

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
KEJANG DEMAM DIRUANG MAWAR RSUD CURUP
TAHUN 2022



DISUSUN OLEH :

SIO ADEBA
NIM. P00320119030

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN
KEJANG DEMAM DIRUANG MAWAR RSUD CURUP
TAHUN 2022

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

SIO ADEBA
NIM. P00320119030

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
T.A 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Sio Adeba
Tempat, Tanggal Lahir : Pagar Agung, 13 September 2000
N I M : P00320119030
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak dengan
Kejang Demam di Ruang Mawar RSUD Curup
Tahun 2022

Kami setuju untuk diseminarkan pada tanggal 30 Juni 2022.

Curup, 15 Juni 2022
Pembimbing



Almaini, S.Kp., M.Kes
NIP: 196406101986031001

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN KEJANG
DEMAM DI RUANGAN MAWAR RSUD CURUP TAHUN 2022**

Disusun Oleh:

SIO ADEBA
NIM. P00320119030

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Curup Jurusan Keperawatan Poltekkes

Kemenkes Bengkulu

Pada Tanggal 30 Juni 2022, dan dinyatakan

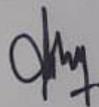
LULUS

Ketua Penguji



Ns. Sri Haryani, M.Kes
NIP.198006032001122002

Anggota Penguji I



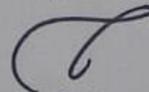
Silvia Puspa, S.Kep Ners
NIP.198805152019022001

Anggota Penguji II



Almaini, S.Kp.M.Kes
NIP.196406101986031001

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan untuk mencapai
derajat Ahli Madya Keperawatan
Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep, M.Kep
NIP: 197112171991021001

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN KEJANG DEMAM DIRUANG MAWAR RSUD CURUP

ABSTRAK BAHASA INDONESIA

Latar Belakang: Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, hal ini terutama pada rentang usia 4 bulan sampai 4 tahun. Masalah hipertermia pada kejang demam (*febris convulsion/stuip/step*) tidak di sebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensifilitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena adanya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Jika hipertemia pada pasien kejang demam tidak teratasi maka akan terjadi kerusakan neurotransmitter, epilepsi, kelainan anatomis di otak, mengalami kecacatan atau kelainan neurologis, dan kemungkinan mengalami kematian (Indriyani, 2017). **Tujuan:** Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam pada anak meliputi pengkajian, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. **Kata kunci:** Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada Anak

**NURSING CARE IN CHILD PATIENTS WITH FEVER SEQUELS IN THE
ROSE ROOM OF CURUP Hospital
ABSTRACT INDONESIAN LANGUAGE**

Background: *Febrile seizures are the most common neurological disorders found in children, especially in the age range of 4 months to 4 years. The problem of hyperthermia in febrile seizures (febrile convulsion/stuip/step) is not caused by processes inside the head (brain: such as meningitis or meningitis, encephalitis or inflammation of the brain) but outside the head for example due to an infection in the respiratory tract, ear or infection. in the digestive tract. If hyperthermia in febrile seizure patients is not resolved, there will be neurotransmitter damage, epilepsy, anatomical abnormalities in the brain, neurological disability or abnormalities, and possibly death (Indriyani, 2017).*

Objective: *To find out nursing care for clients with febrile seizures in children including assessment, intervention, implementation, and evaluation of nursing.*

Keywords: *Nursing Care for Fever Seizures in Children*

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunianya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada Anak Penulis

Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan Program Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terimakasih kepada;

1. Eliana, S.KM,MPH selaku direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu
2. Ns. Septiyanti, S.Kep, M.Pd selaku ketua Jurusan Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu
3. Ns. Derison Marsinova Bakara,S.Kep,M.Kep selaku ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup Poltekkes Kemenkes Bengkulu
4. Almaini.S.Kp.M.Kes selaku pembimbing dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik yang membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.
5. Chandra Buana STT.MPH selaku Dosen Pembimbing Akademik yang senantiasa memberi saran positif dan telah mengarahkan untuk menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa yaitu menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah.

6. Ns. Sri Haryani, S.Kep.,M.Kep selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Silvia Puspa,S.Kep.Ners penguji I yang telah menyediakan waktu menguji penulis dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun
8. Kedua orang tua saya, saudara, serta keluarga yang selalu memberikan dukungan baik moril maupun materil.
9. Seluruh Civitas Akademik yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah serta seluruh teman-teman saya yang sudah banyak membantu dan mendukung saya.
10. Dan lain-lain yang tidak dapat saya sebut satu persatu, Mudah-mudahan Karya Tulis Ilmiah ini dapat dilaksanakan penelitiannya.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, karena itu sebagai kritik dan saran yang membangun untuk menyempurnakan penulisan Proposal karya tulis ilmiah ini serta bermanfaat bagi penulis dan para pembaca.

Curup,.....2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	7
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Etiologi dan Faktor Predisposisi.....	7
2.1.3 Manifestasi Klinis	9
2.1.4 Anatomi Fisiologi	10
2.1.5 Patofisiologi	13
2.1.6 WOC	16
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	17
2.1.8 Tindakan Medis	19
2.1.9 Penatalaksanaan	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	21
2.2.1 Pengkajian	21
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30

2.2.3 Intervensi Keperawatan	31
2.2.4 Implementasi Keperawatan	40
2.2.5 Evaluasi Keperawatan	40
2.3 Konsep Implementasi Utama Keperawatan.....	41
2.3.1 Pengertian	41
2.3.2 Tujuan.....	41
2.3.3 Manfaat.....	42
2.3.4 SOP Tindakan.....	42

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian	45
3.1.1 Identitas Klien.....	45
3.1.2 Riwayat Kesehatan	46
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	52
3.1.4 Penatalaksanaan.....	58
3.2 Diagnosa Keperawatan	61
3.3 Intervensi Keperawatan	62
3.4 Implementasi Keperawatan	65
3.5 Evaluasi Keperawatan	70

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Pengkajian	83
4.2 Diagnosa Keperawatan	84
4.3 Intervensi Keperawatan	86
4.4 Implementasi Keperawatan	86
4.5 Evaluasi Keperawatan	87

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan	88
5.2 Saran	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Keperawatan.....	32
Tabel 3.1 Identitas Saudara Kandung	46
Table 3.2 Imunisasi Lengkap	49
Tabel 3.3 Pemberian Nutrisi	50
Tabel 3.4 Aktifitas Sehari –hari	51
Tabel 3.5 Hasil Labor	58
Tabel 3.6 Tabel Obat.....	58
Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan.....	62
Tabel 3.8 Implementasi Keperawatan.....	65
Tabel 3.9 Evaluasi Keperawatan.....	70

DAFTAR BAGAN

Table 1. WOC (Web Of Caution)	16
-------------------------------------	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Susunan Sistem Saraf	10
---------------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1.	Lembar Konsul
2.	Pernyataan
3.	Biodata
4.	Surat Pengambilan Kasus
5.	Surat Selesai Dinas

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa. Anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa. Di Negara Indonesia masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan. Masalah kesehatan anak diprioritaskan dalam perencanaan atau penataan pembangunan (Hidayat dalam Amalia, 2013).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, hal ini terutama pada rentang usia 4 bulan sampai 4 tahun. Masalah hipertermia pada kejang demam (*febris convulsion/stuip/step*) tidak di sebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensifilitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena adanya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Jika hipertemia pada pasien kejang demam tidak teratasi maka akan terjadi kerusakan neurotransmitter, epilepsi, kelainan anatomis di otak, mengalami kecacatan atau kelainan neurologis, dan kemungkinan mengalami kematian (Indriyani, 2017).

WHO (*World Health Organization*) memperkirakan pada tahun 2005 terdapat 21,65 juta penderita kejang demam dan lebih dari 216 ribu diantaranya meninggal. Hampir 80% kasus kejang demam sederhana (kejang <15 menit, umum, tonik atau klonik, akan berhenti sendiri, tanpa gerakan

fokal atau berulang dalam waktu 24 jam) sedangkan 20% kasus merupakan kejang demam komplikata (kejang >15 menit, fokal atau kejang umum didahului kejang parsial, berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam). Pada Daerah Eropa Barat dan Amerika tercatat 2-4% angka kejadian kejang demam per tahunnya Hampir 1,5 juta kejadian kejang demam terjadi tiap tahunnya di USA, Angka kejadian kejang demam di India sebesar 5-10% dan di Jepang 8,8% (Kakalang, Masloman, & Manoppo, 2016).

Angka kejadian kejang demam di Indonesia dilaporkan mencapai 2-4% (Angka kejadian kejang demam pada anak di Indonesia pada tahun 2013 yang menjalani rawat inap sebanyak 4197 kasus (laki-laki 2346 dan perempuan 1851) dan yang menjalani rawat jalan sebanyak 5149 (laki-laki 2626 dan perempuan 2523). Berdasarkan data dari RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu angka kejadian pada Tahun 2015 mencapai 1.183 pasien (Profil Kesehatan Bengkulu 2016).

Berdasarkan data rekam medik pada tahun 2016 di Ruang Perawatan Anak RSUD Curup angka kejadian kejang demam adalah sebanyak 49 kasus, pada 2017 terdapat penurunan yaitu 4 kasus, pada 2018 mengalami penurunan yaitu 0 kasus, pada tahun 2019 mengalami peningkatan yaitu 78 kasus dan pada tahun 2020 mengalami penurunan yaitu 35 Kasus. (Laporan Tahunan Rekam Medik Tahun 2016-2020)

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, hiperkepnea asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh semakin meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktivitas otot, dan selanjutnya menyebabkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian di atas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga terjadinya kerusakan sel neuron otak. Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang di kemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi yang spontan. Karena itu kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi (Purwanti & Maliya, 2008).

Kenaikan suhu tubuh adalah syarat mutlak terjadinya kejang demam. Tinggi suhu tubuh pada saat timbul kejang merupakan nilai ambang kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang telah terjadi pada suhu 38°C sedangkan 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 (Arifuddin,

2016). Sesuai teori penyakit ini maka diagnosa keperawatan yang akan muncul pada kasus Kejang Demam yaitu Hipertermia (Herdman, 2015).

Penanganan terhadap kejang demam dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis, tindakan non farmakologis maupun kombinasi keduanya. Tindakan farmakologis yaitu memberikan obat antipiretik. Sedangkan tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam menurunkan panas setelah pemberian obat antipiretik. Tindakan non farmakologis antara lain memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres hangat (Rahmasari & Lestari, 2018)

Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Windati 2020). Dari hasil studi kasus yang dilakukan bahwa kompres hangat bisa digunakan pada pasien anak dengan Kejang Demam. Maka dari pembahasan tersebut, penulis tertarik ingin mengangkat masalah dalam suatu karya tulis ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Mawar RSUD Curup”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang di atas, dapat dirumuskan karya tulis ilmiah ini yaitu “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN ANAK DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANGAN MAWAR RSUD CURUP”

1.3 Tujuan

a) Tujuan Umum

Tujuan umum dari Proposal karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui Asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam pada anak

b) Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penulisan proposal karya tulis ilmiah Asuhan Keperawatan pada pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong ini yaitu:

1. Dapat Melaksanakan pengkajian pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong
2. Dapat Menegakkan diagnosa pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong
3. Dapat Menentukan intervensi keperawatan pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong
4. Dapat Melaksanakan implementasi keperawatan pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong
5. Dapat Melaksanakan evaluasi keperawatan pada pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong
6. Dapat Melakukan dokumentasi keperawatan pasien Kejang Demam pada anak di RSUD Rejang Lebong

1.4 Manfaat Penulisan

a. Bagi Penulis

Menambah wawasan dan pengalaman dalam penerapan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam.

b. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai bahan masukan dan informasi bagi perawat yang ada di Rumah Sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan pada anak dengan kejang demam.

c. Bagi Institusi

1. Rumah Sakit

- a) Sebagai bahan masukan yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan pada anak dengan kejang demam.
- b) Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan lainnya dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam, sehingga klien mendapatkan penanganan yang cepat, tepat dan optimal.

