bayi Dan Anak Untuk Perawat Dan Bidan Edisi 2*. Jakarta : Salemba Medika.
- Riyadi, Sujono, Sukarmin. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu. Diakses pada tanggal 01 juli 2022
- Rohmah, Nikmatur. (2012). *Proses Keperawatan Teori & Aplikasi*. Yogyakarta : Ar – Ruzz Media.
- Sodikin. (2012). *Prinsip Perawatan Demam Pada Anak*. Yogyakarta.
- Tim pokja SDKI PPNI (2017). *Standar Diagnostik keperawatan Indonesia* edisi I, Cetakan III.DPP PPNI. Jakarta selatan
- Tim Pokja SLKI PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia* Edisi I Cetakan II. DPP PPNI, Jakarta Selatan
- Tim Pokja SIKI PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* Edisi I. Cetakan III.DPP PPNI, Jakarta Selatan
- Widagdo, (2012). *Tata Laksana Masalah Penyakit Anak dengan Kejang Demam*. Jakarta : CV Agung Seto. Diakses pada tanggal 01 juli 2022

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) KEJANG DEMAM
DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS

Pokok bahasan : Kejang demam pada anak
Hari, tanggal : Rabu, 01 Juni 2022
Waktu pertemuan : 09.30 – 09.45 WIB
Tempat : Ruang Melati RSUD Ciamis
Sasaran : Keluarga By. K
Pemberi penyuluhan : Risya Afifah Aprilia

A. Latar Belakang

Berdasarkan hasil pengkajian pada keluarga By. K pada tanggal 31 Mei 2022 didapatkan bahwa By. K diketahui mengalami kejang demam dengan suhu 39°C dan mengalami kejang sebanyak 1x . Sehingga pada penderita kejang demam sangat diperlukan upaya pencegahan agar tidak terjadi kejang berulang. Oleh karena itu pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai kejang demam dan penanganannya sangat penting untuk dilakukan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan, sasaran mampu memahami dan mengaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari

2. Tujuan Khusus

Setelah mendapatkan penyuluhan masyarakat mampu:

- a. Memahami pengertian kejang demam
- b. Memahami penyebab kejang demam
- c. Mengetahui penatalaksanaan kejang demam

C. Sasaran

Sasaran penyuluhan : keluarga pasien

D. Materi Pembelajaran

1. Pokok bahasan : Informasi mengenai penyakit kejang demam
2. Sub pokok bahasan :
 - a. Memahami pengertian kejang demam
 - b. Memahami penyebab kejang demam
 - c. Mengetahui penatalaksanaan kejang demam

E. Metode Penyuluhan

1. Ceramah
2. Tanya jawab

F. Media

1. Leaflet

G. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan lisan seperti tanya jawab dengan 3 pertanyaan :

1. Jelaskan kembali pengertian kejang demam ?
2. Sebutkan tanda dan gejala kejang demam?
3. Sebutkan penanganan kejang demam?

No	WAKTU	KEGIATAN PENYULUHAN	KEGIATAN PESERTA
1	2 Menit	Pembukaan: - Mengucapkan salam - Menjelaskan nama dan akademi - Menjelaskan topik dan tujuan pendidikan kesehatan - Menanyakan kesiapan keluarga	- Menjawab Salam - Mendengarkan - Memperhatikan
2	8 Menit	Pelaksanaan: - Pengertian kejang demam - Penyebab kejang demam - Penanganan kejang demam	- Memperhatikan - Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3	3 Menit	Evaluasi: - menanyakan kembali hal hal yang sudah dijelaskan mengenai kejang demam - memberikan kesempatan pada keluarga mendemonstrasikan cara penanganan kejang demam	- Menjawab pertanyaan
4	2 Menit	Terminasi : - Mengucapkan terimakasih atas peran peserta - Mengucapkan salam penutup	- Mendengarkan - Menjawab Salam

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) KEJANG DEMAM

DI RUANG MELATI RSUD CIAMIS

1. Definisi

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

2. Penyebab :

1. Infeksi
2. Kerusakan otak sejak dalam kandungan
3. Faktor keturunan
4. Akibat jatuh
5. Tumor
6. Karena zat beracun

3. Tanda dan Gejala:

1. Suhu badan meningkat
2. Anak kehilangan kesadaran
3. Sulit bernafas
4. Kulit menjadi pucat
5. Mata berputar-putar
6. Biasanya pulih sepenuhnya setelah 10-15 menit.

4. Penanganan :

1. Tetap tenang dan tidak boleh panik
2. Atur posisi anak dengan kepala tegak menghadap ke atas, agar anak bisa bernaafas
3. Letakkan anak ditempat yang aman
4. Longgarkan baju anak
5. Masukkan sendok yang dibungkus seputangan ke dalam mulut anak untuk menghindari lidah tergigit
6. Jika anak sudah berhenti, miringkan anak
7. Jika kejang sudah berhenti dan anak sadar berikan kompresan dan berikan obat penurun panas
8. Setelah bawa anak ke puskesmas atau rumah sakit
9. Jika kejang berlangsung lebih dari 15 menit segera bawa ke rumah sakit.

