

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.Z DENGAN KEJANG
DEMAM KOMPLEK (KDK) DI RUANG MAWAR RSUD
CURUP TAHUN 2022**



DISUSUN OLEH :

JEPRI PURWANSYAH
NIM : P00320119014

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
TAHUN 2022**

LAPORAN KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.Z DENGAN KEJANG
DEMAM KOMPLEK (KDK) DI RUANG MAWAR RSUD
CURUP TAHUN 2022

Diajukan sebagai Syarat untuk memperoleh
Gelar Ahli Madya Keperawatan



DISUSUN OLEH :

JEPRI PURWANSYAH
NIM : P00320119014

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
KEPERAWATAN PROGRAM DIPLOMA TIGA
TAHUN 2022

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal Karya Tulis Ilmiah atas :

Nama : Jepri Purwansyah

Tempat, Tanggal Lahir : Surulangun, 16 Januari 2001

N I M : P00320119014

Judul Karya Tulis Imiah : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kejang
Demam Di Ruang Rawat Inap Mawar RSUD
Curup Tahun 2022

Kami setuju untuk diujikan pada Tanggal, 04 Agustus 2022

Curup, 04 Agustus 2022

Pembimbing



Mulyadi, M.Kep

NIP. 19640121986031005

**LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. Z DENGAN KEJANG
DEMAM KOPLEK (KDK) DI RUANG RAWAT INAP MAWAR
RSUD CURUP 2022**

Disusun oleh :

JEPRI PURWANSYAH
NIM. P00320119014

Telah diujikan di depan Penguji Karya Tulis Ilmiah
Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Pada Tanggal 04 Agustus 2022, dan dinyatakan

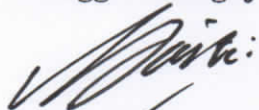
LULUS

Ketua Penguji



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

Anggota Penguji I



Nurbaiti, S.Kep, Ners
NIP: 198311282005022003

Anggota Penguji II



Mulyadi, M.Kep
NIP: 196407121986031005

Karya Tulis Ilmiah ini telah memenuhi salah satu persyaratan
Untuk mencapai derajat Ahli Madya Keperawatan

Mengetahui,

**Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu**



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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.Z DENGAN KEJANG DEMAM
KOMPLEK (KDK) DI RUANG RAWAT INAP MAWAR RSUD
CURUP**

(Jepri Purwansyah, 2022, 120 Halaman)

ABSTRAK

Latar Belakang: Kejang demam merupakan tipe kejang yang sering ditemukan pada masa kanak-kanak. Penanganan kejang demam yang tidak tepat dan cepat dapat menimbulkan komplikasi seperti kerusakan neurotransmitter, kelainan anatomis di otak dan dapat menyebabkan kematian. **Tujuan:** Tujuan pada penelitian ini adalah diketahuinya gambaran asuhan keperawatan tentang pemberian teknik Kompres Hangat untuk menurunkan Suhu Tubuh pada pasien dengan Kejang Demam di Ruang Rawat Inap Mawar RSUD Curup. **Metode:** Metode penelitian ini menggunakan deskriptif dengan pendekatan studi kasus selama dilakukan Kompres Hangat. **Hasil:** Hasil penelitian yang telah dilakukan tentang gambaran pemberian teknik Kompres Hangat pada An.Z untuk menurunkan Suhu Tubuh Pada anak di Ruang Rawat Inap Mawar RSUD Curup, sesuai dengan hasil observasi didapatkan hasil bahwa dengan melakukan teknik Kompres hangat pada pasien dengan Kejang Demam dapat menurunkan Suhu Tubuh. **Kesimpulan:** Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis di Ruang Rawat Inap Melati RSUD Curup pada tanggal 14-16 Juli 2022 didapatkan hasil bahwa dengan melakukan teknik kompres hangat pada pasien dengan Kejang Demam dapat menurunkan suhu tubuh yang dirasakan kepada pasien kasus Kejang Demam.

Kata Kunci: Kejang Demam, Kompres Hangat

**NURSING CARE FOR AN.Z WITH COMPLEX FEVER SEQUENCES
(KDK) IN THE MAWAR INPATIENT ROOM CURUP HOSPITAL**

(JEPRI PURWANSYAH, 2022, 120 PAGES)

ABSTRACT

Background: Febrile seizure is a type of seizure that is often found in childhood. Inappropriate and rapid handling of febrile seizures can cause complications such as damage to neurotransmitters, anatomical abnormalities in the brain and can cause death. **Objective:** The purpose of this study was to determine the description of nursing care regarding the provision of a warm compress technique to reduce body temperature in patients with febrile seizures in the Mawar Inpatient Room, RSUD Curup. **Methods:** This research method uses descriptive with a case study approach during warm compresses. **Results:** The results of research that have been carried out regarding the description of giving a warm compress technique to An.Z to reduce body temperature in children in the Mawar Inpatient Room at RSUD Curup, in accordance with the results of observations, it was found that by doing a warm compress technique in patients with febrile seizures can reduce Body temperature. **Conclusion:** From the results of research conducted by the author in the Melati Inpatient Room, RSUD Curup on July 14-16, 2022, it was found that by applying the warm compress technique to patients with febrile seizures, the body temperature felt in patients with febrile seizures was reduced.

Keywords: Fever Seizure, Warm Compress

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An.Z Dengan Kejang Demam Komplek Di Ruang Mawar Rsud Curup Tahun 2022”.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu Prodi Diploma III Keperawatan Curup.

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bantuan baik materil maupun moril dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Eliana, S.Kp.,MPH. selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
2. Ibu Ns. Septiyanti,S.Kep.,M.Pd, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Bapak Ns. Derison Marsinova Bakara,M.,Kep, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Curup.
4. Bapak Mulyadi,M.Kep selaku pembimbing akademik dan dosen pembimbing yang senantiasa selalu memberi saran positif dan kritik membangun, serta selalu dapat menyediakan waktu untuk memberikan konsultasi.
5. Ns. Derison Marsinova Bakara,M.,Kep, selaku ketua penguji yang telah menyediakan waktu menguji dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.

6. Ns. Nurbaiti,S.Kep selaku penguji 1 yang telah menyediakan waktu menguji dan memberikan arahan serta masukan yang bersifat membangun.
7. Ibu Yanti Sutriyanti, M.Kep. Selaku dosen pembimbimng akademik yang senantiasa memberi saran positif dan mengarahkan penulis untuk menyelesaikan semua kewajiban sebagai mahasiswa, salah satunya meneylesaikan proposal.
8. Kedua orang tua saya yang selalu memberikan dukungan 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.

Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu dan berpartisipasi yang tidak dapat disebut satu persatu. Akhir kata penulis berharap semoga Laporan Tugas Akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Curup, 04 juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Konsep Penyakit	8
2.1.1 Definisi	8
2.1.2 Etiologi	8
2.1.3 Manifestasi Klinik	9
2.1.4 Anatomi Fisiologi	10

2.1.5 Patofisiologi.....	15
2.1.6 <i>Web Of Caution</i> (WOC)	18
2.1.7 Komplikasi.....	19
2.1.8 pemeriksaan penunjang	19
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	22
2.2.1 Pengkajian	22
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	31
2.2.3 Rencana Keperawatan	33
2.2.4 Intervensi keperawatan	34
2.2.5 Implementasi Keperawatan	48
2.3 Konsep Teori Dan Teknik Kompres Hangat	50
2.3.1 Pengertian	50
2.3.2 Manfaat.....	50
2.3.3 SOP Tindakan.....	51
BAB III TINJAUAN KASUS	53
3.1 Pengkajian	53
3.1.1 Identitas Klien.....	53
3.1.2 Riwayat Kesehatan	54
3.1.3 Pemeriksaan Fisik.....	61
3.2 Analisa Data	69
3.3 Diagnosa Keperawatan	71
3.4 Intervensi Keperawatan	72

3.5 Implementasi Keperawatan	75
3.6 Evaluasi Keperawatan	81
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	88
4.1 Pengkajian	88
4.2 Diagnosa Keperawatan	90
4.3 Intervensi Keperawatan	92
4.4 Implementasi Keperawatan	93
4.5 Evaluasi Keperawatan	95
BAB V PENUTUP	97
5.1 Kesimpulan	97
5.2 Saran	99
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
2.3	Tabel Rencana Keperawatan Kejang Demam	34
3.1	Tabel Pola Kehidupan Sehari-Hari	60
3.1.2	Hasil Pemeriksaan Laboratorium An.Z	67
3.1.3	Penatalaksanaan Pemberian Terapi Obat An.Z	68
3.2	Analisa Data An.Z	69
3.3	Diagnosa Keperawatan An.Z	71
3.4	Rencana Keperawatan An.Z	72
3.5	Implementasi Keperawatan An.Z	75
3.6	Evaluasi Keperawatan An.Z	81

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
2.1	Bagian Neuron	11

DAFTAR BAGAN

No	Judul	Halaman
1	<i>Web Of Caution</i> (WOC)	18
2	Genogram	57

DAFTAR LAMPIRAN

No	Lampiran
1	Lembar Observasi Kompres Hangat
2	Biodata Mahasiswa
3	Pernyataan Mahasiswa
4	Surat Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir
5	Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup
6	Lembar Konsultasi

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO,2015) terdapat lebih dari 18,3 juta penderita kejang demam dan lebih dari 154 ribu diantaranya meninggal. Insiden dan prevalensi kejang demam di Eropa pada tahun 2016 berkisar 2-4%, di Asia prevalensi kejang demam lebih besar yaitu 8,3-9,9% pada tahun yang sama (Angelia et al., 2019).

Negara lain yang insiden kejang demam bervariasi seperti Jepang 8,8%, Guam 14%, India 5-10%. Amerika Serikat insiden kejang demam mencapai 2%-5% pada anak yang berusia kurang dari 5 tahun. Angka kejadian kejang demam di Asia dilaporkan lebih tinggi dari Amerika yaitu sebesar 8,3% - 9,9%, sekitar 80%-90% dari sejumlah kejadian kejang demam di Asia adalah kejang demam sederhana (Fuadi, Bahtera, Tjipta, Wijayahadi, 2016).

Angka kejadian kejang demam di Indonesia pada tahun 2016 mencapai 2- 5% dengan 85% yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan. Tahun 2017, sebesar 17,4% anak mengalami kejang demam dan mengalami peningkatan pada tahun 2018 dengan kejadian kejang sebesar 22,2%. Kejang demam dapat mengakibatkan perasaan ketakutan yang berlebihan, trauma secara emosi dan kecemasan pada orang tua, sekitar 25-50% anak kejang demam mengalami bangkitan kejang demam berulang (Angelia et al., 2019).

Faktor pemicu kejang demam yang ada di Indonesia adalah demam itu sendiri. Demam yang dapat menimbulkan kejang bisa karena infeksi apa saja. Infeksi saluran pernapasan atas paling sering dikaitkan dengan kejang demam. Penyebab lain yaitu gastroenteritis, infeksi saluran kemih, otitis media akut, infeksi virus, dan imunisasi. (Egah, 2018).

RSUD M. Yunus Bengkulu pada tahun 2010 ditemukan sebanyak 789 anak dirawat meningkat pada tahun 2011 menjadi 934 anak yang dirawat dan kasus ini merupakan kasus 5 (lima) besar terbanyak (RSUD. M. Yunus, 2011).