2. Pendidikan

Sebagai sumber bacaan atau referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan khususnya pada anak dengan kejang demam.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kejang Demam

2.1.1 Definisi

Kejang demam merupakan kejang yang terjadi pada suhu badan tinggi (kenaikkan suhu tubuh diatas $38^{\circ}C$) karena terjadi kelainan ekstrakranial. Kejang demam atau febrile convulsion adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Lestari,2016).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, hal ini terutama pada rentang usia 4 bulan sampai 4 tahun. Masalah hipertermia pada kejang demam (*febris convulsion/stuip/step*) tidak di sebabkan oleh proses di dalam kepala (otak: seperti meningitis atau radang selaput otak, ensifilitis atau radang otak) tetapi diluar kepala misalnya karena adanya infeksi di saluran pernapasan, telinga atau infeksi di saluran pencernaan. Jika hipertemia pada pasien kejang demam tidak teratasi maka akan terjadi kerusakan neurotransmitter, epilepsi, kelainan anatomis di otak, mengalami kecacatan atau kelainan neurologis, dan kemungkinan mengalami kematian (Indriyani, 2017).

2.1.2 Etiologi

Menurut Nurarif (2015) Kejang terjadi akibat perlepasan muatan *paroksismal* yang berlebihan dari suatu populasi neuro yang sangat mudah

terpicu sehingga mengganggu fungsi normal otak dan juga dapat terjadi karena keseimbangan asam basa atau elektrolit yang terganggu. Kejang itu sendiri dapat juga menjadi manifestasi dari suatu penyakit mendasar yang membahayakan. Kejang demam disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya berlangsung singkat, dan mungkin terdapat *predisposisi familial*. Beberapa kejang dapat berlanjut melewati masa anak-anak dan mungkin dapat mengalami kejang non demam pada kehidupan selanjutnya.

Penyebab dari kejang demam menurut Wulandari & Erawati (2016) yaitu :

1. Faktor genetika faktor keturunan memegang penting untuk terjadinya kejang demam 25-50% anak yang mengalami kejang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang- kurangnya sekali.
2. Infeksi
 - a) Bakteri : penyakit pada traktus respiratorius (pernapasan), pharyngitis (radang tenggorokan), tonsillitis (amandel), dan otitis media (infeksi telinga).
 - b) Virus : varicella (cacar), morbili (campak), dan dengue (virus penyebab demam berdarah).
 - c) Demam Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam atau pada waktu demam tinggi.
 - d) Gangguan metabolisme Hipoglikemia, gangguan elektrolit (Na dan K) misalnya pada pasien dengan riwayat diare sebelumnya.
 - e) Trauma

2.1.3 Manifestasi Klinik

menurut Wulandari dan Erawati (2016) Sebagian besar kejang berlangsung kurang dari 6 menit kurang dari 8% berlangsung lebih dari 15 menit. Sering kali kejang berhenti sendiri. Setelah kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak, tetapi setelah beberapa detik atau menit, anak terbangun dan sadar kembali tanpa defisit *neurologis* kejang dapat diikuti *hemiparesis* sementara (*hemiparesis Todd*) yang berlangsung beberapa jam samapi beberapa hari. Kejang unilateraI yang lama dapat diikuti oleh *hemiparesis* yang menetap. Bangkitan kejang yang berlangsung lama lebih sering terjadi pada kejang demam yang pertama.

Tanda dan gejala dari kejang demam menurut Wulandari dan Erawati yaitu:

- a) Demam (terutama demam tinggi atau kenaikan suhu tubuh yang terjadi secara tiba-tiba)
- b) Pingsan yang berlangsung selama 30 detik-5 menit (hampir selalu terjadi pada anak-anak yang mengalami kejang demam)
- c) Kejang demam mempunyai insiden yang tinggi pada anak, yaitu 3- 4%
- d) Kejang demam biasanya singkat, berhenti sendiri, terjadi lebih banyak kepada anak laki – laki
- e) Kejang timbul dalam 24 jam setelah naiknya suhu badan akibat infeksi di luar susunan saraf misalnya otitis media akut, bronchitis, dan sebagainya
- f) Bangkitan kejang dapat berbentuk tonik-klonik, fokal atau atonik
- g) Takikardi pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 per menit

a. Sistem saraf pusat

Sistem saraf pusat terdiri atas banyak sel saraf dan tonjolan-tonjolannya dan disokong oleh jaringan khusus disebut *neuroglia*. Neuron adalah nama yang di berikan untuk sel saraf beserta seluruh processusnya. Sel neuron mempunyai dua jenis tonjolan, yaitu dendrit dan axon. Dendrit adalah tonjolan yang pendek dari badan sel, axon adalah tonjolan yang paling panjang dari badan sel.

Bagian dalam susunan saraf pusat disusun dalam *substantia grisea* dan *substantia alba*. Substantia grisea terdiri atas sel-sel neuron yang tertanam di dalam *neuroglia*. *substantia alba* terdiri atas serabut-serabut saraf (axon) yang terbenam di dalam *neuroglia*.

b. Susunan saraf otonom

Susunan saraf otonom merupakan bagian susunan saraf yang berhubungan dengan persarafan struktur *involunter* seperti jantung otot polos, dan kelenjar diseluruh tubuh, serta tersebar diseluruh tubuh, serta tersebar di dalam susunan saraf dalam dua bagian simpatis dan parasimpatis dan keduanya mempunyai serabut aferen dan eferen.

Saraf simpatis mempercepat denyut jantung, menyebabkan kontriksi pembuluh darah perifer, dan meningkatkan tekanan darah. Bagian simpatis susunan saraf otonom mengalirkan darah dari kulit dan usus, sehingga tersedia bagi otak, jantung, dan otot skelet, pada saat yang sama, saraf ini menghambat *peristaltic tractus* gastrointestinal dan menutup *sphincter*. Bagian parasimpatis susunan

saraf otonom berfungsi mempertahankan dan memulihkan energi. Saraf ini memperlambat denyut jantung menimbulkan peristaltic usus dan aktivitas kelenjar dan membuka *sphincter*.

c. Sistem saraf simpatis

a) Serabut saraf eferen

Substantia grisea medulla spinalis dari segmen thoracal I sampai segmen thoracal II, mempunyai *cornu laterala* atau *columna intermedia*, yang merupakan tempat badan sel neuron penghubung simpatis. *Akson* sel-sel yang bermielin meninggalkan medulla spinalis pada radis anterior dan kemudian berjalan melalui *rami communicantes alba* ke *ganglia paravertebralis truncus sympathicus*. Serabut sel-sel penghubung disebut *perganglionik* karena serabut ini menuju ke ganglion perifer.

b) Serabut saraf aferen

Serabut saraf aferen bermielin berjalan dari visera melalui ganglia simpatis tanpa bersih napas. serabut-serabut tersebut masuk ke spinal melalui *rami communicantes alba* dan mencapai badan selnya dalam ganglion sensorium nervus spinalis yang sesuai. Axon sentral kemudian masuk ke medula spinalis dan mungkin membentuk komponen aferen lengkungan reflex lokal. Serabut yang lain berjalan ke atas sampai ke saraf pusat otonom yang lebih tinggi di dalam otak

d. Sistem parasimpatis

a) Serabut eferen

Sel-sel penghubung sistem susunan saraf ini terletak didalam kranial dan segmen *sacralis* medulla spinalis. Sel-sel penghubung di dalam otak ini membentuk sebagian *nuclei* yang merupakan asal dari saraf otak III, VII, IX, dan X dan axonnya bagian-bagian otak yang mengandung saraf kranial yang sesuai.

b) Serabut aferen

Serabut-serabut aferen bermielin berjalan dari visera ke badan selnya yang terletak di dalam ganglion sensorium nervus carnialis atau ganglion sensorium nervus *sacrales*. Axon sentralnya kemudian masuk ke susunan saraf pusat dan ikut berperan dalam pembentukan lengkungan reflex lokal atau jalan ke pusat saraf otonom yang lebih tinggi.

2.1.5 Patofisiologi

Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah ion kalium (K⁺) dan sangat sulit dilalui oleh ion Natrium (Na⁺) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl⁻). Akibatnya konsentrasi ion K⁺ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na⁺ rendah, sedang diluar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya.

Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan luar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh :

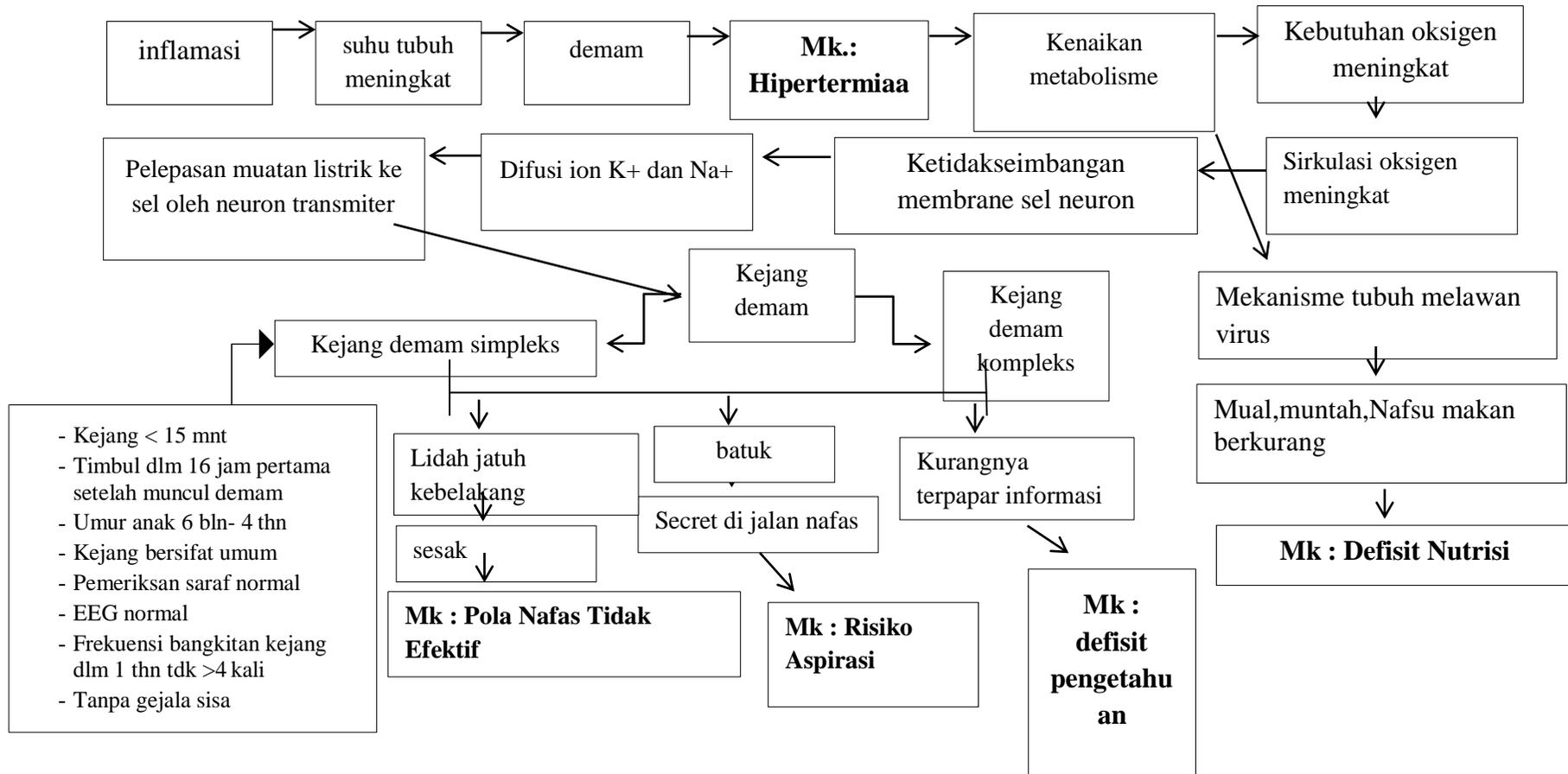
- a) Perubahan konsentrasi ion diruang ekstraselular
- b) Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme, kimiawi atau aliran listrik disekitarnya
- c) Perubahan patofisiologi dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan

Pada keadaan demam kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15 % dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada anak 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa hanya 15%. Oleh karena itu kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium 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. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu.