KEJANG DEMAM



Oleh :

Risya Afifah Aprilia Gani

KHGA19122

STIKes KARSA HUSADA GARUT



PENGERTIAN.....

Bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh 38°C yang disebabkan oleh proses ektranium.

TANDA DAN GEJALA

Suhu tubuh diatas nilai normal, kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit teraba hangat.

PENYEBAB

Demam yang menimbulkan kejang pada anak-anak dapat dipicu oleh beberapa hal, yaitu:

- ✚ **Setelah imunisasi**
Pada beberapa anak, pemberian [imunisasi](#) dapat menimbulkan demam yang bisa memicu kejang demam.
- ✚ **Infeksi**
Anak dapat mengalami kejang pada saat mengalami demam akibat [infeksi virus](#) atau [infeksi bakteri](#).



Langkah Pertolongan Pertama saat Anak Kejang Demam

- ✚ Letakkan anak di tempat yang datar.



- ✚ Tempat tersebut sebaiknya luas dan bebas, sehingga anak tidak akan terbentur atau tertimpa benda tertentu saat kejang.
- ✚ Posisikan anak tidur untuk menyamping, untuk mencegahnya tersedak saat kejang



- ✚ Longgarkan pakaiannya, terutama pada bagian leher.
- ✚ Jangan memaksa untuk menahan gerakan tubuh anak. Cukup jaga agar posisi tubuhnya tetap aman
- ✚ Jangan memasukkan benda apa pun ke mulutnya, termasuk minuman atau obat-obatan.



- ✚ Ucapkanlah kata-kata yang menenangkan agar anak merasa lebih nyaman.
- ✚ Catat berapa lama anak mengalami kejang.



- ✚ Amati kondisinya saat kejang, terutama bila dia kesulitan bernapas atau wajahnya menjadi pucat dan kebiruan. Ini menandakan bahwa ia kekurangan oksigen dan membutuhkan penanganan medis secepatnya.
- ✚ Jika memungkinkan, rekam kejadian saat anak sedang kejang, sehingga dokter bisa mengetahui dengan pasti seperti apa kejang yang dialami anak.

TERIMA KASIH

LEMBAR BIMBINGAN

Nama : Risya Afifah Aprilia Gani

NIM : KHGA 19122

Pembimbing : Ibu Sulastini, M.Kep

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada By. K Usia Infant (10 bulan) dengan Gangguan Sistem Neurologi Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Ciamis

N o	Tanggal	Materi Yang Diajukan	Saran Pembimbing	Ttd Mahasiswa	Ttd Pembimbing
1	30-06-2022	Bab I	1. Perbaiki penulisan judul 2. Satu paragraf harus berisi minimal tiga kalimat 3. Antar paragraf harus saling berkesinambungan 4. Penulisan bahasa asing harus dicetak miring 5. Latar belakang harus lebih diperbanyak. 6. Lanjutkan untuk bab II, III, IV		
2	14-07-2022	Bab I Bab II Bab III	1. Menggunakan 11 pola aktivitas menurut Gordon 2. Pathway harus sesuai dengan SDKI 3. Riwayat kesehatan harus PQIRST 4. Analisa data harus dicocokkan dengan tanda mayor dan minor.		
3	16-07-2022	Bab II Bab III Bab IV	1. Sistematika penulisan 2. Tabel harus satu spasi 3. Pembahasan harus menjelaskan antara kesenjangan teori dengan kasus yang ditemukan di lapangan		
4	18-07-2022	Bab II Bab III Bab IV	1. Merapihkan penulisan numbering di tabel 2. Tidak perlu menambahkan kode SDKI di bab III		

5	19-07-2022	Bab III Bab IV	1. Data dilengkapi 2. Lengkapi pembahasan antara teori dan kasus yang ditemukan.		
6	22-07-2022	Bab III Bab IV	Tambahkan abstrak, daftar isi, lampiran, kata pengantar, tambahkan nomor halaman.		
7	24-07-2022	Abstrak kata pengantar lampiran	Perbaiki Abstrak		
8	25-07-2022	Abstrak	ACC Sidang		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Risyafifah Aprilia Gani
NIM : KHGA 19122
Tempat Tanggal Lahir : Garut, 28 April 2001
Alamat : Kp. Waruga I, rt/rw. 001/006, Desa. Binakarya,
Kec. Banyuresmi, Kab. Garut
No Hp : 082315702131
Email : risyapril04@gmail.com
Instagram : risyafapr_28

Riwayat Pendidikan :

1. TK Darul Mukminin : 2006 - 2007
2. SDN Binakarya III : 2007 - 2013
3. SMPN I Banyuresmi : 2013 - 2016
4. SMA Pesantren Cintawana : 2016 – 2019
5. STIKes Karsa Husada Garut : 2019 - 2022