Berdasarkan data rekam medik pada tahun 2018 di Ruang Perawatan Anak RSUD Curup angka kejadian kejang demam adalah sebanyak 28 kasus dan berada di rangking 9 dari 10 penyakit teratas di ruang perawatan anak (Rekam Medik RSUD Curup, 2018). Angka kejadian kejang demam hasil laporan kegiatan RSUD Curup di Ruang Anak dan Neonatus tahun 2019 kejang demam berada di rangking 2 dari 10 penyakit dengan jumlah 78 kasus (Rekam Medik RSUD Curup, 2019). Angka kejadian kejang demam pada 2020 sebanyak 35 kasus dan masuk rangking 5 dari 10 kasus teratas di ruang perawatan anak. Kejang demam yang terjadi RSUD Curup rata-rata terjadi di usia 2-5 tahun. (Rekam Medik RSUD Curup, 2020).

Permasalahan anak dengan kejang demam dapat menimbulkan dampak yang signifikan pada anak usia dini. Salah satunya akibat dari peningkatan suhu yang secara signifikan sebanyak 38°C-40°C yang akan berdampak pada peningkatan aktifitas otak anak usia dini yang masih

belum matang daripada anak pada usia di atas 5 tahun. Adanya peningkatan demam yang tinggi pada anak dengan usia di bawah 5 tahun, akan mengakibatkan dampak buruk seperti hipoksia tinggi, edema otak yang menyebabkan kerusakan pada sel neuron. Masalah keperawatan yang dibedakan menjadi beberapa macam seperti masalah keperawatan menurut Nanda (2017). yaitu masalah keperawatan aktual, resiko atau potensial, dan promosi kesehatan. Masalah keperawatan yang terjadi seperti hipertemi yang menyebabkan peningkatan suhu yang lebih dari 38°C yang dapat mengakibatkan anak mengalami dehidrasi dan kerusakan sel saraf dan neuron.

Masalah keperawatan yang sering muncul pada anak dengan kejang demam yaitu hipertemi, dimana hipertermia merupakan keadaan terjadinya peningkatan suhu tubuh di atas rentang normal 37°C . Penyebab dari hipertermia yaitu dehidrasi, terpapar lingkungan panas, proses penyakit (mis. infeksi, kanker), ketidaksesuaian pakaian dengan lingkungan, peningkatan laju metabolisme, respon trauma, aktivitas berlebihan, dan penggunaan inkubator. (SDKI DPP PPNI, 2016).

Adapun penatalaksanaan keperawatan untuk mengurangi dan menurunkan Suhu tubuh dengan pasien Kejang Demam yaitu salah satu strategi yang dapat dilakukan adalah Kompres Hangat (Nova dkk, 2020). menyatakan bahwa menggunakan air dapat memelihara suhu tubuh sesuai dengan fluktuasi suhu tubuh pasien. Kompres hangat dapat menurunkan

suhu tubuh melalui proses evaporasi. Kompres hangat telah diketahui mempunyai manfaat yang baik dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami panas tinggi di rumah sakit karena menderita berbagai penyakit infeksi. Sri dan Winarsih (2008) yang melaporkan penelitian tahun (2002) oleh Tri Redjeki menyatakan bahwa kompres hangat lebih banyak menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin, karena akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah, pasien menjadi menggigil. Dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh.

Hasil survey yang dilakukan di RSUD Curup tindakan Kompres Air Hangat untuk menurunkan panas pada pasien kejang demam atau pasien dengan Hipertermia pernah dilakukan oleh para perawat akan tetapi kompres hangat ini Jarang sekali dilakukan yang dimana dalam melakukan kompres hangat ini para perawat Belum sepenuhnya mengikuti SOP dikarenakan kurangnya alat untuk melakukan Kompres hangat. Selanjutnya Perawat diharapkan dapat memberikan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarga pada kasus kejang demam ini dengan

memperkenalkan Kompres Air Hangat untuk menurunkan Suhu Tubuh pasien, sehingga bisa dilakukan oleh keluarga terhadap pasien secara mandiri di rumah.

Diagnosa secara dini serta pengelolaan yang tepat sangat diperlukan untuk menghindari cacat yang lebih parah yang diakibatkan bangkitan kejang yang sering terjadi. Untuk itu tenaga perawat dituntut untuk berperan aktif dalam mengatasi kondisi tersebut serta mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga dengan anak kejang demam. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis mengambil judul laporan kasus “Asuhan Keperawatan pada pasien dengan kejang demam di Ruang mawar RSUD CURUP”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian dari latar belakang diatas, “Bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien dengan kejang demam di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022”.

1.3 TUJUAN PENULISAN

1. Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif meliputi aspek biopsikososial dengan pendekatan proses keperawatan pada pasien dengan Kejang demam Di RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022.

2. Tujuan khusus

- a. Dapat melakukan pengkajian pada pasien dengan Kejang Demam di ruang rawat inap anak RSUD Curup.
- b. Dapat membuat rencana perawatan pada pasien dengan Kejang Demam di ruang rawat inap anak RSUD Curup.
- c. Dapat melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah dibuat.
- d. Dapat mengevaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- e. Dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

1.4 Manfaat Penulisan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak antara lain:

1. Manfaat bagi pasien

Klien dan keluarga mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan dapat memahami perawatan yang diajarkan perawat, sehingga dapat mengatasi dan mengaplikasikan perawatan ringan secara mandiri.

2. Manfaat bagi perawat

Sebagai bahan informasi mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam, sehingga dapat menambah wawasan dan meningkatkan mutu pelayanan perawat yang ada di rumah sakit.

3. Manfaat bagi institusi

a. Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan dalam peningkatan kualitas pelayanan, khususnya asuhan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam

b. Pendidikan

Sebagai bahan tambahan dan referensi pelajaran tentang mengenai asuhan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Demam merupakan salah satu bentuk pertahanan tubuh terhadap masalah yang terjadi dalam tubuh. Demam pada umumnya tidak berbahaya, tetapi bila demam tinggi dapat menyebabkan masalah serius pada anak. Masalah yang sering terjadi pada kenaikan suhu tubuh diatas 38°C yaitu kejang demam (Ngastiyah, (2012) dalam (Regina Putri, (2017)).

Kejang demam yang sering disebut step, merupakan kejang yang terjadi pada saat seorang bayi ataupun anak mengalami demam tanpa infeksi sistem saraf pusat yang dapat timbul bila seorang anak mengalami demam tinggi (Sudarmoko, 2013). Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun. Sedangkan usia < 4 minggu dan pernah kejang tanpa demam tidak termasuk dalam kategori ini. (Ridha,2017).

Jadi bedasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium terutama pada anak umur 3 bulan- 5 tahun.

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.

Menurut Gunawan,(2012). Beberapa faktor risiko berulangnya kejang yaitu :

- a. Riwayat kejang dalam keluarga
- b. Usia kurang dari 18 bulan
- c. suhu tubuh rendah saat kejang (di bawah 38°C),
- d. waktu pendek anatar demam dan kejang.

2.1.3 Manifestasi Klinis (Tanda dan Gejala)

Menurut Nurarif (2015) Manifestasi Klinis kejang demam pada anak yaitu serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik, klonik, fokal, atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Setelah kejang berhenti, anak tidak memberi reaksi apapun sejenak, tetapi setelah beberapa detik atau menit anak terbangun dan sadar kembali tanpa defisit neurologis. Kejang dapat diikuti oleh *hemiparesis* sementara yang berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari. Kejang unilateral yang

lama diikuti oleh *hemiparesis* yang menetap. Bangkitan kejang yang berlangsung lama sering terjadi pada kejang demam yang pertama.

Durasi kejang bervariasi, dapat berlangsung beberapa menit sampai lebih dari 30 menit, tergantung pada jenis kejang demam tersebut. Sedangkan frekuensinya dapat kurang dari 4 kali dalam 1 tahun sampai lebih dari 2 kali sehari. Pada kejang demam kompleks, frekuensi dapat sampai lebih dari 4 kali sehari dan kejangnya berlangsung lebih dari 30 menit.

Menurut Nurarif (2015) Gejalanya berupa:

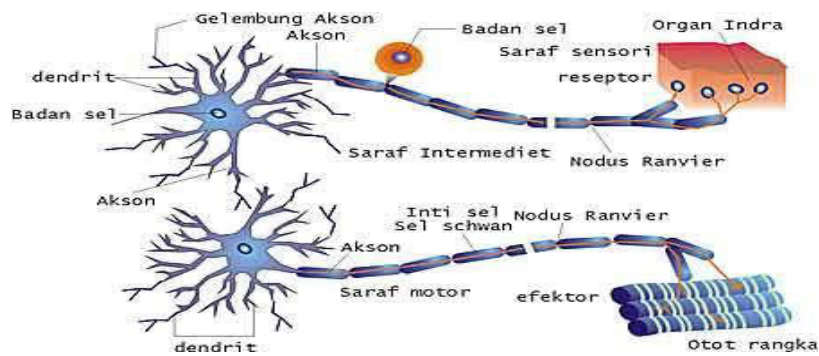
- a. Demam (terutama demam tinggi atau kenaikan suhu tubuh yang terjadi secara tiba-tiba)
- b. Pingsan yang berlangsung selama 30 detik - 5 menit (hampir selalu terjadi pada anak-anak yang mengalami kejang demam)
- c. Postur tonik (kontraksi dan kekakuan otot menyeluruh yang biasanya berlangsung selama 10-20 detik)
- d. Gerakan klonik (kontraksi dan relaksasi otot yang kuat dan berirama, biasanya berlangsung selama 1-2 menit)
- e. Gangguan pernafasan
- f. *Apnea* (henti nafas)

2.1.4 Anatomi Saraf

Menurut Snell, Richard S (2006), sistem saraf dibagi dalam dua bagian besar, susunan saraf pusat terdiri atas otak dan medulla spinalis, dan susunan saraf perifer, terdiri atas 12 pasang saraf kranial dan 31 pasang saraf spinal beserta gangliannya. Secara fungsional, sistem saraf dapat

dibagi dalam susunan saraf somatif yang mengatur gerakan *volunter* dan susunan saraf otonom yang mengatur rangkaian *involunter*.

Gambar : 2.1 Bagian neuron



Sumber: Snell, 2006.

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 perifer

Susunan saraf perifer terdiri atas saraf-saraf kranial dan saraf-saraf spinal beserta ganglia. Pada saraf kranial terlihat sebagai tali berwarna putih keabu-abuan. Saraf perifer terbentuk dari berkas-berkas serabut saraf (*axon*) yang disokong oleh jaringan *areola* halus.

1) Saraf kranial

Dua belas saraf pasang kranial meninggalkan otak dan berjalan melewati *foramina* pada tengkorak. Seluruh saraf mensyarafi kepala dan leher, kecuali Nervus X (Vagus) yang juga mensyarafi struktur yang ada di thorak dan abdomen.

2) Saraf spinal

Saraf spinal yang berjumlah 30 pasang meninggalkan medulla spinalis dan berjalan melalui *foramina intervertebralia* pada *columna vertebralis*. Syaraf spinal dinamakan sesuai dengan nama *regio columna vertebralis* tempat syaraf ini berhubung: 8 nervus servikalis, 12 Nervus Torakalis, 5 lumbalese, 5 Nervus Sakrales, 1 *Coccygeus*.

Perhatikan bahwa terdapat 8 buah Nervus Cervikales dan hanya ada 7 buah vertebra cervikales dan terdapat 1 buah Nervus *Coccygeus* dan 4 buah vertebra *Coccygeus*, selama masa perkembangan, medulla spinalis bertambah panjang lebih lambat daripada *columna vertebralis*. Pada orang dewasa yang perkembangannya telah berhenti, ujung *medulla spinalis* tinggi bawah *vertebral lumbalis* untuk menyesuaikan diri dengan

pertumbuhan yang tidak seimbang ini radiks spinalis dari segmen yang lebih bawah, lebih panjang daripada radiks spinalis di atasnya.