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Tetapi kejang demam yang berlangsung lama

(lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatkanya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian diatas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang (Lestari, 2016 & Ngastiyah, 2012).

2.1.6 Woc (Web Of Caution)



Sumber : (Lestari, 2016 & Ngastiyah, 2012)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Pudiastuti (2011) pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu :

1. EEG (electroencephalogram) adalah pemeriksaan gelombang otak untuk meneliti ketidaknormalan gelombang. Pemeriksaan ini tidak dianjurkan untuk dilakukan pada kejang demam yang baru terjadi sekali tanpa adanya defisit (kelainan) neurologis. Walaupun dapat diperoleh gambaran gelombang yang abnormal setelah kejang demam, gambaran tersebut tidak bersifat prediktif terhadap risiko berulangnya kejang demam atau risiko epilepsi.
2. Pungsi lumbal merupakan pemeriksaan cairan yang ada di otak dan kanal tulang belakang (cairan serebrospinal) untuk meneliti kecurigaan meningitis. Pemeriksaan ini dilakukan setelah kejang demam pertama pada bayi (usia <12 bulan) karena gejala dan tanda meningitis pada bayimungkin sangat minimal atau tidak tampak. Pada anak dengan usia >18 bulan, fungsi lumbal dilakukan jika tampak tanda peradangan selaput otak, atau ada riwayat yang menimbulkan kecurigaan infeksi system saraf pusat.
3. Neuroimaging Pemeriksaan neuroimaging antara lain adalah CT-scan dan MRI kepala. Pemeriksaan ini tidak dianjurkan pada kejang demam yang baru terjadi untuk pertama kalinya.
4. Pemeriksaan Laboratorium Pemeriksaan laboratorium harus ditujukan untuk mencari sumber demam, bukan sekedar sebagai

pemeriksaan rutin. Pemeriksaannya meliputi pemeriksaan darah ruti, kadar elektrolit, kalsium, fosfor, magnesium, atau gula darah

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang pada kejang demam yaitu:

- a. Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah tepi lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan berarti
- b. Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Indikasi lumbal pungsi pada pasien dengan kejang demam meliputi :
 - 1) Bayi kurang dari 12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala meningitis sering tidak jelas
 - 2) Bayi antara 12 bulan dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali bukan meningitis
- c. Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas
- d. Pemeriksaan foto kepala, CT-scan, dan/atau tidak dianjurkan pada anak tanpa ada kelainan *neurologist* karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organik di otak.

2.1.8 Tindakan Medis

Penanganan terhadap kejang demam dapat dilakukan dengan tindakan farmakologis, tindakan non farmakologis maupun kombinasi keduanya. Tindakan farmakologis yaitu memberikan obat antipiretik. Sedangkan tindakan non farmakologis yaitu tindakan tambahan dalam menurunkan panas setelah pemberian obat antipiretik. Tindakan non farmakologis antara lain memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres hangat (Rahmasari & Lestari, 2018)

2.1.9 Penatalaksanaan

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

- a. Pengobatan saat terjadi kejang
 1. Pemberian *diazepam suppositoria* pada saat kejang sangat efektif dalam menghentikan kejang. Dosis pemberian : 5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun atau dosis 7,5 mg untuk anak kurang dari 3 tahun, 5 mg untuk BB kurang dari 10 kg dan 10 mg untuk anak dengan BB kurang dari 10 kg.
 2. *Diazepam intravena* juga dapat diberikan dengan dosis sebesar 0,2-0,5 mg/kgBB. Pemberian secara perlahan-lahan dengan kecepatan 0,5-1 mg per menit untuk menghindari depresi pernafasan. Bila kejang berhenti sebelum obat habis, hentikan penyuntikan. *Diazepam* dapat

diberikan 2 kali dengan jarak 5 menit bila anak masih kejang. *Diazepam* tidak dianjurkan diberikan per IM (intra muscular) karena tidak diabsorpsi dengan baik.

3. Bila tetap masih kejang, berikan *fenitoin* per IV sebanyak 15 mg/kgBB perlahan-lahan. Kejang yang berlanjut dapat diberikan *fenobarbital* 50 mg IM dan pasang ventilator bila perlu.

b. Setelah kejang berhenti

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

1) Antipiretik

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

2) Antikonvulsan

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

c. Bila kejang berulang

Berikan obat rumatan dengan *fenobarbital* atau *asam valproate* dengan dosis *asam valproate* 15-40 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis, sedangkan

fenobarbital 3-5 mg/kgBB/hari dibagi dalam 2 dosis. Indikasi untuk diberikan rumatan adalah :

- 1) Kejang lama lebih dari 15 menit
- 2) Anak mengalami kelainan *neurologis* yang nyata sebelum dan sesudah kejang misalnya *hemiparese, cerebral palsy, hidrocefalus*
- 3) Kejang fokal
- 4) Bila ada keluarga sekandung yang mengalami epilepsi

Disamping itu, terapi rumatan dapat dipertimbangkan untuk

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

Tindakan Non Farmakologi

Tindakan non farmakologis antara lain memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres hangat (Rahmasari & Lestari, 2018)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian data fokus pengkajian sesuai

Menurut Riyadi dan Sukarmin (2013) berikut pengkajian pada pasien kejang demam :

a. Data subyektif

1. Biodata/Identitas

Biodata anak mencakup nama, umur (usia 6 bulan - 4 tahun), jenis

kelamin. Biodata orang tua perlu dipertanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, alamat.

2. Keluhan utama

Keluhan yang menonjol pada pasien Kejang Demam adalah panas tinggi dan kejang.

3. Riwayat Penyakit

a) Riwayat penyakit sekarang :

Anak/bayi tersebut panasnya tinggi, kejang disertai dengan sesak nafas yang terjadi secara tiba-tiba atau mendadak.

b) Apakah disertai demam

Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang,

c) Lama serangan

Lama bangkitan kejang, kita dapat mengetahui kemungkinan respon terhadap prognosa dan pengobatan.

d) Pola serangan

1) pola serangan apakah bersifat umum, fokal, tonik, klonik ?

2) Apakah serangan berupa kontraksi sejenak tanpa hilang kesadaran seperti *epilepsi mioklonik* ?

3) Apakah serangan berupa tonus otot hilang sejenak disertai gangguan kesadaran seperti *epilepsi akinetik* ?

- 4) Apakah serangan kepala dan tubuh mengadakan flexi dan tangan naik sepanjang kepala, seperti pada spasme infantile ? Pada kejang demam sederhana kejang ini bersifat umum.
- e) Frekuensi serangan
- Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali, dan berapa frekuensi kejang per tahun.
- f) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan
- Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah yang dapat menimbulkan kejang, misalnya lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada *paralise*, menangis dan sebagainya ?
- g) Riwayat penyakit sekarang yang menyertai
- Apakah muntah, diare, trauma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dan lain-lain.
- h) Riwayat penyakit dahulu
- 1) Sebelum penderita mengalami serangan kejang ini ditanyakan apakah penderita pernah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat kejang terjadi untuk pertama kali ?

2) Apakah ada riwayat trauma kepala, radang selaput otak, KP, OMA dan lain-lain.

i) Riwayat kehamilan dan persalinan

Keadaan ibu sewaktu hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil. Riwayat trauma, perdarahan pervaginam sewaktu hamil, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (*forcep/vakum*), perdarahan *ante partum*, *asfiksia* dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak dan kejang-kejang.

j) Riwayat imunisasi

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

k) Riwayat perkembangan

Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi :

- 1) Personal sosial (kepribadian/tingkah laku sosial) : berhubungan dengan 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.

- 3) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
 - 4) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.
- l) Riwayat kesehatan keluarga.
- 1) Adakah anggota keluarga yang menderita kejang (+ 25 % penderita kejang demam mempunyai faktor turunan)
 - 2) Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit syaraf atau lainnya?
 - 3) Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.
- m) Riwayat sosial
- 1) Untuk mengetahui perilaku anak dan keadaan emosionalnya perlu dikaji siapakah yang mengasuh anak ?
 - 2) Bagaimana hubungan dengan anggota keluarga dan teman sebayanya ?
- n) Pola kebiasaan dan fungsi kesehatan
- 1) Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit bagaimana ?
 - 2) Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi :
 - a. Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat

- b. Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis ?
- c. Bagaimana pandangan terhadap penyakit yang diderita, pelayanan kesehatan yang diberikan, tindakan apabila ada anggota keluarga yang sakit, penggunaan obat-obatan pertolongan pertama.

o) Pola nutrisi

Di pola ini biasanya pada anak kejang demam tidak ada masalah kecuali kalau tidak mau makan.

- 1) Untuk mengetahui asupan kebutuhan gizi anak. Ditanyakan bagaimana kualitas dan kuantitas dari makanan yang dikonsumsi oleh anak ?
- 2) Makanan apa saja yang disukai dan yang tidak ? Bagaimana selera makan anak ? Berapa kali minum, jenis dan jumlahnya per hari ?

p) Pola eliminasi

Di pola ini biasanya pada anak kejang tidak ada masalah.

- 1) Buang Air Kecil (BAK) : ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara *makroskopis* ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apakah terdapat darah ? Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing.

2) Buang Air Besar (BAB) : ditanyakan kapan waktu BAB, teratur atau tidak ? Bagaimana konsistensinya lunak, keras, cair atau berlendir ?

q) Pola aktivitas dan latihan

1) Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya ?

2) Berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam ?

3) Aktivitas apa yang disukai ?

r) Pola tidur/istirahat

1) Berapa jam sehari tidur ?

2) Berangkat tidur jam berapa ?

3) Bangun tidur jam berapa ?

4) Kebiasaan sebelum tidur, bagaimana dengan tidur siang ?

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

Pertama kali perhatikan keadaan umum vital : tingkat kesadaran, tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Pada kejang demam sederhana akan didapatkan suhu tinggi sedangkan kesadaran setelah kejang akan kembali normal seperti sebelum kejang tanpa kelainan neurologi.

2) Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Adakah tanda-tanda mikro atau *makrosepali* ? Adakah *dispersi* bentuk kepala ? Adakah tanda-tanda kenaikan tekanan intrakranial ?

2) Muka/ wajah

Paralisis pasial menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paralisis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehingga wajah tertarik ke sisi sehat. Adakah tanda *risus sardonius*, *opisthotonus*, *trismus* ?
Apakah ada gangguan nervus cranial ?

3) Mata

Saat serangan kejang terjadi dilatasi pupil, untuk itu periksa pupil dan ketajaman penglihatan. Bagaimana keadaan sklera dan konjungtiva ?

4) Telinga

Periksa fungsi telinga, kebersihan telinga serta tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, keluar cairan dari telinga, berkurangnya pendengaran.

5) Hidung

Apakah ada pernapasan cuping hidung ? Polip yang menyumbat jalan napas ? Apakah keluar sekret, bagaimana konsistensinya, jumlahnya?

6) Mulut

Adakah sianosis ? Bagaimana keadaan lidah ? Adakah stomatitis ? Berapa jumlah gigi yang tumbuh ? Apakah ada caries gigi ?

7) Tenggorokan

Adakah tanda-tanda peradangan tonsil ? Adakah ada tanda-tanda infeksi faring, cairan eksudat ?

8) Leher

Adakah tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid ?

Adakah pembesaran vena jugularis ?

9) Thorax

Pada inspeksi, amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernapasan, frekwensinya, irama, kedalaman, adakah retraksi intercostalis ? Pada auskultasi, adakah suara napas tambahan ?

10) Jantung

Bagaimana keadaan dan frekuensi jantung serta iramanya ?

Adakah bunyi tambahan ? Adakah bradikardi atau tachycardia ?

11) Abdomen

Adakah distensia abdomen serta kekakuan otot pada abdomen ?

Bagaimana turgor kulit dan peristaltik usus ? Adakah tanda meteorismus ? Adakah pembesaran lien dan hepar ?

12) Kulit

Bagaimana keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya ?

Apakah terdapat oedema hemangioma ? Bagaimana keadaan turgor kulit ?

13) Ekstremitas

Apakah terdapat oedema, atau paralise terutama setelah terjadi kejang? Bagaimana suhunya pada daerah akral ?

14) Genetalia

Adakah kelainan bentuk oedema, sekret yang keluar dari vagina, tanda-tanda infeksi.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Berikut adalah uraian dari masalah yang timbul bagi klien menurut (Ngastiyah 2012 dan lestari 2016 :

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, dan aktivitas berlebih
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis, depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas, imaturitas neurologis, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi dan efek agen farmakologi
3. Risiko Aspirasi berhubungan dengan Terdapat Gangguan Menelan, penurunan reflek muntah, disfagia, efek agen farmakologis,

dan ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernafas,Peningkatan Tekanan Intragastrik

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi,ketidakmampuan menemukan sumber informasi,kurang mampu mengingat,dan keterbatasan kognitif.
5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan,Ketidakmampuan mencerna makanan,Peningkatan metabolisme,dan Faktor Psikologis

2.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (PPNI, 2018)

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi keperawatan		Rasionalisasi
		Kriteria hasil	Intervensi	
1	Hipertermia berhubungan dengan proses Penyakit, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, ketidakseuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, dan aktivitas berlebih	Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Tingkat Hipertermia Dapat Teratasi Dengan Kriteria Hasil: -Kejang Menurun -Suhu Tubuh Membaik -Suhu Kulit Membaik -Hipoksia Untuk Mengetahui	Observasi 1. Identifikasi Penyebab Hipertermia 2. Monitor Suhu Tubuh 3. Monitor Komplikasi Akibat Hipertermia Teraupetik 4. Melakukan Teknik Kompres Hangat 5. Sediakan Lingkungan 6. Basahi Dan Kipasi Permukaan Tubuh 7. Berikan Cairan Oral 8. Lakukan Pendinginan Eksternal 9. Berikan Oksigen Jika Perlu Edukasi 10. Anjurkan Tirah Baring Kolaborasi Kolaborasi Pemberian Cairan Dan Elektrolit Intravena Jika Perlu	Observasi 1. Untuk Mengetahui Penyebab Hipertermia 2. Untuk Mengetahui Suhu Tubuh 3. Untuk Mengetahui Komplikasi Akibat Hipertermia Teraupetik 4. Untuk melakukan tindakan kompres hangat 5. Untuk Sediakan Lingkungan 6. Untuk

				<p>Mengajarkan Basahi Dan Kipasi</p> <p>Permukaan Tubuh</p> <p>7. Untuk Berikan Cairan Oral</p> <p>8. Untuk Melakukan Pendinginan Eksternal</p> <p>9. Untuk Berikan Oksigen Jika Perlu</p> <p>Edukasi Menganjurka n Tirah Baring</p> <p>Kolaborasi 10.Kolaboras i Pemberian Cairan Dan Elektrolit Intravena Jika Perlu.</p>
--	--	--	--	---

2	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis, depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas, imaturitas neurologis, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi dan	Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Pola Nafas Dapat Teratasi Dengan Kriteria Hasil: -Frekuensi Napas Membaik -Kedalaman Napas Membaik -Dispenea Menurun	Observasi 1. Monitor Pola Nafas 2. Monitor Bunyi Nafas Tambahan 3. Monitor Sputum Teraupetik 4. Posisikan Seni Fowler Atau Fowler 5. Berikan Minum Hangat 6. Lakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik 7. Berikan Oksigen Jika Perlu Edukasi 8. Anjurkan Asupan Cairan 2000 ml/Hari, Jika Tidak Kontraindikasi Kolaborasi 9. Kolaborasi Pemberian Bronkodilator, Ekspektoran, Mukolitik, Jika Perlu	1. Untuk Mengetahui Pola Nafas 2. Untuk Mengetahui Bunyi Nafas Tambahan 3. Untuk Mengetahui Sputum Pasien Edukasi 4. Untuk Posisikan Seni Fowler Atau Fowler 5. Untuk Berikan Minum 6. Untuk Lakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik 7. Agar Berikan Oksigen Jika Perlu
---	---	---	---	---

	efek agen farmakologi			
3	Risiko Aspirasi berhubungan dengan Terdapat Gangguan Menelan, penurunan reflek muntah, disfagia, efek agen farmakologis, dan ketidakmampuan koordinasi menghisap, menelan dan bernafas, Peningkatan tekanan	Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Resiko Aspirasi Dapat Teratasi Dengan Kriteria Hasil: -Kemampuan Menelan Meningkatkan -Kebersihan Mulut Meningkatkan -Dispnea Menurun -Sianosis Menurun -Gelisah Menurun	Observasi 1. Monitor Pola Nafas 2. Monitor Bunyi Nafas Tambahan 3. Monitor Sputum Teraupetik 4. Posisikan Seni Fowler Atau Fowler 5. Berikan Minum Hangat 6. Lakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik 7. Berikan Oksigen Jika Perlu Edukasi 8. Anjurkan Asupan Cairan 2000 ml/Hari, Jika Tidak Kontraindikasi Kolaborasi - 9. Kolaborasi Pemberian Bronkodilator, Ekspektoran, Mukolitik, Jika Perlu	1. Untuk Mengetahui Pola Nafas 2. Untuk Mengetahui Bunyi Nafas Tambahan 3. Untuk Mengetahui Ada Sputum Teraupetik 4. Meposisikan Seni Fowler Atau Fowler 5. Meberikan Minum Hangat 6. Melakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik 7. Meberikan Oksigen Jika Perlu Edukasi

	intragastrik			8. Meanjurkan Asupan Cairan 2000 MI/Hari, Jika Tidak Kontraindikasi Kolaborasi 9. Kolaborasi Pemberian Bronkodilator, Ekspektoran, Mukolitik, Jika Perlu
4	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurang mampu mengingat, ketidaktahuan menemukan sumber	setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan meningkat : - Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) - Pertanyaan tentang masalah yang dialami menurun (5) Persepsi yang dikeliru terhadap masalah menurun	observasi 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat terapeutik 3. Sediakan materi dan media penkes 4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan	observasi 1. untuk Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. untuk Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku

	informasi , keterbatasan kognitif	(5)	<p>5. Berikan kesempatan untuk bertanya edukasi</p> <p>6. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>	<p>hidup bersih dan sehat terapeutik</p> <p>3. untuk Sediakan materi dan media penkes</p> <p>4. untuk Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5. untuk Berikan kesempatan untuk bertanya edukasi</p> <p>6. jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7. ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
5	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan tindakan	<p>Observasi</p> <p>1. identifikasi status</p>	<p>Observasi</p> <p>1. untuk</p>

	berhubun gan dengan faktor psikologi , ketidakm ampuan menelan makanan, ketidakm ampuan mencerna makanan, ketidakm ampuan mengabs orpsi nutrisi, peningka tan metabolis m dan keenggan an untuk makan	keperawatan diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil: -nafsu makan membaik -nyeri abdomen menurun -membran mukosa membaik	nutrisi 2. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.monitor asupan makanan 4. monitor berat badan Teraupetik 5 lakukan oral hygiene sebelum makan ,jika perlu 6 berika suplemen mkanan jika perlu Edukasi 7.Anjurkan posisi duduk,jika perlu Kolaborasi 8.kolabprasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan ,jika perlu -	mengetahui status nutrisi 2.untuk memenuhi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 3.untuk mengetahui asupan makanan 4.untuk mengetahui berat badan Teraupetik 5. Agar melakukan oral hygiene sebelum makan ,jika perlu 6. Agar memberikan suplemen mkanan jika perlu Edukasi 7.Anjurkan posisi duduk,jika perlu
--	--	--	---	---

				Kolaborasi 8.kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan
--	--	--	--	--

Sumber : Ngastiyah 2012 dan lestari 2016 : Tim pokja SDKI PPNI (2017)

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut Budiono (2015) Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dengan mengikut sertakan pasien dan keluarganya.

2.2.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Budiono (2015) Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatannya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan.

Teknik penulisan SOAP adalah sebagai berikut :

1) S (Subjective) :

Bagian ini meliputi data subjektif atau informasi yang didapatkan dari klien setelah mendapatkan tindakan, seperti klien menguraikan gejala sakit atau menyatakan keinginannya untuk mengetahui tentang pengobatan.

2) O (Objective) :

Informasi yang didapatkan berdasarkan hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan perawat setelah tindakan.

3) A (Assesment) :

Membandingkan antara informasi subjektif & objektif dengan tujuan & kriteria hasil yang kemudian dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah teratasi, masalah teratasi sebagian, atau masalah tidak teratasi

4) P (Planning) :

Perencanaan bergantung pada pengkajian situasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Rencana dapat meliputi instruksi untuk mengatasi masalah klien

2.3 Konsep Implementasi Utama Keperawatan

2.3.1 Pengertian

Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Masruroh, Hartini, & Astuti, 2017). Penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Purwanti & Ambarwati, 2008) menunjukkan bahwa kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi. Windawati (2020)

2.3.2 Tujuan

1. Meningkatkan kontrol kehilangan panas tubuh melalui penguapan.
2. Memberikan rasa nyaman.
3. Menurunkan suhu tubuh yang demam.

2.3.3 Manfaat

Pemberian terapi Kompres Hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses penguapandan dapat memperlancar sirkulasi darah, sehingga darah akan mengalir dari organ dalam kepermukaan tubuh dengan membawa panas. Kulit memiliki banyak pembuluh darah, terutama tangan, kaki , dan telinga. Aliran darah melalui kulit dapat mencapai 30% dari darah yang dipompakan ke jantung. Kemudian panas berpindah dari darah melalui dinding pembuluh darah kepermukaan kulit dan hilang lingkungan sehingga terjadi penurunan suhu tubuh (Potter & Perry, 2011)

2.3.4 Sop Tindakan Kompres Hangat

A. Pengertian kompres hangat

Kompres pada area yang memiliki pembuluh darah besar menggunakan air hangat

B. Tujuan

1. Menurunkan suhu tubuh
2. Memberikan kenyamanan
3. Mencegah terjadinya kejang demam.

C. Persiapan alat

1. Termometer
2. Sarung tangan
3. Perlak
4. Selimut mandi
5. Waslap

6. Baskom berisi air
7. Termos berisi air panas
8. Termometer air

D. Prosedur pelaksanaan

1. Jelaskan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
2. Dekatkan peralatan ke tempat tidur klien
3. Tutup jendela gordena untuk menjaga privasi
4. Cuci tangan
5. Kenakan sarung tangan
6. Ukur suhu tubuh klien
7. Tuangkan air panas ke dalam baskom berisi air hingga suhu air mencapai 40-46°C (diukur menggunakan termometer air)
8. Pasangkan perlak dibawah area yang akan dikompres
9. Pasang selimut mandi
10. Buka pakaian klien di area yang akan dikompres
11. Celupkan waslap ke dalam baskom dan peras
12. Letakkan waslap tersebut di aksila dan inguinal klien, baik kanan maupun kiri. ulangi prosedur tersebut beberapa kali jika waslap sudah dingin
13. Kaji perubahan suhu tubuh setiap 15-20 menit
14. Hentikan prosedur jika suhu tubuh mendekati normal
15. Rapikan peralatan
16. Lepaskan sarung tangan

17. Bantu klien merapikan pakaian dan tempat tidurnya
18. Kaji kenyamanan klien
19. Cuci tangan
20. Dokumentasi tindakan yang dilakukan

Sumber : Eni kusyati (2014)

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas Klien

A. Identitas Klien

1. Nama>Nama panggilan : An. Z
2. Tempat tgl lahir/usia : Batu Panco, 20 juli 2020 / 1 th 10 bulan
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : Belum Sekolah
6. Alamat : Talang Rimbo
7. Tgl masuk : 24 Mei 2022
8. Tgl pengkajian : 24 Mei 2022
9. Diagnosa medic

B. Identitas Orang tua

1. Ayah

- a. Nama : Tn. P
- b. Usia : 33 th
- c. Pendidikan : SMP
- d. Pekerjaan : Pedagang
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Talang Rimbo

2. Ibu

- a. N a m a : Ny. B
- b. U s i a : 34 th
- c. Pendidikan : SMP
- d. Pekerjaan : IRT
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Talang Rimbo

C. Identitas Saudara Kandung

Tabel 3.1 Identitas Saudara Kandung

No	Nama	U S I A	Hubungan	Status Kesehatan
1.	An.G	12 th	Saudara Kandung	Sehat
2.	An .G	8 th	Saudara Kandung	Memiliki riwayat penyakit Tipes

3.1.2 Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang :

1). Keluhan Utama :

Klien datang dengan keluhan Demam \pm 2 hari, panas tinggi, dan kejang.