Pada daerah servikal atas radiks spinal pendek yang berjalan hampir horizontal tetapi *radiks nervus lumbales* dan *nervus cereles* dibawah ujung *medulla spinalis* membentuk sebuah berkas saraf vertical yang menyerupai ekor kuda disebut *cauda equine*. Masing-masing saraf spinal dihubungkan dengan medulla spinalis oleh dua radis : Radis anterior terdiri atas berkas saraf serabut saraf yang membawa implus saraf menjauhi susunan saraf pusat. Serabut saraf ini dinamakan serabut eferen. Serabut eferen yang menuju ke otot skelet dan meyebabkan otot berkontraksi dinamakan serabut motorik.

3) *Plexus*

Pada pangkal extremitas, *rami anteriores* bergabung dengan rami anteriores yang lain membentuk plexus saraf yang rumit. Pembagian klasik system saraf menjadi susunan saraf pusat dan perifer adalah kesepakatan belakang dan bertujuan untuk memudahkan pendeskripsian saraf. Tonjolan-tonjolan neuron-neuron dapat berjalan bebas pada kedua susunan tersebut.

c. 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*.

1) 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 communicates alba* ke *ganglia paravertebralis truncus sympathicus*. Serabut sel-sel penghubung disebut *perganglioik* karena serabut ini menuju ke ganglion perifer.

b) Serabut saraf aferen

Serabut saraf aferen bermielin berjalan dari visera melalui ganglia simpatik tanpa bersih napas. serabut-serabut tersebut masuk ke spinal melalui *rami communicates 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.

2) 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 cranialis 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

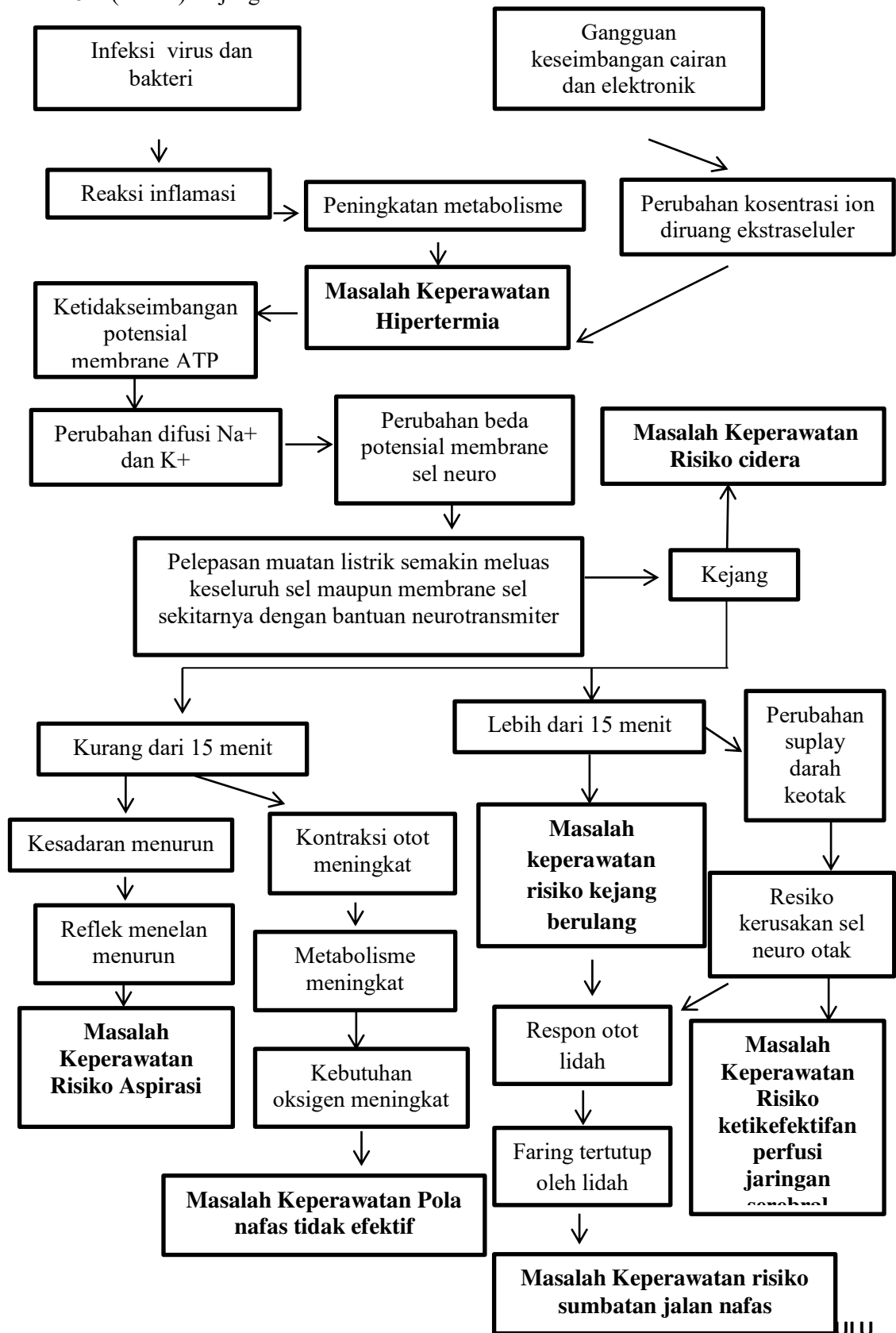
Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan energi yang dapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glukosa. Sifat proses ini adalah oksidasi dengan perantaraan fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak melalui sistem kardiovaskuler. Dari uraian tersebut dapat diketahui bahwa sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari

permukaan dalam adalah lipoid dan permukaan luar adalah *ionic*. Keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K^+) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium (Na^+) dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida (Cl^-) akibat konsentrasi K^+ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na^+ rendah, sedangkan di luar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena perbedaan jenis dan konsentrasi ion di dalam dan di luar sel, maka terdapat perbedaan potensial yang disebut potensial membran dari sel neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel (Ngastiyah, 2005).

Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun ke membran sel yang lain dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter dan terjadilah kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung dari tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak menderita kejang pada kelainan suhu tertentu. Anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang telah terjadi pada suhu $38^{\circ}C$ sedangkan pada anak dengan ambang kejang tinggi kejang baru terjadi pada suhu $40^{\circ}C$ atau lebih, dari kenyataan ini dapat disimpulkan bahwa terulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada ambang kejang yang rendah sehingga dalam penanggulangannya perlu memperhatikan pada tingkat suhu berapa pasien menderita kejang (Ngastiyah, 2005).

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak menimbulkan gejala sisa tetapi pada kejang yang berlangsung lama (>15 menit) biasanya disertai dengan terjadinya *apnea*, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anaerobik, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan seluruh tubuh makin meningkat disebabkan meningkatnya aktivitas otot dan selanjutnya menyebabkan otot meningkat. Rangkaian kejadian di atas adalah faktor penyebab terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama (Ngastiyah, 2005).

2.1.6 (WOC) Kejang Demam



Sumber : Hassan (2005), Rudolph (2007),

2.1.7 Komplikasi

Menurut Ngastiyah (2005) risiko terjadi bahaya / komplikasi yang dapat terjadi pada pasien kejang demam antara lain:

- a. Kerusakan sel otak
- b. Penurunan *Intelligence Quotients* (IQ) pada kejang demam yang berlangsung lama lebih dari 15 menit dan bersifat unilateral.
- c. Epilepsi
- d. Kelumpuhan

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Nurarif (2015) pemeriksaan penunjang pada kejang demam yaitu

- a. Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah 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 *Elektroensefalogram* (EEG) dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.

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

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

b. Setelah kejang berhenti

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

1) Antipiretik

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

2) Antikonvulsan

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

c. Bila kejang berulang

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

1) Kejang lama lebih dari 15 menit

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

3) Kejang fokal

4) Bila ada keluarga sekandung yang mengalami epilepsi

Disamping itu, terapi rumatan dapat dipertimbangkan untuk

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

2.2 Konsep Asuhan keperawatan Teoritis

Menurut Kamus Besar bahasa Indonesia, kata asuhan berarti “hasil mengasuh, bimbingan atau didikan. Keperawatan diartikan sebagai disiplin ilmu yang berorientasi kepada praktik keperawatan berdasarkan ilmu keperawatan yang ditujukan untuk memberikan perawatan kepada klien, menurut Nursalam (2001).

Proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditunjukkan untuk memenuhi tujuan keperawatan, yang meliputi: mempertahankan keadaan kesehatan klien yang optimal, apabila keadaannya berubah membuat suatu jumlah dan kualitas tindakan keperawatan terhadap kondisinya guna kembali ke keadaan yang normal. Proses keperawatan menurut Nursalam(2001) dikelompokkan menjadi 5 tahap, yaitu:

Berikut ini merupakan asuhan keperawatan teori pada pasien dengan kejang demam pada anak yang dimulai dari:

2.2.1 Pengkajian

Menurut Hutagalung(2019) Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan. Proses keperawatan ini mencakup dua langkah yaitu, pengumpulan data dari sumber subjektif dan objektif:

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

a. Data subyektif

1. Biodata/Identitas

Biodata anak mencakup nama, umur (pada kejang demam tersering menyerang anak-anak dengan 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

Alasan/keluhan yang menonjol pada pasien kejang demam untuk datang ke rumah sakit adalah panas tinggi dan kejang.

3. Riwayat Penyakit

a) Riwayat penyakit sekarang :

Biasanya 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, maka diketahui apakah infeksi memegang peranan dalam terjadinya bangkitan kejang.

c) Lama serangan

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

d) Pola serangan

- 1) Perlu diusahakan agar diperoleh gambaran lengkap mengenai 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. Prognosa makin kurang baik apabila kejang timbul pertama kali pada umur muda.

f) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah *aura* atau rangsangan tertentu 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. Pada umumnya setelah mendapat imunisasi DPT (Difteri, Pertusi dan Tetanus) efek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang.

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 dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.
- 3) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.
- 4) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

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*, *opistotonus*, *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.

Menurut Hidayat, (2001) Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses yang aktual dan potensial.

Diagnosa keperawatan memberikan dasar pemilihan intervensi yang menjadi tanggung gugat perawat.

Menurut Nursalam (2001) diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau respon perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, diagnosa keperawatan dapat bersifat aktual, potensial dan resiko. Diagnosis keperawatan didasarkan pada masalah yang muncul pada saat pengkajian, yaitu meliputi :

a. **Diagnosis Aktual**

Penilaian klinis tentang pengalaman atau tanggapan individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan yang terjadi saat ini.

b. **Diagnosis Risiko**

Diagnosis risiko mewakili kerentanan terhadap masalah kesehatan.

c. **Diagnosis Potensial**

Diagnosis potensial adalah promosi kesehatan untuk mengidentifikasi bidang-bidang yang dapat ditingkatkan mengenai kesehatan.

Berdasarkan pada semua data pengkajian diagnosa keperawatan utama yang dapat muncul pada klien dengan kejang demam pada anak antara lain :

a. **Hipertermia berhubungan dengan:**

- 1) Peningkatan laju metabolisme
- 2) Dehidrasi
- 3) Terpapar lingkungan penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- 4) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan

b. **Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan:**

1. Kebutuhan oksigen menurun
2. Hambatan upaya napas (mis. Nyeri saat bernapas, kelemahan otot pernapasan)

3. Penurunan energi

c. Risiko aspirasi Ditandai dengan:

- 1) Penurunan tingkat kesadaran
- 2) Kerusakan mobilitas fisik
- 3) Reflek menelan menurun

d. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan;

- 1) Hipersekresi jalan napas
- 2) Proses infeksi
- 3) Respon alergi

e. Resiko cedera berhubungan dengan:

- 1) Disfungsi autoimun
- 2) Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

2.2.3 Rencana Keperawatan.

Menurut Nursalam, (2001) Perencanaan (Intervensi) adalah suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan dan intervensi. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik misalnya, semua klien pasca operasi memerlukan suatu pengamatan tentang pengelolaan cairan dan nyeri. Sehingga semua tindakan keperawatan harus distandarilisasi.