2). Riwayat Keluhan Utama :

Klien datang ke ruangan IGD pada tanggal 24 Mei 2022 pada pukul 03: 15 Wib, demam klien sering naik turun ,kejang (+), mual muntah (+), pusing (+), dan, Pemeriksaan tanda – tanda vital Suhu :

38,2 , Spo2 : 95% , Nadi : 110 x/menit, Rr : 25 x/menit

3). Keluhan Pada Saat Pengkajian :

Klien datang keruangan Mawar dari IGD pada tanggal 24 Mei 2022 Jam 08:30 WIB. Pada saat pengkajian diruangan rawat inap Mawar di dapatkan keluhan : Ibu klien mengatakan Demam klien sering naik turun, ibu klien mengatakan klien sudah demam 2 hari, mual muntah (+), pusing (+), Kejang (+), Batuk pilek (+), Nafsu makan berkurang (+), Pemeriksaan tanda – tanda vital Suhu : 37,5 , Spo2 : 98% , Nadi : 120 x/menit, Rr : 23 x/menit.

b. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0-5 Tahun)

1. Prenatal care

- a) Ibu memeriksa kehamilannya setiap minggu di : Bidan
- b) Riwayat berat badan selama hamil : 68 kg
- c) Riwayat imunisasi TT : Pernah
- d) Golongan darah ibu: A, Golongan darah Ayah: A

2. Natal

- a) Tempat melahirkan : Bidan
- b) Jenis Persalinan : Normal
- c) Penolong Persalinan : Bidan

3. Post natal

- a) Kondisi bayi sehat dan tidak ada kelainan saat lahir
- b) Anak saat lahir tidak mengalami kelainan apapun

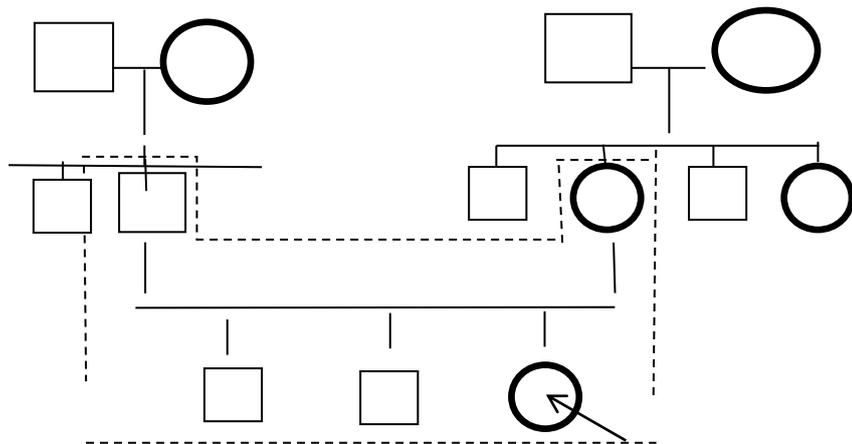
4. Ibu klien mengatakan pasien pernah demam dan mencret tetapi tidak

sampai masuk rumah sakit hanya dibawa ke puskesmas terdekat, An.z belum pernah mengalami sakit parah seperti sekarang, biasanya sakit tapi tidak sampai dirawat seperti sekarang.

5. Riwayat kecelakaan :Ibu pasien mengatakan An.Z tidak pernah mengalami kecelakaan.
6. Riwayat mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa anjuran dokter tidak ada dan tidak pernah menggunakan zat atau substansi yang berbahaya.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

☒ Genogram :



- Ket :
- : Perempuan
 - : laki-laki
 - x : Meninggal
 - : Satu rumah
 - : Penghubung
 - ← : klien

Ket:

- Ayah klien merupakan anak kedua dari 2 bersaudara
- ibu klien merupakan anak kedua dari 4 bersaudara

- klien tinggal bersama orang tua

d. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

Tabel 3.2 Imunisasi Lengkap

NO	Jenis imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi setelah pemberian	Frekuensi
1.	BCG	Usia 2 bulan	1x	Demam	1x
2.	Polio (I,II,III,IV)	Baru lahir 1,2,3,4	4x	-	4x
3.	Campak	9 bulan	1x	Demam	1x
4.	Hepatitis	1 hari	1x	-	1x

e. Riwayat tumbuh kembang

A. Pertumbuhan fisik

1. Berat badan : 11 kg
2. Tinggi badan : 75 cm.

B. Perkembangan Tiap tahap

Usia anak saat : 1 tahun 10 Bulan

1. Berguling : 3 bulan
2. Duduk : 5 bulan
3. Merangkak : 7 bulan
4. Berdiri : 9 bulan
5. Berjalan : 1 tahun
6. Bicara pertama kali : 1 tahun dengan menyebutkan : ibu

f. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI

ASI eksklusif dan tambahan susu formula

B. Pemberian susu formula

Susu formula sejak anak umur 6 bulan

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Tabel 3.3 Pemberian susu formula sejak anak umur 6 bulan

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
Lahir - 6 bulan	ASI Eksklusif	6 bulan
6-9 bulan	Bubur	3 bulan
9-12 bulan	Nasi Tim	3 bulan
12- sekarang	Nasi Biasa	12 bulan

g. Riwayat Psikososial

- a. Anak tinggal bersama : Orang tua dan saudara dirumahnya
- b. Lingkungan berada di : Talang Rimbo padat penduduk karena lingkungan rumah dipenuhi rumah
- c. Rumah dekat dengan : Tetangga
- d. Kamar klien : Klien tidur dengan orang tua
- e. Rumah ada tangga : Tidak
- f. Hubungan antar anggota keluarga : Harmonis

h. Riwayat Spiritual

- a. Support sistem dalam keluarga : Baik
- b. Kegiatan keagamaan : klien beragama islam dan dirumah di ajarkan tentang agama

i. Reaksi Hospitalisasi

A. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

- a. Ibu membawa anaknya ke RS karena sudah demam 2 hari.
- b. Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : iya
- c. Perasaan orang tua saat ini : cemas
- d. Orang tua selalu menemani pasien dirumah sakit.
- e. Yang akan tinggal dengan anak : Ibu, ayah dan kakak bergantian utnuk tinggal bersama di RS

B. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap

Keluarga mengatakan An. Z tidak memahami tentang penyakitnya.

j. Aktivitas sehari-hari

Tabel 3.4 Aktivitas Sehari - Hari

KONDISI	SEBELUM SAKIT	SAAT SAKIT
Nutrisi 1. Selera makan 2. Jenis 3. Frekuensi 4. Porsi	Baik Nasi, lauk 3x/hari 1 porsi	Kurang Diit dari Rs Tidak menentu ½ porsi
Cairan 1. Jenis minuman 2. Frekuensi minum 3. Kebutuhan cairan 4. Cara pemenuhan	Air putih dan susu 6-8 kali 2000cc/hari Menggunakan gelas	Air putih dan susu 4-5 kali 800 cc/ hari Menggunakan gelas

Eliminasi 1. Tempat pembuangan 2. Frekuensi (waktu) 3. Konsistensi 4. Kesulitan 5. Obat pencahar	Pampes Bab 1x/hari Bak 4-6x/hari lembek tidak ada tidak ada	pampes Belum ada bab selama dirs Bak 2-4x/hari belum BAB tidak ada
Istirahat Tidur 1. Jam tidur - Siang - Malam 2. Pola tidur 3. Kebiasaan sebelum tidur 4. Kesulitan tidur	2-3 jam 8 jam Teratur minum susu dan menonton Tidak ada	1-2 jam 8 jam Tidak ada minum susu Tidak ada
Personal Hygiene 1. Mandi 2. Cuci rambut 3. Gunting kuku 4. Gosok gigi	2x /hari 1x/hari 1x/ minggu 2x /hari	Dilap Belum pernah cuci rambut Belum pernah gunting kuku 1x/hari

3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : Tampak lemah
2. Kesadaran : Composmentis
3. Tanda – tanda vital
 - a. Denyut nadi : 120x / menit
 - b. Suhu : 37,5° C
 - c. Pernapasan : 23 x/ menit
4. Berat Badan : 11 Kg
5. Tinggi Badan : 75cm
6. Kepala

Inspeksi

- Keadaan rambut & Hygiene kepala : bersih
- a. Warna rambut : Hitam
- b. Penyebaran : merata
- c. Mudah rontok : Tidak
- d. Kebersihan rambut : bersih

Palpasi

- Benjolan : Tidak ada
- Nyeri tekan : Tidak ada
- Tekstur rambut : Halus

7. Muka

Inspeksi

- a. Simetris / tidak : Simetris
- b. Bentuk wajah : Bulat
- c. Gerakan abnormal : Tidak ada
- d. Ekspresi wajah : Tidak ada

Palpasi

- Nyeri tekan / tidak : Tidak ada
- Data lain : Tidak ada

8. Mata

Inspeksi

- a. Pelpebr : Tidak Radang
- b. Sclera : An ikterik

- c. Conjunctiva : An Anemis
- d. Pupil : - Isokor
- Refleks pupil terhadap cahaya : Ada
- e. Posisi mata :
Simetris / tidak : Simetris
- f. Gerakan bola mata : Normal
- g. Penutupan kelopak mata : Normal
- h. Keadaan bulu mata : Merata
- i. Penglihatan : Normal

Palpasi

Tekanan bola mata : Tidak ada nyeri.

9. Hidung

Inspeksi

- a. Posisi hidung : Normal
- b. Bentuk hidung : Simetris
- c. Keadaan septum : Tidak ada peradangan
- d. Secret / cairan : Terdapat secret

10. Telinga

- a. Posisi telinga : Normal
- b. Ukuran / bentuk telinga : Simetris
- c. Lubang telinga : Bersih
- d. Pemakaian alat bantu : Tidak ada

palpasi

nyeri tekan : tidak ada

11. Mulut

Inspeksi

a. Gigi

- Keadaan gigi : Bersih
- Karang gigi / karies : Tidak ada

b. Gusi

Merah / radang / tidak : Tidak ada peradangan

c. Lidah

Kotor / tidak : Tidak ada kotoran

d. Bibir

- Cianosis / pucat / tidak : Pucat
- Basah / kering / pecah : Kering
- Mulut berbau / tidak : Tidak
- Kemampuan bicara : Normal

12. Tenggorokan

a. Nyeri tekan : tidak ada

b. Nyeri menelan : tidak ada

13. leher

inspeksi

kelenjar thyroid : tidak membesar

palpasi

a. Kelenjar thyroid : Tidak ada pembesaran

- b. Kaku kuduk / tidak : Tidak
- c. Kelenjar limfe : Tidak ada pembesaran

14. Thorax dan pernapasan

Inspeksi

- a. Bentuk dada : Simetris
- b. Irama pernafasan : Normal
- c. Pengembangan di waktu bernapas : Simetris
- d. Tipe pernapasan : Normal

Data lain : Tidak ada

Palpasi

- a. Vokal fremitus : Tidak ada
- b. Massa / nyeri : Tidak ada

Auskultasi

- a. Suara nafas : Vesikuler
- b. Suara tambahan : Tidak ada

15. Abdomen

inspeksi

- a. Membuncit : Tidak ada
- b. Ada luka / tidak : Tidak ada

Palpasi

- a. Hepar : Tidak ada

pembesaran

- b. Limfa : Tidak ada

pembesaran

c.Nyeri tekan : Tidak ada

Auskultasi

Peristaltik : 15x/m

16. Genitalia dan Anus : Ada

17. Ekstremitas

Ekstremitas Atas

Inspeksi

- Turgor kulit : baik

Motorik

- Pergerakan kanan / kiri : Normal

- Pergerakan abnormal : Tidak ada

- Kekuatan otot kanan / kiri :

Kiri : normal.

Kanan : Terpasang infus dibagian tangan klien

- Tonus otot kanan / kiri : Baik

- Koordinasi gerak : Terkendali

Bawah

Motorik

- Gaya berjalan : Normal

- Kekuatan kanan / kiri : baik

- Tonus otot kanan / kiri : Baik

3.1.4 Penatalaksanaan

Tabel 3.5 Hasil laboratorium

pada tanggal 24 Mei 2022

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
Hemoglobin	11,6	g/dl	11,7-17,3
Leukosit	7.500	U1	3.600-10.600
Eritrosit	4,29	Juta/ul	3,8-5,9
Trombosit	278.000	U1	150.000-440.000
Diff Count	0/2/0/53/26/9	%	0-1/2-4/3-5/50-70/25-40
Hemaktokrit	33	%	35-52
Natrium	134	mmol/L	136-145
Kalium	4,4	mmol/L	3,5-5,1
Chlorida	104	mmol/L	98-107

i. Terapi saat ini

Nama : An. Z

Ruangan : Mawar RSUD Curup

Tabel 3.3 Terapi Obat

No	Tanggal	Nama obat	Dosis obat
1	24 Mei 2022	IVFD D5 1/4 9,5 CC/menit Paracetamol fles 180 mg / 4-6 jam Diazepam sirup 5 mg jika kejang kembali dan Tablet Diazepam 1 mg	3x1 4x1 3x1

2	25 Mei 2022	IVFD D5 1/4 9,5 CC/menit Paracetamol fles 180 mg / 4-6 jam Tablet Diazepam 1 mg Rhinos sirup Amoxan sirup	3x1 3x1/2 3x1
3	26 Mei 2022	Paracetamol syrup Tablet Diazepam 1 mg Rhinos sirup Amoxan sirup	3x1 3x1/2 3x1

3	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan bahwa ia tidak mengetahui bahwa anaknya kejang - ibu klien mengatakan ia tidak mengetahui cara penanganan saat An. Z kejang demam <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu an.z tampak bingung - Ibu An. Z tampak selalu bertanya mengenai keadan anaknya. - suhu tubuh klien 37,5 - Nadi 120 x/menit - RR: 23x/menit 	<p>Kurangnya terpapar Informasi (Mengenai Kejang Demam)</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>
4	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Porsi makan yang dihabiskan ½ dari diit yang diberikan dari Rs -klien tampak lemas 	<p>Faktor Fisiologis</p>	<p>Defisit Nutrisi</p>

3.2 Diagnosa keperawatan

Nama : An.Z

Dx : Kejang Demam

Umur : 1 Tahun 10 bulan

Ruangan : Mawar

No RM : 236254

No	Ditemukan	Teratasi	Diagnosa
1	24 Mei 2022	24 Mei 2022	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit
2	24 Mei 2022	26 Mei 2022	Risiko Aspirasi berhubungan dengan Peningkatan Tekanan intragastrik
3	24 Mei 2022	26 Mei 2022	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar

			Informasi (Mengenai Kejang Demam)
4	24 Mei 2022	26 Mei 2022	Defisit Nutrisi berhubungan dengan Faktor Fisiologis

3.3 Intervensi Keperawatan

Nama : An.Z Dx :Kejang Demam

Umur : 1 tahun 10 bulan Ruangan : Mawar

No RM : 236254

Tabel 3.7 intervensi keperawatan

No	Diagnosa	Intervensi Keperawatan	
		Kriteria Hasil	Intervensi
1	Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit	Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Tingkat Hipertermia Dapat Teratasi Dengan Kriteria Hasil: -Kejang Menurun (5) -Suhu Tubuh Membaik (5) -Suhu Kulit Membaik (5)	Observasi 1. Identifikasi Penyebab Hipertermia 2. Monitor Suhu Tubuh 3. Monitor Komplikasi Akibat Hipertermia Teraupetik 4. Melakukan Teknik Kompres Hangat 5. Sediakan Lingkungan 6. Basahi Dan Kipasi Permukaan Tubuh 7. Berikan Cairan Oral 8. Lakukan Pendinginan Eksternal 9. Berikan Oksigen Jika Perlu Edukasi 10. Anjurkan Tirah Baring Kolaborasi Kolaborasi Pemberian Cairan Dan Elektrolit Intravena Jika Perlu
2	Risiko Aspirasi berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intragastrik	Setelah Dilakukan Tindakan Keperawatan Diharapkan Resiko Aspirasi Dapat Teratsi Dengan Kriteria Hasil: -Kemampuan Menelan Meningkat (5)	Observasi 1. Monitor Pola Nafas 2. Monitor Bunyi Nafas Tambahan 3. Monitor Sputum Teraupetik 4. Posisikan Seni Fowler Atau

		<ul style="list-style-type: none"> - Batuk Menurun (5) - Dispnea Menurun (5) - Sianosis Menurun (5) - Gelisah Menurun (5) 	<p>Fowler</p> <p>5. Berikan Minum Hangat</p> <p>6. Lakukan Penghisapan Lendir Kurang Dari 15 Detik</p> <p>7. Berikan Oksigen Jika Perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>8. Anjurkan Asupan Cairan 2000 MI/Hari, Jika Tidak Kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>9. Kolaborasi Pemberian Bronkodilator, Ekspektoran, Mukolitik, Jika Perlu</p>
3	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi	<p>setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pengetahuan meningkat :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perilaku sesuai anjuran meningkat (5) - Pertanyaan tentang masalah yang dialami menurun (5) - Persepsi yang dikeliru terhadap masalah menurun (5) 	<p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. Identifikasi faktor – faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p>Teraupetik</p> <p>3. Sediakan materi dan media penkes</p> <p>4. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</p> <p>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</p> <p>Edukasi</p> <p>6. Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</p> <p>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</p>
4	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Faktor Fisiologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan defisit nutrisi dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nafsu makan membaik - membran mukosa membaik 	<p>Observasi</p> <p>1. identifikasi status nutrisi</p> <p>2. identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</p> <p>3. monitor asupan makanan</p> <p>4. monitor berat badan</p> <p>Teraupetik</p> <p>5. lakukan oral hygiene sebelum makan ,jika perlu</p> <p>6. berikan suplemen makanan jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>7. Anjurkan posisi duduk, jika perlu</p> <p>Kolaborasi</p>

			8.kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan ,jika perlu
--	--	--	--

3.4 Implementasi Keperawatan

Nama : An. Z

Dx : Kejang Demam

Umur : 1 th 10 bln

Ruangan : Mawar

No RM : 236254

Tabel 3.7 implementasi keperawatan

No	Hari/Tanggal	No. Dx	Jam	Implementasi Keperawatan	Respon Hasil	Paraf
1	Selasa/ 24 Mei 2022	1,2,3 dan 4	14 : 15	1. Mengkaji tanda – tanda vital	1. Ttv: T :37,5 ° c N : 120 x/menit RR : 23 x/menit	Sio
		2 dan 3	14 : 20	2. Membantu memposisikan klien posisi aman nyaman	2. klien tampak nyaman setelah dilakukan posisi aman nyaman	
		1	14: 40	3. Melakukan teknik kompres hangat dibagian kening, aksila, dan bagian lipatan paha dalam untuk menurunkan suhu tubuh klien	3. sebelum dilakukan kompres hangat suhu tubuh klien 37,5 ° c, setelah dilakukan teknik kompres hangat 36,9 ° c	

		2 dan 4	15 : 20	4. Memonitor adakah mual dan muntah	4. ibu klien mengatakan bahwa klien mual muntah 2x	
		1	15 : 35	5. Menganjurkan ibu klien jika suhu tubuh klien terasa panas untuk melakukan kompres dan meminta bantuan perawat	5. ibu klien tampak memahami pembicaraan	
		1,2,3 dan 4	16: 10	6. Melakukan ttv pasien kembali	6. Ttv: T :36,7 ° c N : 115 x/menit RR : 22 x/menit	
		3	16 : 30	7. Menganjurkan ibu untuk memberikan banyak minum, memberikan baju tipis dan memberitahukan kalau An. Z kejang ngulang untuk memanggil perawat	7.ibu tampak sedikit memahami penjelasan dari perawat	
		2 dan 4	17: 20	8. Menganjurkan ibu klien untuk memberikan Diit dari RS agar dihabiskan	8.ibu klien mengatakan bahwa klien hanya menghabiskan ½ porsi saja	

		1,2,3 dan 4	18 : 15	9. Memberikan obat diazepam untuk mengatasi kejang dan pct flas untuk menurunkan suhu tubuh klien	9.klien sudah diberikan obat diazepam untuk mengatasi kejang dan pct flas untuk menurunkan suhu tubuh	
		1,2,3 dan 4	19 : 00	10. Membantu memasang infus kembali dengan tetesan 9.5 /menit	10. infus terpasang di tangan sebelah kanan dengan tetesan 9.5 /menit	
2	Rabu/ 25 Mei 2022	1,2,3 dan 4	08: 15	1Mengkaji tanda – tanda vital pasien	1. Ttv: T : 37,4° c N : 108 x/menit RR : 22 x/menit	Sio
		1,2 dan 3	08 : 25	2. Menanyakan keluhan hari ini	2. Ibu klien mengatakan demam klien masih turun naik, batuk pilek masih, mual muntah sedikit berkurang,kejang sudah tidak lagi,dan sudah mulai banyak minum dan makan	
		2 dan 4		3. Menanyakan apakah nafsu makan klien sudah meningkat	3.ibu mengatakan nafsu makan klien sudah sedikit meningkat	

		2 dan 3	10 : 00	4. Mempersiapkan obat kepada klien	3. klien sudah diberikan obat	
		2	10 : 15	5. Memberikan obat kepada klien	4. ibu klien mengatakan akan mencoba menerapkan kompres hangat saat dirumah	
		1,2,3 dan 4	11 : 00	6. Menganjurkan ibu untuk mengompres hangat kembali jika An. Z demam kembali	5. ibu mengatakan akan memberikan obat sesuai anjuran dokter	
		1,2,3 dan 4	11 : 15	7. Menganjurkan minum obat yang diresepkan dokter	6. infus sudah terlepas	
		1,2,3 dan 4		8. Melakukan up infus	7. ibu mengatakan sudah sedikit tau cara menangani kejang demam jika mengulang dengan minum obat kejang dan kompres hangat	
				9. Mengedukasikan cara mengatasi kejang demam		
3	Kamis / 26 Mei 2022	1,2,3 dan 4	15 :00	1. menanyakan keluhan klien	1. ibu klien mengatakan kejang sudah tidak lagi, suhu tubuh masing turun naik, batuk pilek berkurang.	Sio
		1,2,3 dan 4	15 : 15	2. melakukan ttv	2. Ttv T: 37,6 ° c	

					N : 110 x/menit RR: 22 x/menit	
		1,2,3 dan 4	15:17	3 menanyakan apakah obat di Minun	3. Ibu klien mengatakan klien rutin meminum obat	
		1	15:20	4.Melakukan kompres hangat	4. Suhu tubuh klien sudah dilakukan kompres hangat menjadi 36,8° c	
		2 dan 4	15: 25	5.Menanya apakah nafsu makan klien sudah membaik	5. ibu klien mengatakan iya dan klien sudah nafsu untuk makan	
		1,2, 3 dan 4	16: 00	6.melakukan edukasi kepada ibu klien untuk melakukan kompres hangat dan rutin meminum obat yang dianjurkan dokter	6. ibu klien meng iya kan apa yang didedukasikan untuk penanganan jika anak kembali kejang	