Menurut Nurarif, A. H., & Kusuma,(2016) Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi keperawatan	
			Intervensi 1	Intervensi 2
	<p>Hipertemia</p> <p>Penyebab</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dehidrasi 2. Terpapar lingkungan panas proses penyakit (mis. Infeksi, kanker) 3. Ketidaksesuaian pakakaian dengan suhu lingkungan 4. Peningkatan laju metabolisme 	<p>Setelah dilakukan tindakan 1X2 4 jam maka diharapkan masalah keperawatan hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>Ekspektasi : Membaik</p> <p>Termoregulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kulit merah 2. Mengigil 3. Kejang 4. Akrosianosis 5. Konsumsi oksigen 	<p>Manajemen hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. indentifikasi penyebab hipertermia(mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator. 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor luaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia 	<p>Regulasi Temperatur</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. monitor suhu bayi sampai stabil (36,5-37,5 C) 2. Monitor suhu tubuh anak tiap dua jam, jika perlu 3. Monitor tekanan darah, frekuensi pernapasan dan nadi 4. Monitor warna dan suhu tubuh kulit. 5. Monitor dan catat tanda

	<p>Tanda Dan Gejala :</p> <p>Subjektif : (Tidak tersedia)</p> <p>Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu tubuh di atas nilai normal 2. Kulit merah 3. Kejang 4. Takikardi 5. Takipnea 6. Kulit terasa hangat 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Piloereksi vasokonstriksi perifer 7. Kutis memorata 8. Pucat 9. Takikardi 10. Takipnea 11. Bradikardi 12. Dasar kuku sianolik 13. hipoksia 	<p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Sediakan lingkungan yang dingin 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi dan kipai permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika hiperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal, (mis, kompres 	<p>dan gejala hipotermia atau hipertermia</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pasang alat pemantauan suhu kontinu, jika perlu 7. Tingkatkan asupan cairan dan nutrisi yang adekuat 8. Bedong bayi segera setelah lahir untuk mencegah kehilangan panas 9. Gunakan topi bayi untuk mencegah kehilangan panas padabayi baru lahir 10. Tempatkan bayi baru
--	--	--	--	--

			dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)	lahir di bawah radiant warmer
			12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin	11. Pertahankan kelembaban inkubator 50% atau lebih untuk mengurangi kehilangan panas
			13. Berikan oksigen, jika perlu Edukasi	Edukasi
			14. Anjurkan tirah baring. Kolaborasi	12. Jelaskan cara pencegahan <i>heat exhaustion</i> dan <i>heat stroke</i> .
			15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu.	13. Jelaskan cara pencegahan hipotermi karena terpapar udara dingin

				kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian antipiretik,jika perlu
	<p>Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan oksigen menurun 2. Hambatan upaya napas (mis. kelemahan otot pernapasan) 3. Penurunan energi 4. Kecemasan 	<p>Setelah dilakukan tindakan 1X2 4 jam maka diharapkan masalah keperawatan pola napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi semenit 2. Kapasitas vital 3. Diameter thoraks anteriorposterior 4. Tekanan ekspirasi 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot, ataksik) 3. Monitor kerampuan batuk

	<p>Gejala dan Tanda</p> <p>Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Ortopnea <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan <i>Pursed-lip</i> 2. Pernapasan cuping hidung 3. Tekanan ekspirasi menurun 4. Tekanan inspirasi menurun 5. Pola napas abnormal 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Tekanan inspirasi 6. Dispnea 7. Penggunaan otot bantu napas 8. Pemanjangan fase ekspirasi 9. Ortopnea 10. Pernapasan <i>pursed-lip</i> 11. Pernapasan cuping hidung 12. Frekuensi napas 13. Kedalaman napas 14. Ekskursi dada 	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (Jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 5. Posisikan semi-Fowler atau Fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada, jika periu 8. Lakukan penghisapan iendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan 	<p>efektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray toraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Atur interval pernantauan
--	---	---	--	---

	<p>6. Penggunaan otot bantu pernapasan</p>		<p>endotrakeal</p> <p>10. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</p> <p>11. Berikan oksigen, jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <p>12. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi</p> <p>13. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>14. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>	<p>respirasi sesuai kondisi pasien</p> <p>12. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>14. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p>
--	--	--	--	--

	<p>Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spasme jalan napas 2. Hipersekresi jalan napas 3. Proses infeksi <p>Tanda dan gejala</p> <p>Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea <p>Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif 	<p>Setelah dilakukan tindakan 1X2 4 jam maka diharapkan masalah keperawatan bersihan jalan napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dispnea 2) Sianosis 3) Gelisah 4) Frekuensi napas 5) Pola napas 	<p>Pemantauan respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor Biot, ataksik)pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi, Kussmaul, Cheyne-Stokes, 3. Monitor kemampuan batuk efektif 4. Monitor adanya produksi sputum 	

	<p>2. Tidak mampu batuk</p> <p>3. Sputum berlebih</p> <p>4. Mengi,wheezing, dan atau ronkhi</p> <p>5. Mekonium di jalan napas</p> <p>6. Gelisah</p> <p>7. Sianosis</p> <p>8. Bunyi napas menurun</p> <p>9. Frekuensi napas berubah</p> <p>10. Pola napas berubah</p>		<p>5. Monitor adanya sumbatan jalan napas</p> <p>6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</p> <p>7. Auskultasi bunyi napas</p> <p>8. Monitor saturasi oksigen</p> <p>9. Monitor nilai AGD</p> <p>10. Monitor hasil x-ray toraks</p> <p>Terapeutik</p> <p>11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p>	
--	--	--	---	--

			12. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	
			13. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu	

2.2.4 Implementasi keperawatan

Menurut Wilkinson.M.J, (2012) Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan melaksanakan intervensi/aktivitas yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melaksanakan intervensi dan aktivitas yang telah dicatat dalam rencana perawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya, pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respons klien terhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini kepada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya. Komponen tahap implementasi :

1. Tindakan keperawatan mandiri.
2. Tindakan keperawatan edukatif.
3. Tindakan keperawatan kolaboratif.
4. Dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien terhadap asuhan keperawatan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Menurut Setiadi,(2012) tahapan penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara

berkesinambungan dengan melibatkan klien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya. Terdapat dua jenis evaluasi:

a. Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi formatif berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan. Evaluasi formatif ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan guna menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Perumusan evaluasi formatif ini meliputi 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP(Subjektif,Objektif,Analisa,Perencanaan):

- 1) *Subjektif* (S) : Data subjektif dari hasil keluhan klien,
- 2) *Objektif* (O) : Data objektif dari hasil observasi yang dilakukan oleh perawat.
- 3) *Analisis*(A) : Masalah dan diagnosis keperawatan klien yang dianalisis atau dikaji dari data subjektif dan data objektif.
- 4) *Perencanaan*(P) : Perencanaan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan, baik yang sekarang maupun yang akan datang dengan tujuan memperbaiki keadaan kesehatan klien.

b. Evaluasi Sumatif (Hasil)

Setiadi,(2012) menyatakan Evaluasi sumatif adalah evaluasi yang dilakukan setelah semua aktivitas proses keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi sumatif ini bertujuan menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Ada 3 kemungkinan evaluasi yang terkait dengan pencapaian tujuan keperawatan yaitu:

- 1) Tujuan tercapai atau masalah teratasi jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.
- 2) Tujuan tercapai sebagian atau masalah teratasi sebagian atau klien masih dalam proses pencapaian tujuan jika klien menunjukkan perubahan pada sebagian kriteria yang telah ditetapkan.
- 3) Tujuan tidak tercapai atau masih belum teratasi jika klien hanya menunjukkan sedikit perubahan dan tidak ada kemajuan sama sekali.

3.2 Konsep Teori dan Teknik Kompres Hangat

3.2.1 Pengertian

Pada anak yang panas perawat sering melakukan kegiatan untuk penurunan panas tersebut salah satunya dengan kompres (Sri P, dkk, 2008). Sri dan Winarsih (2008) yang melaporkan penelitian Swardana, dkk (1998) menyatakan bahwa menggunakan air dapat memelihara suhu tubuh sesuai dengan fluktuasi suhu tubuh pasien. Kompres hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi. Hasil penelitiannya Swardana, dkk (1998) yang berjudul pengaruh kompres hangat terhadap perubahan suhu tubuh menunjukkan adanya perbedaan efektifitas kompres dingin dan kompres hangat dalam menurunkan suhu tubuh.

3.2.2 Manfaat

Kompres hangat telah diketahui mempunyai manfaat yang baik dalam menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami panas tinggi di rumah sakit karena menderita berbagai penyakit infeksi. (Sri dan

Winarsih, 2008) menyatakan bahwa kompres hangat lebih banyak menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin, karena akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah, pasien menjadi menggigil. Dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori – pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh.

3.2.3 SOP Kompres Air Hangat

NO	Tahap Persiapan
1	Jelaskan prosedur dan Demonstrasikan Kepada Keluarga Cara Kompres
2	Persiapan Alat: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="528 1630 868 1664">– Ember ata waskom air <li data-bbox="528 1709 1299 1821">– Air hangat untuk anak-anak (34-37°C) sedangkan untuk orang dewasa yaitu (40°C-45°C) <li data-bbox="528 1865 810 1899">– Lap mandi 6 buah <li data-bbox="528 1944 863 1977">– Handuk mandi 1 buah

	<ul style="list-style-type: none"> - Selimut mandi 1 buah - Perlak besar 1 buah - Thermometer Bathub - Selimut tidur 1 buah
	Tahap pelaksanaan
3	Berikan kesempatan anak untuk menggunakan urinal atau pispot sebelum kompres
4	Ukur suhu anak dan catat suhu sebelum melakukan tindakan kompres
5	<ul style="list-style-type: none"> -Matikan pendingin ruangan (Kipas angin atau AC Ruangan) -Buka seluruh pakaian pasien -Letakan Lap mandi di kepala, aksila dan lipatan paha -lap ekstremitas selama 5 menit, bada, punggung dan bokong 10-15 menit.
6	Hentikan prosedur tindakan jika anak kedinginan atau mengigil, atau suhu tubuh anak mendekati normal
7	<ul style="list-style-type: none"> -Selimuti anak dengan selimut tidur -Pakaikan anak baju yang tipis dan mudah menyerap keringat
8	Catat suhu tubuh anak sebelum dan setelah prosedur (60 menit setelah pemberian antipiretik
	Tahap Evaluasi
9	Identifikasi perbedaan suhu tubuh setelah periode intervensi

BAB III

TINJAUAN KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN. Z DENGAN KASUS KEJANG DEMAM DI RUANG MAWAR RSUD CURUP TAHUN 2022

3.1 Pengkajian

3.1.1 Biodata

1. Identitas Klien

- a. Nama : An.Z
- b. TTL/Usia : 13-11-2019/ 2.8 Tahun
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : Belum Sekolah
- f. Alamat : Air Sengak
- g. Tanggal masuk : 14-07-2022
- h. Tanggal pengkajian : 14-07-2022
- i. No.RM : 235501

2. Diagnosa Medis : Kejang Demam

3. Identitas Orang tua

a. Ayah

- 1) Nama Ayah : Tn.A
- 2) Usia : 28 Tahun

- 3) Pendidikan : SMA
- 4) Pekerjaan : Swasta
- 5) Agama : Islam
- 6) Alamat : Air Sengak

b. Ibu

- 1) Nama : Ny.J
- 2) Usia : 30 Tahun
- 3) Pendidikan : S1
- 4) Pekerjaan : IRT
- 5) Agama : Islam
- 6) Alamat : Air Sengak

4. Identitas Saudara Kandung

No.	Nama	Usia	Hubungan	Status Kesehatan
-	-	-	-	-

NB : Klien merupakan anak pertama

3.1.1 Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

- a. Keluhan Utama :Pasien datang ke IGD Menggunakan mobil Pukul 11.00 wib, Pasien Demam sudah 1 hari yang lalu dan sampai sekarang pasien mengalami Demam dan Disertai Kejang. BB: 11kg TB: 78 cm, terdapat Sariawan di mulut

pasien dan Pernah muntah di pagi Hari.