3.5 Evaluasi keperawatan

Nama : An.Z

Dx : Kejang Demam

Umur : 1 th 10 bln

Ruangan : Mawar

No RM : 236254

Tabel 3.8 evaluasi keperawatan

Hari / Tanggal	No Dx	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf
Selasa / 24 Mei 2022	1	Hipertermia berhubungan dengan Proses penyakit	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan An.Z sudah tidak kejang - Ibu klien mengatakan klien demam +2 hari - Ibu klien mengatakan demam An. Z naik turun <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemas dan lemah - Suhu tubuh pasien 36,9°C 	Sio

	2	Risiko Aspirasi berhubungan dengan Peningkatan Tekanan intragastrik	<ul style="list-style-type: none"> - Panas badan pasien mulai turun - Nadi :120 x/m <p>A :Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1095 451 1581 743"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kejang</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>suhu tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>suhu kulit</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P :Intervensi dihentikan</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan klien enggan untuk makan - ibu klien mengatakan klien sering mengalami muntah 	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Kejang					√	suhu tubuh					√	suhu kulit					√	Sio
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																							
Kejang					√																							
suhu tubuh					√																							
suhu kulit					√																							

			<ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan An. Z batuk pilek sudah + 2 hari <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemas - Mukosa bibir kering dan pucat - klien tampak sedang muntah <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Menelan</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Batuk</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P:Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,8</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan Menelan			√			Batuk			√			Gelisah			√			Dispnea					√	Sianosis					√	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																			
Kemampuan Menelan			√																																					
Batuk			√																																					
Gelisah			√																																					
Dispnea					√																																			
Sianosis					√																																			

	3	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar Informasi (Mengenai Kejang Demam)	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan bahwa ia tidak mengetahui bahwa anaknya kejang - ibu klien mengatakan ia tidak mengetahui cara penanganan saat An. Z kejang demam <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu an.z tampak bingung - Ibu An. Z tampak selalu bertanya mengenai keadaan anaknya. - suhu tubuh klien 37,5 - Nadi 120 x/menit - RR: 23x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p>	Sio
--	---	---	---	------------

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pertanyaan tentang masalah yang dialami</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Persepsi yang dikeliru terhadap masalah</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Perilaku sesuai anjuran			√			Pertanyaan tentang masalah yang dialami			√			Persepsi yang dikeliru terhadap masalah			√			
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																							
Perilaku sesuai anjuran			√																									
Pertanyaan tentang masalah yang dialami			√																									
Persepsi yang dikeliru terhadap masalah			√																									
	4	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Faktor Fisiologis	<p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,5,6</p> <p>S:</p> <p>-Ibu klien mengatakan nafsu makan klien menurun</p> <p>O:</p> <p>-Porsi makan yang dihabiskan ½ dari diet yang</p>	Sio																								

			<p>diberikan dari Rs -klien tampak lemas</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1093 419 1581 762"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>nafsu makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>-membran mukosa membaik</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Intervensi dilanjutkan 1,2,5,7,8</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	nafsu makan membaik			√			-membran mukosa membaik			√			
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																	
nafsu makan membaik			√																			
-membran mukosa membaik			√																			
Rabu /25 Mei 2022	2	<p>Risiko Aspirasi berhubungan dengan Peningkatan Tekanan intragastrik</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan klien sudah tidak lagi muntah - ibu klien mengatakan An. Z masih batuk pilek <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat lemas 	Sio																		

			<p>- Mukosa bibir pucat</p> <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Menelan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Batuk</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P:Intervensi dilanjutkan di rumah 1,3,5</p> <p>S :</p> <p>- ibu klien mengatakan masih sedikit tau</p>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan Menelan				√		Batuk			√			Gelisah			√			Dispnea					√	Sianosis					√	
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																			
Kemampuan Menelan				√																																				
Batuk			√																																					
Gelisah			√																																					
Dispnea					√																																			
Sianosis					√																																			
	3	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan		Sio																																				

	<p>Kurangnya terpapar Informasi (Mengenai Kejang Demam)</p>	<p>tentang kejang demam</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan ia mulai sedikit lebih mengetahui cara penanganan saat An. Z kejang demam <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu an.z masih tampak bingung - Ibu an.z masih menayakan tentang kejang demam <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="1093 895 1581 1278"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Pertanyaan tentang masalah yang dialami</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Perilaku sesuai anjuran					√	Pertanyaan tentang masalah yang dialami				√		
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																
Perilaku sesuai anjuran					√																
Pertanyaan tentang masalah yang dialami				√																	

			<table border="1"> <tr> <td>Persepsi yang dikeliru terhadap masalah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </table>	Persepsi yang dikeliru terhadap masalah				√		
Persepsi yang dikeliru terhadap masalah				√						
	4	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Faktor Fisiologis	<p>P : Intervensi dilanjutkan dirumah 1,2,5</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ibu klien mengatakan nafsu makan sudah sedikit meningkat <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien tambah lebih bayak makan dari pada hari pertama hanya ½ porsi -klien sudah tidak tampak lemah <p>A:Masalah teratasi sebagian</p>	Sio						

				<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>nafsu makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>-membran mukosa membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	nafsu makan membaik				√		-membran mukosa membaik				√		
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																		
nafsu makan membaik				√																			
-membran mukosa membaik				√																			
				P: Intervensi dilanjutkan dirumah 1,2,5,7																			
Kamis/ 26 Mei 2022	1	Risiko Aspirasi berhubungan dengan Peningkatan Tekanan intragastrik	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien mengatakan klien sudah tidak mengalami muntah - ibu klien mengatakan An. Z sudah tidak batuk pilek <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tenang <p>A: Masalah Teratasi</p>	Sio																			

			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Menelan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Batuk</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gelisah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Dispnea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Sianosis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Kemampuan Menelan					√	Batuk				√		Gelisah					√	Dispnea					√	Sianosis					√		
Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																				
Kemampuan Menelan					√																																				
Batuk				√																																					
Gelisah					√																																				
Dispnea					√																																				
Sianosis					√																																				
	2	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan Kurangnya terpapar Informasi (Mengenai Kejang Demam)	<p>P: Intervensi di hentikan</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ibu klien sudah mengetahui tentang kejang demam - ibu klien mengatakan ia mengetahui cara penanganan saat An. Z kejang demam 		Sio																																				

			<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu an.z tampak tenang - Ibu klien tampak memahami apa itu kejang demam <p>A : Masalah Teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Perilaku sesuai anjuran</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Pertanyaan tentang masalah yang dialami</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Persepsi yang dikeliru terhadap masalah</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di hentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	Perilaku sesuai anjuran					√	Pertanyaan tentang masalah yang dialami					√	Persepsi yang dikeliru terhadap masalah					√	Sio
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																							
Perilaku sesuai anjuran					√																							
Pertanyaan tentang masalah yang dialami					√																							
Persepsi yang dikeliru terhadap masalah					√																							

	3	Defisit Nutrisi Berhubungan dengan Faktor Fisiologis	<p>S:</p> <p>-Ibu klien mengatakan nafsu makan anak mulai membaik</p> <p>O:</p> <p>-klien tampak menghabiskan porsi makan yang diberikan</p> <p>A:Masalah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="1093 746 1581 1050"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>nafsu makan membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>-membran mukosa membaik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> </tbody> </table> <p>P:Intervensi Dihentikan</p>	Kriteria hasil	1	2	3	4	5	nafsu makan membaik					√	-membran mukosa membaik					√	
Kriteria hasil	1	2	3	4	5																	
nafsu makan membaik					√																	
-membran mukosa membaik					√																	

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAAN

Pada bab pembahasan ini penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat pada teori dengan terdapat dalam praktik. Pembahasan meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan, sehingga dapat di ambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sehingga tindakan lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus Asuhan Keperawatan pada An.Z dengan Kejang Demam pada anak diruang Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong antara lain :

4.1 Pengkajian

Pada pengkajian klien An.Z dengan penyakit Kejang Demam dilakukan pada tanggal 24 Mei 2022, melakukan pengkajian dengan metode wawancara, observasi keadaan klien meliputi identitas klien sampai dengan pemeriksaan fisik head to toe, karena penulis menganggap lebih sistematis dan akurat. Dari pengkajian tersebut, penulis tidak menemukan hambatan yang berarti, tidak ada kesulitan dalam berkomunikasi dengan ibu serta dalam pengkajian didukung oleh sumber catatan perawatan, catatan medis dan hasil pemeriksaan penunjang, laboratorium sehingga data yang diperlukan penulis dapat dilakukan untuk melengkapi pengkajian yang didapatkan di keluarga klien.

Hanya saja, penulis agak sulit melakukan pemeriksaan pada saat ingin melakukan pemeriksaan fisik pada klien karena kondisi klien yang sangat lemah,

setelah melakukan pemeriksaan didapatkan hasil yaitu tingkat kesadaran klien pada saat diperiksa composmentis serta keadaan umum klien masih lemah, tubuh klien teraba panas, suhu klien 37,5°C, terdapat Kejang pada anak. Data penunjang pada penyakit Kejang Demam menurut teori adalah pemeriksaan Darah lengkap.

Pada saat melakukan pengkajian pada An. Z pada tanggal 24 Mei 2022 terdapat pemeriksaan penunjang, Pemeriksaan Elektrolit yaitu Natrium 134 mmol/L, Kalium 4,4 mmol/ L, Chlorida 104 mmol/L, Hemoglobin 11,6 gdl, jumlah leukosit 7.500 ul., Jumlah trombosit 278.000 uL, Hematokrit 33%. Pada saat pengkajian ditemukan pemeriksaan Natrium menurun, ini dikaitkan sebagai data pendukung bahwa pasien tersebut mengalami Kejang Demam.

4.2 Diagnosa keperawatan

Berdasarkan teori pada saat menegakkan diagnosa yang mungkin timbul pada pasien Kejang Demam yaitu (SDKI DPP PPNI 2017) :

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit, dehidrasi, terpapar lingkungan panas, ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, dan aktivitas berlebih.
2. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Gangguan Neurologis, depresi pusat pernafasan, hambatan upaya nafas, imaturitas neurologis, posisi tubuh yang menghambat ekspansi paru, sindrom hipoventilasi dan efek agen farmakologi.
3. Risiko Aspirasi berhubungan dengan Terdapat Gangguan Menelan, penurunan reflek muntah, disfagia, efek agen farmakologis, dan ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan bernafas.

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi, kurangnya minat dalam belajar, keterbatasan kognitif, dan ketidaktahuan menemukan sumber informasi
5. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Peningkatan metabolisme, dan Faktor Psikologis

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan Kejang Demam yaitu (SDKI DPP PPNI 2017), terdapat 3 diagnosa keperawatan pada teori dan sesuai dengan kondisi yang dialami oleh klien. Berikut ini diagnosa yang bisa diangkat sesuai dengan kondisi klien kelolaan penulis di lapangan, yaitu :

1. Hipertermia berhubungan dengan Proses Penyakit diagnosa ini diangkat oleh penulis karena saat pengkajian didapatkan keluhan anak demam, suhu tubuh meningkat, kejang
2. Risiko Aspirasi berhubungan dengan penurunan reflek muntah diagnosa ini diangkat oleh penulis karena saat pengkajian ibu klien klien enggan untuk makan, klien mengalami mual, klien batuk dan pilek
3. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi diagnosa ini diangkat oleh penulis karena saat pengkajian ibu klien tidak mengetahui anaknya kejang dan belum tau cara penanganan demam kejang
4. Defisit Nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan, Ketidakmampuan mencerna makanan, Peningkatan metabolisme, dan Faktor Psikologis

4.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian, menganalisa data, merumuskan diagnosa keperawatan maka langkah selanjutnya adalah keperawatan merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan didalam asuhan keperawatan yang akan dilakukan menyusun rencana.

Rencana keperawatan yang terdapat dilaporan pendahuluan tidak semua penulis angkat pada rencana asuhan keperawatan, dikarenakan penulis sesuaikan dengan kondisi klien dan di angkat sesuai dengan apa yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit tersebut dan keterbatasan kami sebagai seorang mahasiswa.

4.4 Implementasi Keperawatan

Keperawatan merupakan perwujudan dari dari Implementasi perencanaan keperawatan yang telah disusun, dilaksanakan bekerja sama dengan kepala ruangan, perawat ruangan, dokter yang bertugas, serta klien dan keluarganya.

Sebelum melaksanakan rencana tindakan keperawatan dilakukan pada satu shif setiap harinya, saat penulis tidak berada di ruangan penulis mengikuti perkembangan klien melalui catatan perkembangan klien dan melihat catatan ruangan, catatan dokter dan bertanya dengan perawat yang sedang jaga.

Setelah pelaksanaan tindakan keperawatan penulis langsung mendokumentasikan tindakan yang diberikan yang dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan klien setiap harinya walaupun mungkin tidak menggambarkan keadaan pasien secara lengkap.

4.5 Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari perawatan keperawatan yang ditegakkan dan setelah dilakukan implementasi keperawatan, masalah yang dialami oleh An. Z. Ketiga diagnosa dapat teratasi secara maksimal, pada diagnosa, hipertermi , risiko Aspirasi dan Defisit Pengetahuan dapat teratasi pada tanggal 26 Mei 2022. Dalam evaluasi yang dilaksanakan penulis menggunakan sesuai dengan teori yaitu terdapat evaluasi formatif/respon klien dan evaluasi sumatif atau evaluasi dari seluruh tindakan dalam satu diagnosa yang penulis susun dalam bentuk SOAP atau subjektif, objektif, analisa dan planning.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. Z di ruang Mawar di RSUD Curup maka penulis dapat menarik kesimpulan ?

A. Pengkajian

Pengkajian pada An. Z dengan Kejang Demam, panas yang naik turun, suhu 37,5°C, kejang 1x, tubuh terasa lemas, kurang nafsu makan, Natrium 134 mmol/L.

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang timbul yaitu, Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit ditandai dengan panas yang naik turun, suhu 37,5 C, Resiko Aspirasi berhubungan dengan Penurunan Refleks Muntah Dan Batuk ditandai dengan mual muntah dan batuk pilek, Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurangnya terpapar informasi (mengenai kejang demam) ditandai dengan kurangnya pengetahuan.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada diagnosa hipertermi rencana keperawatan yang dilakukan adalah menurunkan suhu tubuh pasien menjadi normal, dan pada diagnosa resiko Aspirasi adalah melakukan pemenuhan nutrisi pasien agar nutrisi pasien tercukupi, dan diagnosa defisit pengetahuan adalah melakukan edukasi mengenai Kejang Demam dan defisit nutsi agar nutrisi pada klien tercukupi.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada diagnosa hipertermi implementasi keperawatan yang dilakukan adalah mengompres tubuh pasien, dan pada diagnosa resiko aspirasi implementasi yang dilakukan adalah menganjurkan pasien makan sedikit tapi sering, Defisit Pengetahuan adalah mengedukasi dan menganjurkan kompres hangat

E. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan teratasi dimana Suhu tubuh sudah tidak tinggi, kejang sudah tidak lagi, nafsu makan membaik.

5.2 Saran

A. Pasien dan Keluarga

Klien dapat memahami tindakan keperawatan yang telah diberikan dirumah sakit dan klien dapat menerapkan perawatan yang dianjurkan pada dirinya, dan dapat meningkatkan kepedulian terhadap kesehatanya dan didampingi keluarga dalam mngatur pola kebiasaan.

B. Bagi mahasiswa keperawatan

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini sebagai bahan pustaka dan pengalaman langsung dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam Pada Anak.

C. Bagi Intitusi

a. Rumah Sakit

Penulis mengharapkan karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan

acuan dalam penatalaksanaan dan asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam Pada Anak dan pada konsep jurnal Kompres Hangat ini bisa dimanfaatkan oleh rumah sakit.

b. Pendidikan

Penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat menjadi tambahan perpustakaan serta dapat dijadikan sumber dalam proses pembelajaran baik bagi dosen maupun bagi mahasiswa untuk memperoleh pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam Pada Anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia K, Fatimah, Benu M. (2013). *Faktor Resiko Kejadian Kejang Demam Pada Anak Balita Diruang Perawatan Anak Rumah Sakit Umum Daerah Daya Kota Makassar*. Jurnal Poltekkes Kemenkes Makassar.
- Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC Jilid 2*. Media Action Publising: Yogyakarta
- Eni kusyati.dkk. (2014). *keterampilan dan prosedur laboratorium keperawatan dasar.Edisi 2*.Jakarta: EGC
- Evelyn.C.Pearce (2015). *Anatomi fisiologi untuk paramedic*. Prima Grafikam:Jakarta
- Herdman, T . H., & Kamitsuru, S. (2015). *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10*. Jakarta: EGC.
- Indriyani, R. (2017). *Asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermi*. Diakses pada tanggal 22 february 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 20 Februari 2022
- Lestari, T, (2016).*Asuhan Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Ngastiyah (2012). *Perawatan anak sakit*. Jakarta : EGC
- Nurarif, Amin & Hardhi. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan NANDA NIC-NOC Jilid 2*. Media Action Publising: Yogyakarta
- PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: definisi dan kriteria hasil keperawatan, edisi 1*. Jakarta: DPP PPNI
- _____ (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- _____ (2017). *Standar Diagnostik Keperawatan Indonesia: definisi dan indikator Diagnostik, edisi 2*. Jakarta: DPP PPNI
- Pudiastuti.(2011). *Penyakit pemicu kejang demam*. Yogyakarta. Nuha medika

Purwanti, O. S., & Maliya, A. (2008). Kegawatdaruratan Kejang Demam Pada Anak. *Berita Ilmu Keperawatan*, 1(2), 97–100.

Rahmasari, V., & Lestari, K. (2018). Review: Manajemen Terapi Demam Tifoid: Kajian Terapi Farmakologis dan Non Farmakologis. *Farmaka*, 16(1), 184–195. <https://doi.org/10.24198/JF.V16I1.17445>

Rekam Medik RSUD Curup. (2016). *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.

_____ (2017). *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.

_____ (2018). *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.

_____ (2019). *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.

_____ (2020). *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.

Riyadi, Sujono & Sukarmin. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Graha Ilmu: Yogyakarta

Windawati & Dera Alfiyanti, (2020). *Jurnal Penurunan HIpertermi Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat*, Semarang

Wulandari .M & Ernawati.M. (2016). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

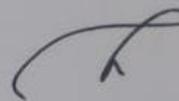
LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sio Adeba
NIM : P00320119 030
NAMA PEMBIMBING : Almaini, S.Kp., M.Kes
JUDUL : *Asuhan keperawatan pada pasien Anak Dengan Kejang Demam Di Ruangan Mawar Rsud Curup Tahun 2022*

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	6 Januari 2021	1. Mengajukan Judul Proposal 2. Acc	
2.	27 Januari 2022	1. Perbaiki Pengkajian Sesuai Buku Panduan KTI 2. Lanjut Bab 2	
3.	21 Maret 2022	1. Perbaiki Lagi Pengkajian 2. Perkuat Masalah Dan Tegaskan 3. Tambahkan Teoritis Masalah Kejang Demam	
4.	25 Maret 2022	1. Perbaiki Daftar Pustaka Sesuai Dengan Pedoman 2. Koreksi Tulisan Jangan Ada Yang Salah 3. Fatatif Lembar Konsul	
5.	26 Maret 2022	1. Perbaiki Dapus 2. Cari Pentus Yang Ada Didepan	
6.	01 April 2022	ACC Ujian	

7.	03 Juni 2022	1. Perbaiki Diagnose Sesuai Dengan Keluh 2. Lanjukan BAB IV	/
8.	07 Juni 2022	1. Kesimpulan Harus Menjawab Tujuan Peneliiian 2. Perbaiki Penulisan Sesuai Dengan Buku Panduan	f
9.	08 Juni 2022	Perbaiki Isi BAB IV Dan V	f
10.	10 Juni 2022	Acc Bab IV Dan V	f
11.	13 Juni 2022	Konsul Ppt	f
12.	15 Juni 2022	Acc Ujian	f

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sio Adeba
NIM : P00320119 030
NAMA PENGUJI : Almaini, S.Kp., M.Kes
JUDUL : *Asuhan keperawatan pada pasien Anak Dengan Kejang Demam Di Ruangan Mawar Rsud Curup Tahun 2022*

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	22 Juli 2022	1.Lengkapi Data 2.Lengkapi Daftar Pustaka	
2.	25 Juli 2022	ACC KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN REVISI KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sio Adeba
NIM : P00320119 030
NAMA PENGUJI : Ns.Sri Haryani, S.Kep, M.Kep
JUDUL : *Asuhan keperawatan pada pasien Anak Dengan Kejang Demam Di Ruangan Mawar Rsud Curup Tahun 2022*

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	15-Juli 2022	1.Lengkapi Dafus 2.Buat Catatan Pulang	
2.	18 Juli 2022	1.Lengkapi Catatan Pulang 2.Ganti Dapus >10 Tahun 3.Spasi Di Dapus 4.Acc KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M.Kep
NIP: 197112171991021001



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU
PROGRAM STUDI KEPERAWATAN CURUP

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : Sio Adeba
NIM : P0 0320119 030
NAMA PENGUJI : Silvia Puspa, S.Kep Ners
JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Anak Dengan
Kejang Demam Diruangan Mawar Rsud Curup
Tahun 2022

No	Tanggal	Rekomendasi pembimbing	Paraf pembimbing
1	21 Juli 2022	1. Tambah diagnosa nutrisi 2. Perbaiki implementasi danevaluasi 3. Implementasi dan evaluasi dihentikan jika tujuan sudah tercapai 4. Tambahkan TTV normal pada bayi dan anak di BAB II	
2	22 Juli 2022	1. Perbaiki etiologi diagnosa dua 2. Perbaiki evaluasi	
3	23 Juli 2022	ACC KTI	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

Ns. Derison Marsinova Bakara, S.Kep., M. Kep
NIP. 197112171991021001

BIODATA

Nama : Sio Adeba

Tempat dan tanggal lahir : Pagar Agung, 13 September 2000

Jenis kelamin : Laki - Laki

Alamat :Pagar Agung

Riwayat peendidikan : 1. SDN 08 Bermani Iir

2. SMP 01 Bermani Ilir

3. SMAN 05 Kepahiang

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sio Adeba

Nim : P00320119030

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kejang Demam Pada
Anak Di Ruang Mawar RSUD Curup

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Proposal Karya Tulis Ilmiah ini adalah betul-betul hasil karya saya dan bukan hasil penjiplak dari hasil karya orang lain.

Demikian pernyataan ini dan apabila kelak kemudian hari terbukti dalam Proposal Karya Tulis Ilmiah ada unsur penjiplakan, maka saya bersedia mempertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Curup, 15 Juni 2022

yang menyatakan



Sio Adeba
NIM: P00320119030



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 41/RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Pengambilan Kasus Tugas Akhir

Curup, 24 Mei 2022
Kepada Yth :
Karu Mawar
Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :KH.03.01/0105/6/V/2022 Tanggal 25 Mei 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **Sio Adeba**
NIM : P00320119030
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 24 s.d 31 Mei 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan pada Pasien anak dengan kejang demam diruang mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.**

Maka kami sangat mengharapkan bantuan dari Saudara untuk membantu yang bersangkutan selama melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir dan memberikan informasi Atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terima kasih.

An. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Curup
Kepala Bagian Administrasi
Ub
Kasubag Umum dan Kepegawaian



FAUZIAH AINI, SKM
NIP. 19650211 198703 2 003



PEMERINTAH KABUPATEN REJANG LEBONG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH CURUP

Jalan Jalur Dua Nomor 10. A Kelurahan Talang Rimbo Lama
Kecamatan Curup Tengah Kabupaten Rejang Lebong Kode Pos 39114



Nomor : 52 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 03 Juni 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -
Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: KH.03.01/0105/6/V/2022 tanggal 25 Mei 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : SIO ADEBA
NIM : P0 0320119030
Jurusan : Keperawatan Program Diploma Tiga
Waktu Penelitian : 24 s/d 31 Mei 2022
Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien anak dengan kejang demam diruang mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatian dan kerja samanya kami sampaikan terima kasih.

An. Direktur RSUD Curup
Kepala Bagian Administrasi



DOKUMENTASI