- b. Riwayat Penyakit Sekarang :Pasien sudah mengalami demam dari kemarin sore. Sebelum kerumah sakit orang tua pasien mengecek suhu pasien dengan hasil 40°C , Pasien juga terkena saariawan dan pasien juga Mengalami kejang Hari ini sudah $3x >5$ menit. Kejangnya seluruh badan Tangan mengengam mata terbuka dan melihat ke atas, mulut terbuka, kaki dan tangan seperti tersentak-sentak.
- c. Keluhan Saat Pengkajian :Pada tanggal 14 juli 2022 pukul 11.10 WIB, ayah klien mengatakan anaknya masih demam dan Pada saat memeriksa suhu tubuh terdapat hasil $38,6^{\circ}\text{c}$, pasien mengalami kejang di IGD $<$ dari 5 menit. Kejang seperti Tersentak-sentak, Tangan mengengam dan mata melihat ke atas. RR : 30x/menit, N: 120x/menit, T : $38,6^{\circ}\text{C}$

Riwayat Kesehatan Lalu :ayah klien mengatakan bahwa anaknya pernah mengalami step pada usia 1,8 Tahun.

a. Prenatal care

- 1) Ibu memeriksa kehamilan di : Bidan Desa
- 2) Keluhan Saat hamil : Ibu Mengatakan bahwa selama hamil ibu pasien hanya mengalami mual.
- 3) Riwayat terkena radiasi : Tidak ada
- 4) Riwayat BB selama hamil : Meningkat
- 5) Riwayat Imunisasi TT : TT3
- 6) Golongan darah ibu : Tidak pernah Mengecek
- 7) Golongan darah ayah : Tidak pernah Mengecek

b. Natal

- 1) Tempat melahirkan : Bidan Desa
- 2) Jenis persalinan : Normal
- 3) Penolong persalinan : Bidan
- 4) Komplikasi yang dialami oleh ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : Tidak ada

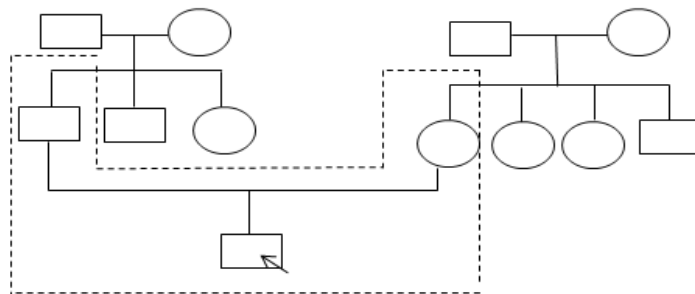
c. Post Natal

- 1) Kondisi bayi : Baik
- 2) Anak pada saat lahir : Bayi langsung menangis.
- 3) Klien pernah mengalami sakit : Tidak pernah

4) Riwayat kecelakaan : Tidak ada

2. Riwayat Kesehatan Keluarga

Genogram



Keterangan

- = Laki- ↗ = Klien
 ○ = Perempuan ----- = Tinggal
 ✕ = Meninggal

3. Riwayat Imunisasi

No	Jenis Imunisasi	Waktu pemberian	Frekuensi	Reaksi Setelah pemberian	Frekuensi
1	BCG	Usia 2 Bulan	1x	Demam	-
2	DPT (I,II,III)	Bulan ke 2,3,4	3x	-	-
3	POLIO (I,II,III,IV)	Baru Lahir 1,2,3,4	4x	-	-
4	CAMPAK	9 bulan	1x	Demam	-
5	HEPATITIS	1 Hari	1x	-	-

4. Riwayat Tumbuh Kembang

a. Pertumbuhan Fisik

1) Berat Badan : 11 kg

- 2) Panjang badan : 78 cm
- 3) Waktu tumbuh gigi : 8 Bulan

b. Perkembangan Tiap Tahap

- Usia anak saat ini : 2,8 Tahun
- 1) Berguling : 8 Bulan
 - 2) Duduk : 9 Bulan
 - 3) Merangkak : 9-12 Bulan
 - 4) Berdiri : 12 Bulan
 - 5) Berjalan : 12-15 Bulan
 - 6) Senyum pertama kali : 1-3 bulan
 - 7) Bicara pertama kali : 18-12 bulan
 - 8) Berpakaian tanpa bantuan: Belum Bisa

5. Riwayat Nutrisi

- a. Pemberian ASI : Ibu klien mengatakan bahwa dari lahir sampai umur sampai umur 6 bulan klien meminum ASI.
- b. Pemberian susu formula
 - 1) Alasan pemberian : Ny.J mengatakan umur anaknya sudah lebih dari 6 Bulan.
 - 2) Jumlah pemberian : 3x50 cc Asupan Tambahan
 - 3) Cara pemberian : Memakai Dot

Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Nutrisi Saat Ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0-6 Bulan	Asi	6 Bulan
6-9 Bulan	Bubur	3 Bulan
9-11 Bulan	Nasi Tim	3 Bulan
12-sekarang	Nasi Biasa	12- Sekarang

6. Riwayat Psikososial

- a. Anak tinggal bersama : Bersama orang tua
- b. Lingkungan berada di : Air sengak, Daerah yang padat penduduk dan tempat tinggal klien masih termasuk lingkungan perdesaan.
- c. Kamar klien : Klien satu kamar dengan ayah dan ibunya
- d. Rumah ada tangga : Tidak ada
- e. Hubungan antar anggota keluarga : Harmonis
- f. Pengasuh anak : An.z Diasuh oleh ibunya sendiri.

7. Riwayat Spiritual

- a. Support sistem dalam keluarga : Baik keluarga selalu mendukung dan

menyelesaikan masalah

bersam.

b. Kegiatan keagamaan

:Keluarga selalu mengagaji

bersama di rumah pada

waktu magrib dan subuh,

sering sholat bersama pada

waktu maghrib, isya, dan

subuh.

8. Aktivitas sehari-hari

No.	Kondisi	Sebelum sakit	Saat sakit
1.	Nutrisi a. Selera makan b. Porsi makan	Baik 1 porsi	Kurang porsi makan dari RS
2.	Cairan a. Jenis minuman b. Frekuensi minum c. Kebutuhan cairan	Air Putih 4-6x 1000-1500 ml	Air Putih 2-4 x 100-500 ml
3.	Eliminasi (BAB & BAK) a. Tempat pembuangan b. Frekuensi c. Konsistensi	Pempes Bab 2x/Hari Bak 8-10x/Hari BAB lembek	Pempes BAB 1-3x/Hari BAK 3-5x/Hari Karna sudah 4x ganti pempes Selama di RS BAB Encer

	d. Kesulitan e. Obat pencahar	Tidak Ada Tidak Ada	Tidak ada Tidak ada
4.	Istirahat tidur a. Jam tidur Siang Malam b. Pola tidur c. Kebiasaan sebelum tidur	2 jam 8-10 jam Teratur Bermain HP	1 Jam 6-8 Jam Tidak teratur Tidak ada
5.	Personal Hygine a. Mandi b. Cuci rambut c. Gunting kuku d. Gosok gigi	2x/Hari 2x/Hari 2 Minggu sekali dengan Ny.J Tidak ada	Tidak ada Tidak ada Tidak ada Tidak ada

9. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : Tampak lemah
- b. Kesadaran : *Compos mentis*
- c. Tanda-tanda Vital
 - 1) Denyut nadi : 120x/m
 - 2) Suhu : 38,6°C
 - 3) Pernapasan : 30x/m
- d. Berat badan : 11 Kg
- e. Tinggi badan : 78 cm

f. Kepala

Inspeksi

- 1) Hygiene kepala : Bersih
- 2) Warna rambut : Hitam
- 3) Penyebaran rambut : Merata
- 4) Mudah rontok : Tidak
- 5) Kebersihan rambut : Bersih

Palpasi

- 1) Penutupan ubun-ubun : tertutup sempurna
- 2) Benjolan : tidak ada
- 3) Nyeri tekan : tidak ada
- 4) Tekstur rambut : lembut

g. Muka

Inspeksi

- 1) Simetris/tidak : simetris
- 2) Bentuk wajah : bulat
- 3) Gerakan abnormal : tidak ada
- 4) Ekspresi wajah : sedih

Palpasi

- 1) Nyeri tekan/tidak : tidak ada
- 2) Data lain : tidak ada

h. Mata

Inspeksi

- 1) Sclera : *Anikterik*
- 2) Conjungtiva : *Ananemis*
- 3) Pupil : Isokor
- 4) Posisi mata : Normal/Simetris
- 5) Gerakan bola mata : Normal
- 6) Penutupan kelopak mata : Normal
- 7) Keadaan bulu mata : Normal

Palpasi

- 1) Tekanan bola mata : Tidak ada
- 2) Data lain : Tidak ada

i. Hidung

Inspeksi

- 1) Posisi hidung : simetris
- 2) Bentuk hidung : Normal
- 3) Keadaan septum : Tidak adaperadangan
- 4) Secret/cairan : Tidak ada
- 5) Gangguan : Tidak ada

j. Telinga

Inspeksi

- 1) Posisi telinga : Normal
- 2) Bentuk telinga : Simetris
- 3) Lubang telinga : Bersih
- 4) Penggunaan alat bantu : Tidak ada

Palpasi

1) Nyeri tekan/tidak : Tidak ada

k. Mulut

Inspeksi

1) Gigi : Rapi

2) Gusi : Merah

3) Lidah : Bersih

4) Bibir

a) Bentuk : Simetris

b) Warna : Merah muda

c) Mukosa : Pucat

d) Mulut berbau : Tidak

l. Leher

Inspeksi

1) Kelenjar thyroid : Tidak ada terjadi Pembesaran

Palpasi

1) Kaku kuduk : Tidak Teraba

2) Data lain : Tidak ada

m. Thorax dan pernapasan

Inspeksi

1) Bentuk dada : Simetris

2) Irama pernapasan : cepat

3) Pengembangan dada : normal (simetris kanan dan kiri)

Palpasi

1) Vocal fremitus : Ada, simetris antara kanan dan kiri

2) Massa/nyeri : Tidak ada

Auskultasi

1) Suara napas : Vesikuler

2) Suara tambahan : Tidak ada

n. Abdomen

Inspeksi

1) Membuncit : Tidak ada

2) Ada luka/tidak : Tidak ada

Auskultasi

1) Bising usus : 19x/m

Perkusi

1) Tympani : Pada kuadran kiri atas

2) Pekak : pada daerah kuadran kanan
bawah

3) Redup : Kuadran kanan atas

Palpasi

- 1) Hepar : Tidak ada pembengkakan pada Hepar
- 2) Limfa : Tidak ada pembesaran
- 3) Nyeri tekan : Tidak ada

o. Genitalia dan Anus

- 1) Bentuk : Normal
- 2) Anus : ada

p. Ekstremitas

Ekstremitas Atas

a. Motorik

- 1) Pergerakan kanan/kiri : Normal
- 2) Pergerakan abnormal : Tidak ada
- 3) Kekuatan otot kanan : Baik
- 4) Kekuatan otot kiri : Baik
- 5) Koordinasi gerak : Terkendali

b. Sensori

- 1) Nyeri : Tidak ada
- 2) Rasa raba : Tidak ada

Ekstremitas bawah

- 1) Gaya berjalan : Normal
- 2) Kekuatan otot kanan : Baik
- 3) Kekuatan otot kiri : Baik
- 4) Tonus otot kanan/kiri : Baik

10. Pemeriksaan Refleks

- a. Berkedip : Anak spontan membuka mata
- b. Babinski : Reflek Positif
- c. Galant's : Bergerak di Kasih
Rangsangan
- d. Moro's : Positif
- e. Necs righting : Positif
- f. Neck tonic : Positif
- g. Palmar graps : Positif
- h. Rooting : Respon kuat saat diberi
rangsangan
- i. Menghisap : Reflek hisap baik

11. Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal.	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai satuan	Nilai normal
14-07-2022	Hemoglobin	12.7	g/dl	13.2 - 17.3
	Jumlah Lokosit	8.300	Ul	3.800 - 10.600
	Eritrosit	4.63	Juta/ul	4,4 - 5,9
	Jumlah Trombosit	256.000	Ul	150.000 – 440.000
	MCV	77	Fl	80 – 100
	MCHC	36	g/dl	32 – 36
	MCH	27	Pg	26 - 34
15-07-2022	Hemoglobin	13.8	g/dl	13.2 - 17.3

12. Terapi pengobatan

No.	Tanggal	Nama Obat	Dosis obat
	14 juli 2022	– IVFD RL → Diganti IVFD D5 ¼Ns 20tetes/m – Paracetamol (injeksi) – Diazepam (puyer)	1200/24 jam 150 mg
	15 juli 2022	– Paracetamol (injeksi) Diazepam (Puyer)	150 mg 15 mg
	16 juli 2022	– Paracetamol (injeksi)	50 mg

	<p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak lemah 2. An.Z selalu menangis dan selalu di gendong ayahnya 3. TTV <p>RR : 30x/m T : 38,6°C N : 158x/m Saturasi O2 : 98%</p>	<p>> 15 Menit</p> <p>↓</p> <p>Perubahan suplay Darah Ke otak</p> <p>↓</p> <p>Resikokerusakan sel neuro ke otak.</p>	
	<p>§ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayah klien mengatakan An.Z sarapan roti di pagi hari hanya ½ sajian tidak di habiskan . 2. Ayah klien mengatakan sejak pagi nafsumakan an.z menurun. <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terdapat sariawan di mulut klien. 2. Terdengar bising usus hiperaktif. <ul style="list-style-type: none"> – Bising usus: 19x/m 3. Membran mukosa pucat. 4. Pasien hanya makan-makanan dari RS hanya ¼ porsi. 	<p>Faktor Psikologis (Keenganan Untuk Makan)</p>	<p>Resiko Defisit Nutrisi</p>

3.3 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal ditemukan	Tanggal Teratasi	Diagnosa Keperawatan
1.	14 juli 2022	16 juli 2022	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
2.	14 juli 2022	16 juli 2022	Risiko Cedera Ditandai dengan kejang
3.	14 juli 2022	16 juli 2022	Risiko defisit nutrisi Ditandai Dengan faktor psikologis (mis. Keenganan untuk makan)

3.4 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka termoregulasi membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pucat menurun (5) 2. Kejang menurun (5) 3. Tekanan Nadi membaik (5) 4. Suhu kulit membaik (5) 	Manajemen Hipertermia I.15506 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab Hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia 4. Longgrakan atau lepaskan pakaian 5. Berikan cairan oral 6. Longgarkan atau lepaskan pakaian 7. Lakukan pendiginan Eksternal (mis. Kompres hangat/dingin) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 8. Anjurkan tirah baring Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
2.	Resiko Cedera Dibuktikan Dengan Kejang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan meningkat (5) 	Pencegahan Cedera I.14537 Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Kejadian cedera menurun (5) 3. Gangguan mobilitas menurun (5) 4. Pola istirahat/Tidur membaik (5) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Sedakan pencahayaan yang memadai 3. Gunakan lampu tidur selama jam tidur 4. Sosialisasikan pasien dan keluarga .dengan lingkungan ruang rawat (ms. penggunaan telepon, tempat tidurt penerangan rtangan dan lokasi kamar mandi) 5. Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat dgunakan 6. Pastkan roda tempat tjdur atau kursi roda dalam kondisi terkunci 7. Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan alasan intervensi pencegahan Jatuh ke pasien dan keluarga
3.	Resiko defisit nutrisi ditandai	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka Status nutrisi membaik	<p>Manajemen Nutrisi</p> <p>I.03119</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. identifikasi alergi dan

	<p>dengan faktor psikologis (mis. Keenganan untuk makan)</p>	<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat (5) 2. Sariawan menurun (5) 3. Nafsu makan membaik (5) 4. Frekuensi makan membaik (5) 	<p>intoleransi makanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor berat badan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 5. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 6. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipas <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Anjurkan makan dalam posisi duduk, jika perlu.
--	--	--	--

				120x/m
	3	14.55	4. Monitor berat badan	4. Sebelum sakit BB klien 13kg Setelah di cek di RS BB klien mengalami penurunan
	1	15.00	5. Menganjurkan pasien untuk tirah baring	yaitu BB 11 kg. 5. Klien diajak ayahnya tiduran sambil menonton
	2	15.40	6. Menggunakan pengaman tempat tidur/ sesuai dengan kebijakan fasilitas kesehatan.	6. Pasien baring dengan ayahnya dan menggunakan pagar tempat tidur
	1	15.50	7. Memasang infus dengan cairan D5 ¼ 20 tetes/m	7. Klien menagis pada saat pemasangan infus
	1	16.00	8. Memasukan obat Paracetamol, 100 mg, injeksi IV.	8. Klien masih menagispada saat dimasukan obat
	1	16.05	9. Melakukan kompres hangat Dengan	9. Sebelum dilakukan kompres suhu tubuh 38.5°C setelah dilakukan

			menggunakan, Handuk kecil dengan air hangat dan Suhu Air 34 - 37°C, Dengan posisi di Dahi, aksila dan lipatan Paha.	kompres hangat selama ±10 menit didapatkan suhu pasien 37.7°C.
	3	16.30	10. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan	10. Ayah klien mengatakan klien tidak memiliki alergi apapun
	3	17.00	11. Monitor asupan makanan	11. Klien hanya memakan ¼ porsi. makanan dari rumah sakit.
	3	18.00	12. Menganjurkan pasien untuk makan dalam posisi duduk	12. Klien makan dalam posisi duduk
	1	18.40	13. Memonitor suhu tubuh & melakukan TTV:	13. T: 37.8°C N:120x/m Spo2:98% RR :27x/m
	2	19.00	14. Menggunakan	14. Pasien tidur menggunakan

			pengaman tempat tidur/ ride rails	pagar keamanan tempat tidur.
Jum'at, 15 juli 2022	1	08.00	1. Melakukan TTV & Memonitor Suhu Tubuh.	1. Spo2 : 99% RR : 29x/m N : 130x/m T : 38.1°C
	1	08.15	2. Memasukan obat PCT	2. Memasukan inj.PCT
	1	08.45	3. Melakukan Kompres Hangat dengan Menggunakan handuk kecil dengan air hangat dan suhu air yang digunakan 34 - 37°C. dengan posisi kompres di dahi, kedua aksila dan kedua lipatan paha.	3. Sebelum melakukan tindakan kompres hangat didapatkan suhu tubuh klien 38,1°C dan setelah dilakukan tindakan ±10 menit didapatkan hasil yaitu 37.6
	1	09.20	4. Mengganti cairan infus	4. Mengganti cairan infus dengan Rl 10 tetes /m

2	09.45	5. Mengganjurkan klien untuk tirah baring.	5. Klien baring dengan ibunya dan bermain hp.
3	09.45	6. Mengganjurkan keluarga klien untuk menaikan pagar tempat tidur.	6. Ibu klien menaikan pagar tempat tidur
3	10.00	7. Memonitor berat badan klien	7. BB klien 11
3	10.15	8. Memonitor pengeluaran urine dan BAB.	8. Klien memakai pempes dan BAB encer.
3	11.30	9. Memonitor asupan makanan	9. Klien memakan makanan RS hanya ½ tapi tidak mau memakan sayur-sayuran
3	11.30	10. Menganjurkan klien untuk makan dengan posisi duduk	10. Klien makan dengan posisi duduk
3	12.00	11. Mengganjurkan pasien	11. Klien tidur menggunakan pagar tempat tidur demi

			<p>menggunakan pagar tidur untuk keamanan pasien</p> <p>12. TTV & melengkapi data pengkajian</p>	<p>keselamatan pasien.</p> <p>12. N: 135x/m</p> <p>T: 37.7°C</p> <p>RR : 28x/m</p> <p>Spo2 : 100%</p>
Sabtu, 16 juli 2022	1	08.00	1. TTV & Memonitor suhu tubuh	<p>1. N: 120x/m</p> <p>T: 37.4°C</p> <p>Spo2:100%</p> <p>RR :26x/m</p>
	1	08.30	2. Mensosialisasikan untuk mengompres hangat padapatient jika suhu anak naik lagi.	2. Ibu klien sudah mengerti dan akan mencoba melakukannya
	3	08.40	3. Memonitor asupan makanan	3. Klien menghabiskan sarapannya tapi tidak memakan sayuran.
	3	09.00	4. Menimbang BB	4. BB klien 11,3 kg.

	1	10.00	pasien 5. Melakukan Up Infus.	5. Klien menangis pada saat pelepasan infus.
--	---	-------	-------------------------------------	---

3.6 Evaluasi Keperawatan

Nama Pasien : An.Z No.RM : 235551
 Umur : 2.8 Tahun Dx.Medis : Kejang Demam
 Ruang : Mawar

Hari/ Tanggal	No Dx	Evaluasi Keperawatan																														
Kamis, 14 juli 2022	1	<p>S : ayah klien mengatakan suhu anaknya sedikit turun tidak seperti pagi hari.</p> <p>O : klien tampak berhenti menangis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - TTV T : 37,8°C HR : 120x/m <p>A : Masalah teratasi Sebagian</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pucat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekanan Nadi</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>Kejang</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi di lanjutkan 2,3,4,5,6,7,8,9</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Pucat				✓		Tekanan Nadi				✓		Suhu Tubuh				✓		Kejang			✓		
	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																										
Pucat				✓																												
Tekanan Nadi				✓																												
Suhu Tubuh				✓																												
Kejang			✓																													
	2	<p>S : Ibu klien mengatakan klien tidak mengalami kejang lagi selama di ruang mawar.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak Tenang - Klien sudah berhenti nangis dan tampak tidur. <p>A : Masalah belum terjadi / tidak terjadi</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																								
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											

		<table border="1"> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kejadian cedera</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gangguan mobilisasi</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pola Istirahat/Tidur</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,6,7,8</p> <p>S : ayah klien mengatakan bahwa sore tadi klien makan hanya ¼ porsi makanan RS.</p> <p>O : tampak klien hanya memakan-makanan RS hanya ¼ porsi Makanan RS.</p> <p>A : Masalah belum terjadi / tidak terjadi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porsi makanan yang di habiskan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>sariawan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 3,4,5,6,7</p>	Nafsu makan				✓		Kejadian cedera				✓		Gangguan mobilisasi			✓			Pola Istirahat/Tidur			✓			Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Porsi makanan yang di habiskan			✓			sariawan			✓			Nafsu makan			✓			Frekuensi makan		✓			
Nafsu makan				✓																																																				
Kejadian cedera				✓																																																				
Gangguan mobilisasi			✓																																																					
Pola Istirahat/Tidur			✓																																																					
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																			
Porsi makanan yang di habiskan			✓																																																					
sariawan			✓																																																					
Nafsu makan			✓																																																					
Frekuensi makan		✓																																																						
Jum'at, 15 juli 2022	1	<p>ayah klien mengatakan klien sudahagak mendingan</p> <p>T:37,7°C</p> <p>N: 135x/m</p> <p>klien sudah tampak tenang tidak menangis lagi</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pucat</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Nadi</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>Kejang</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi hipertermi di lanjutkan 2,3,4,5,8</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Pucat					✓	Tekanan Nadi				✓		Suhu Tubuh				✓		Kejang					✓																								
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																																																			
Pucat					✓																																																			
Tekanan Nadi				✓																																																				
Suhu Tubuh				✓																																																				
Kejang					✓																																																			

	2	<p>S : Ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang di Ruang IGD 1x < 5 Menit</p> <p>O : Klien tampak Tenang dan sudah tidak terlalu menangis.</p> <p>A : Masalah tidak terjadi/belum terjadi</p> <table border="1" data-bbox="544 577 1369 860"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan 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</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kejadian cedera</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> </tr> <tr> <td>Gangguan mobilisasi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pola Istirahat/Tidur</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Intervensi dilanjutkan 2,3,7</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Nafsu makan				✓		Kejadian cedera					✓	Gangguan mobilisasi				✓		Pola Istirahat/Tidur				✓	
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
Nafsu makan				✓																												
Kejadian cedera					✓																											
Gangguan mobilisasi				✓																												
Pola Istirahat/Tidur				✓																												
	3	<p>S : ayah klien mengatakan bahwa sore tadi klien makan hanya ¼ porsi.</p> <p>O :tampak klien hanya memakan-makanan RS hanya ½ porsi</p> <p>A : Masalah belum terjadi/tidak terjadi</p> <table border="1" data-bbox="544 1301 1369 1583"> <thead> <tr> <th>Tujuan dan Kriteria Hasil</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Porsi makanan yang di habiskan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sariawan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nafsu makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frekuensi makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>✓</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Intervensi dilanjutkan 3,4,7</p>	Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	Porsi makanan yang di habiskan				✓		Sariawan				✓		Nafsu makan				✓		Frekuensi makan				✓	
Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5																											
Porsi makanan yang di habiskan				✓																												
Sariawan				✓																												
Nafsu makan				✓																												
Frekuensi makan				✓																												
Sabtu, 16 juli 2022	1	<p>S : ibu klien mengatakan anaknya tidakterlalu panas seperti hari kemari</p> <p>O :klien tampak berhenti menangis & kulit klien sudah tidakterasa panas lagi</p> <p>– TTV</p> <p>T : 37,2°C</p> <p>A : Masalah teratasi</p>																														

		Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	
		Pucat					✓	
		Tekanan Nadi					✓	
		Suhu Tubuh					✓	
		Kejang					✓	
		P : Intervensi manajemen hipertermi di hentikan						
	2	S : Ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang di IGD1x						
		O : klien tampak tenang dan sudah tidak menangis lagi.						
		A : Masalah tidak terjadi						
		Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	
		Nafsu makan					✓	
		Kejadian cedera					✓	
		Gangguan mobilisasi					✓	
		Pola Istirahat/Tidur					✓	
		P : Intervensi pencegahan cedera di hentikan						
		S : ayah klien mengatakan bahwa sore tadi klien makan hanya ¼ porsi.						
		O : tampak klien hanya memakan-makanan RS hanya ¼ porsi						
		A : Masalah tidak terjadi						
		Tujuan dan Kriteria Hasil	1	2	3	4	5	
		Porsi makanan yang di habiskan					✓	

		Sariawan						✓
		Nafsu makan						✓
		Frekuensi makan						✓
P : Intervensi status Nutrisi dihentikan								

CATATAN PASIEN PULANG

Nama klien : An.Z
No. Registrasi : 235501
Hari, tanggal pulang : sabtu , 16 juli 2022
Waktu pulang : 10.30 WIB
Jadwal kontrol ulang : 16 juli 2022

Klien pulang pada tanggal 16 juli 2022 dengan pulang atas izin dokter yang merawat, klien pulang dalam kondisi sehat dan tidak mengalami demam lagi. adapun masalah keperawatan yang timbul pada diagnosa 1,2, dan 3 masalah teratasi, ditandai dengan demam yang sudah turun dan tidak mengalami kejang lagi .

1. Kondisi klien

a. Keadaan umum : Baik

b. Tanda-tanda vital

P : 120x/menit

RR : 28x/menit

T : 37,2°C

c. Terapi pulang

Sanmol PCT Syrup 3 x 5 ml /hari

d. Anjurkan pada keluarga klien

Bagi keluarga klien dianjurkan untuk memperhatikan kondisi perkembangan kesehatan klien dirumah, dan perlu untuk memperhatikan lingkungan sekitar untuk menjaga kesehatan dan

jika klien mengalami peningkatan suhu kembali maka keluarga klien harus melakukan tindakan kompres hangat untuk mencegah panas lebih tinggi lagi.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab IV hasil dan pembahasan, penulis akan menjelaskan mengenai kesenjangan-kesenjangan yang terdapat dengan teori dalam praktik. Pembahasan ini meliputi proses keperawatan yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Sehingga dapat diambil suatu kesimpulan dan pemecahan masalah serta dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan yang efektif dan efisien khususnya pada studi kasus asuhan keperawatan pada An.Z dengan Kejang Demam di ruangan Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong.

4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan proses awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Dimana pengkajian yang terdapat dalam tinjauan kepustakaan pada umumnya tidak begitu jauh berbeda dengan yang penulis temukan. Pengkajian pada An.Z dengan penyakit Kejang demam dilakukan pada tanggal 14 juli 2022, dalam mengumpulkan data penyusun menggunakan wawancara dengan pasien dan keluarga, dan mengobservasi keadaan pasien, meliputi pemeriksaan fisik, karena penulis menganggap lebih akurat, serta didukung oleh sumber catatan perawat, catatan medis, dan hasil pemeriksaan penunjang sehingga didapatkan data yang diperlukan.

Berdasarkan pengkajian ini penulis menemukan data-data yang menunjukkan An.Z mengalami Kejang Tonik yaitu Kejang seluruh tubuh Kejangnya seluruh badan Tangan mengengam mata terbuka dan melihat ke atas, mulut terbuka, kaki dan tangan seperti tersentak-sentak. Hal ini sesuai dengan pendapat Nurarif (2015) bahwasanya gejala Kejang demam tonik, yaitu kontraksi dan kekakuan otot menyeluruh yang biasanya berlangsung selama 10-20 detik.

Pasien An.Z dirawat dirumah sakit selama 3 hari dari Kamis 14 juli-16 Juli 2021. Selama 3 hari di rawat anak mengalami suhu tubuh yang naik turun dimulai dari sebelum datang ke IGD suhu tubuh anak 40°C dan setelah sampai ke IGD suhu anak 38,6°C, pada tanggal 15 juli pukul 08.00 WIB. Suhu tubuh anak kembali naik yaitu 38.6°C dan pada tanggal 16 juli pukul 08.00 suhu tubuh anak sudah kembali normal yaitu 37.4°C. Menurut Hutagalung (2019) Pengkajian keperawatan adalah proses pengumpulan, pengujian, analisa, dan mengkomunikasikan data tentang klien. Tujuan pengkajian untuk membuat data dasar tentang tingkat kesehatan klien, praktik kesehatan, penyakit terdahulu, dan pengalaman yang berhubungan, dan tujuan perawatan kesehatan.

Menurut Nurarif (2015) salah satu pemeriksaan penunjang pada kejang demam yaitu pemeriksaan laboratorium darah lengkap. Pemeriksaan ini dilakukan pada An.Z yang meliputi Nilai Hemoglobin berada di angka

12.7 g/dl, sedangkan nilai leukosit berada di angka 8.300 U/L yang artinya masih dalam rentang normal.

Pada penatalaksanaan medik menurut Nurarif, dkk (2015) setelah kejang berhenti, klien diberikan obat antikonvulsan seperti Diazepam oral dan diazepam rektal untuk menurunkan Resiko terjadinya kejang berulang. Sesuai dengan teori Pasien An.Z diberikan obat Diazepam dalam bentuk Puyer dan Paracetamol.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Budiono (2015), Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok. Menurut Rudolph (2007), Diagnosa yang sering muncul pada pasien Kejang demam, Diantaranya:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis.Infeksi).
2. Risiko cedera Dibuktikan Dengan kejang.
3. Pola nafas tidak efektif Berhubungan dengan Kebutuhan Oksigen menurun.
4. resiko aspirasi Dibuktikan dengan penurunan kesadaran.
5. Risiko sumbatan jalan napas di buktikan dengan adanya sekresi yang tertahan.

Berdasarkan teori, diagnosa pada pasien didapatkan dari analisa data. Pada An. Z dapat disimpulkan beberapa diagnosa keperawatan. Ternyata

tidak semua diagnosa pada landasan teori dapat ditemukan pada kasus sebenarnya menurut teori terdapat 5 diagnosa yang akan muncul tetapi Dari analisa data dan berdasarkan keadaan umum pasien serta respon pasien, hanya ada 3 diagnosa yang ditegakkan pada pasien dengan Kejang Demam, yaitu:

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (mis. Infeksi)
2. Risiko cedera Dibuktikan Dengan kejang
3. .Risiko defisit nutrisi di Dibuktikan dengan Faktor Psikologis (mis. Keengganan untuk makan)

Diagnosa yang tidak muncul dikarenakan tidak ada data penunjang untuk mengangkat diagnosa tersebut seperti :

1. Pola nafas tidak efektif : Diagnosa ini tidak di angkat dikarenakan pasien bernafas masih di dalam rentang normal yaitu 28x/m
2. resiko aspirasi : Diagnosa ini tidak di angkat dikarenakan pasien setelah kejang tidak mengalami tertelan atau terhirup benda asing di dalam mulutnya.
3. resiko sumbatan jalan nafas : Diagnosa ini tidak di angkat dikarenakan Pasien bernafas masih dalam rentang normal.

Diagnosa yang muncul pada pasien tersebut muncul berdasarkan teori Doenges dengan cara penulisan diagnosa menyesuaikan dari buku SDKI.

4.3 Intervensi Keperawatan

Setelah pengkajian dan menegakkan diagnosa selanjutnya adalah menyusun rencana keperawatan yang merupakan langkah yang sangat menentukan dalam mencapai keberhasilan di dalam asuhan keperawatan yang dilakukan. Rencana keperawatan dibuat berlandaskan teori menurut SIKI, namun disesuaikan dengan prosedur ruangan, fasilitas yang ada dan faktor-faktor psikologis dan kondisi pasien serta keluarga. Adapun rencana yang dapat dilakukan oleh Penulis untuk intervensinya yaitu:

1. Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit. Intervensi yang diangkat pada Diagnosa ini yaitu Monitor suhu tubuh, monitor komplikasi akibat Hipertermia, longgarkan atau lepaskan pakaian, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (mis. Kompres hangat/Dingin), anjurkan tirah baring dan Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit. Padadiagnosa ini yang tidak diangkat adalah monitorkadar elektrolit, karena tidak dilakukan pemeriksaan kadar elektrolit An.Z.
2. Resiko cedera Dibuktikan dengan Kejang. Intervensi yang diangkat pada diagnosa ini yaitu Sediakan pencahayaan yang memadai Gunakan Lampu tidur selama jam tdur, Sosialisasikan pasien dengan lingkungan ruang rawat, pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan, pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalamkondisi terkunci gunakan pengaman tempat tidur sesuai kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan dan jelaskan alasan intervensi

pengecahan jatuh ke pasien dan keluarga.pada diagnosa ini yang tidak diangkat adalah menggunakan kursi roda karena An.Z tidak menggunakan kursi roda.

3. Resiko defisit nutrisi Dibuktikan Dengan faktor Psikologis (mis. Keengganna untuk makan). Intervensi yang diangkat pada diagnosa ini indentifikasi alergi dan intoleransi makanan, indentifikasi makanan yang disukai, monitor berat badan, lakukan oral hygiene sebelum makan, sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai, berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi, dan anjurkan makan dalamposisi duduk. Pada diagnosa ini yang tidak diangkat adalah lakukan oral hygiene sebelum makan karna An.z masih mengalami sariawan dan hanya berkumur-kumur sebelum makan.

4.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan ada yang dapat dilakukan mandiri oleh penulis dan ada juga yang dilakukan secara berkolaborasi dengan tim kesehatan lain seperti perawat dan melibatkan keluarga klien. Dukungan dari keluarga klien dan tim kesehatan lain, juga merupakan faktor pendukung terlaksananya tindakan keperawatan agar dapat berjalan dengan baik Pelaksanaan studi kasus pada pasien An.Z dengan Kejang demam penyusun melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari perawatan sampai pasien pulang, yaitu mulai tanggal 14 Juli 2022 – 16 Juli 2022.

Menurut purwanti, (2008) cit mohamad (2011) tindakan memberikan kompres hangat pada pasien bertujuan menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi, yaitu hilangnya panas dengan proses keluarnya keringat di bagian kulit tersebut menguap. tindakan kompres hangat dilakukan pada kening, kedua axila, dan kedua selangkangan dimana area tersebut terdapat pembuluh darah besar sehingga akan cepat dalam memberikan atau menghantarkan sinyal ke hipotalamus untuk meningkatkan penguapan dan menurunkan suhu tubuh. Hal ini menyatakan bahwa keefektifan kompres hangat untuk mengatasi demam dikemukakan oleh nova, dkk (2020) dalam jurnal Penerapan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Hipertermia Pada Anak Yang Mengalami Kejang Demam. Mengemukakan bahwa tindakan alternatif yang paling efektif untuk mengatasi hipertermi adalah dengan caramengkompres air hangat terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien anak dengan Hipertermi.

Terkhusus teknik kompres hangat dalam pelaksanaannya penulis melakukan selama 2 hari atau sampai suhu tubuh teratasi/menurun. Dalam 2 hari tersebut, An.Z melakukan teknik kompres hangat sebanyak 2 kali. Adapun dalam pelaksanaannya kompres hangat ada keterbatasan alat yaitu tidak ada termometer Bethub maka penyusun menggunakan alat yang ada di RS yaitu Thermometer Aksila. Tahapan-tahapan yang dilakukan mulai dari komunikasi terapeutik, menanyakan skala nyeri yang dirasakan sekarang, lalu menjelaskan prosedur tindakan, lalu klien dan keluarga mengerti, minta klien untuk berbaring , dan mengompres air hangat. Selanjutnya Hal ini dilakukan sebagai cara agar suhu tubuh klien turun dalam batas normal.

Prosedur yang dilakukan pada intinya sama dengan SOP yang ada. Keberhasilan tindakan yang dilakukan ini dipengaruhi oleh ruangan dan keluarga. Selama terapi Kompres hangat dilakukan ruangan kurang kondusif dikarenakan di kelas 3 atau tempat klien berada penuh dengan pasien dan keluarga yang lain. Pemilihan waktu yang tepat bisa membantu dalam pelaksanaan teknik relaksasi kompres hangat, seperti di berikan diluar jam besuk, atau jam istirahat pasien. Untuk keluarga sendiri cukup kooperatif dan dapat mengikuti dengan baik perintah dan anjuran yang diberikan. Penulis tidak menemukan banyak kesulitan saat pelaksanaan tindakan keperawatan.

4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi Pemberian Kompres Hangat

No	Tanggal	Sebelum Dilakukan Kompres Hangat	Setelah Dilakukan Tindakan Kompres Hangat
1	14 juli 2022	38,5°C	37,7°C
2	15 juli 2022	38,1°C	37,6°C
3	16 juli 2022	37,2°C	Pasien pulang

Hasil Implementasi setelah dilakukan kompres hangat pada An.Z suhu tubuh mulai menurun walaupun terkadang suhunya sering naik turun akan tetapi setelah dilakukan kompres hangat pada An.Z Suhunya selalu mendekati nilai normal. Pada hari pertama Sebelum dilakukan Kompres hangat didapatkan suhu tubuh An.Z adalah 38,5°C, setelah dilakukan Kompres hangat didapatkan suhu tubuh An,Z 37,7°C. pada hari kedua sebelum dilakukan

Kompres Hangat suhu tubuh An.Z adalah 38,1°C, setelah dilakukan Kompres hangat didapatkan hasil suhu tubuh An.Z adalah 37,6°C, dan pada hari ke tiga Suhu tubuh An.Z adalah 37.2°C, dan tidak dilakukan kompres hangat dikarenakan suhu tubuh An.Z sudah masuk dalam kategori normal.

Dari 3 Diagnosa keperawatan yang diangkat 1 diagnosa aktual yaitu hipertermi teratasi sedangkan dua diagnosa resiko yaitu Resiko Cedera dan Resiko Defisit Nutrisi masalah tidak terjadi sampai hari ke 3.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah Penulis melakukan asuhan keperawatan pada An.Z selama 3 Hari dengan diagnosa medis Kejang Demam di ruang Mawar RSUD Curup, maka penulis dapat menarik kesimpulan:

1. Pengkajian

Berdasarkan Pengkajian yang Dilakukan dapat disimpulkan An.Z Masuk RSUD Curup Pada Tanggal 14 juli 2022 pukul 11.00 wib, Sudah Demam dari kemarin sore, Keluhan demam disertai Kejang terdapat Sariawan di mulut dan mengalami muntah di pagi hari. Pada saat dikaji pada tanggal 14 juli 2022 pukul 11.10 wib. An.Z masih Demam Dengan Suhu 38,6°C, pasien mengalami Kejang di Ruangan IGD 1x < 5 menit. RR: 30x/m N:120x/m, T:38,6°C.

2. Diagnosa keperawatan

Setelah dilakukan Pengkajian kepeawatan pada An.Z Diagnosa yang muncul yaitu, Hipertermia Berhubungan Dengan Proses Penyakit, Risiko cedera Ditandai Dengan Kejang, Risiko Defisit nutrisi Ditandai Dengan faktor psikologis (keengganan untuk makan).

3. Intervensi keperawatan

Penyusun menentukan perencanaan tindakan keperawatan guna mencapai tujuan yang diinginkan berdasarkan teori yang ada dalam teori

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang penulisannya menyesuaikan dengan Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Perencanaan dibuat secara teoritis dalam bentuk asuhan keperawatan, kepada pasien dan keluarga pasien secara langsung.

Implementasi keperawatan

Pelaksanaan studi kasus pada pasien An.Z dengan Kejang demam penyusun melaksanakan asuhan keperawatan selama 3 hari perawatan sampai pasien pulang, yaitu mulai tanggal 14 Juli 2022 – 16 Juli 2022. Dan pelaksanaan terapi Kompres Hangat dilakukan pada tanggal 14 dan 15 Juli 2022. Hampir semua intervensi penulis kerjakan, ada beberapa intervensi yang penulis tidak kerjakan.

2. Evaluasi Keperawatan

Kompres hangat efektif dalam menurunkan suhu tubuh pada pada kasus kejang demam. Pada tahap evaluasi ini merupakan penilaian keberhasilan. keperawatan terdapat 3 diagnosa yang penulis angkat teratasi, setelah implementasi dilakukan respon terhadap tindakan yang dilakukan sebagai bentuk penilaian dari keberhasilan implementasi. Evaluasi respon pasien ini dapat dilihat sebagai catatan perkembangan keadaan pasien setiap hari. Terkhusus evaluasi teknik Kompres Hangat, Suhu sebelum dilakukan Kompres hangat adalah $38,1^{\circ}\text{C}$ dan setelah diberikan kompres hangat suhunya beradadi $37,7^{\circ}\text{C}$. Pasien di

perbolehkan pulang pada tanggal 16 Juli 2022 dengan keadaan sembuh dan keadaan umum pasien baik.

5.2 Saran

1. Bagi Akademik

Studi kasus ini menambah kepustakaan dan sebagai bahan studi bagi mahasiswa dan menambah wawasan mengenai Kejang Demam Komplek dan penatalaksanaan menurunkan suhu dengan teknik relaksasi Kompres Hangat.

2. Bagi Perawat

Bagi profesi perawat hendaknya melakukan pengkajian lebih teliti dan lebih akurat demi mendapatkan data yang mendukung, serta dapat menegakkan diagnosa keperawatan yang tepat, sehingga perawat dapat membuat intervensi serta dapat melaksanakan rencana yang telah dibuat dengan menyesuaikan kondisi pasien dan RS dapat meningkatkan pelayanan kesehatan yang diberikan serta dapat mengevaluasi perkembangan keadaan pasien, demi untuk menunjang penyembuhan pasien. Implementasi terapi Kompres Hangat bisa diterapkan pada pasien dengan keluhan Suhu tubuh meningkat secara drastis yang bertujuan untuk menurunkan Suhu tubuh yang Meningkat. Yang mana dalam pelaksanaannya dapat menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang ada dirumah sakit.

3. Bagi Pasien Dan Keluarga

Kepada pasien Kejang Demam Orang tua perlu untuk menjaga pola hidup sehat. berobat secara teratur agar dapat mencegah komplikasi Kejang yang berulang, keluarga dapat melakukan tindakan pertolongan pertama serta dapat melakukan teknik Kompres Hangat dalam mencegah kenaikan suhu yang tinggi pada anak yang telah dipelajari dapat dilakukan secara mandiri apabila anak Demam tinggi muncul kembali.

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.
- Arief, Rifqi. 2015. *Penatalaksanaan Kejang Demam*. Jurnal Rumah Sakit Islam Cempaka Putih, Jakarta Pusat, Indonesia
- Gunawan, Saharso. 2012. *Faktor Risiko Kejang Demam Berulang pada Anak*. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Ikatan Dokter Indonesia Wilayah Jawa Tengah.
- Kustiawan, Ridwan. 2015. *Gambaran Tingkat Kecemasan Orang tua Terhadap Hospitalisasi Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Anak Bawah Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya*. Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada
- Labil, Ketut. 2012. *Pertolongan Pertama Dengan Kejadian Kejang Demam Pada Anak*. Jurnal Keperawatan Poltekkes Denpasar
- Mansjoer, A. 2005. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3. Jakarta : FKUI
- Ngastiyah. 2005. *Perencanaan Anak Sakit, ed 2*. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2001. *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan*. Penerbit Salemba Medika. Jakarta : EGC
- Perry dan Potter. 2005. *Fundamental Keperawatan Edisi 4*. Penerbit Buku Kedokteran. Jakarta : EGC
- Rani S, Sarumpaet SM, & Jemadi. 2011. *Karakteristik Penderita Kejang Demam Pada Balita Rawat Inap Di RSUD Dr. Pirngadi Medan*. Jurnal USU Medan
- Rekam Medik RSUD Curup. 2018. *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.
- Rekam Medik RSUD Curup. 2019. *Laporan tahunan RSUD Curup*. Curup.
- Riyadi, Sujono & Sukarmin. 2020. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Graha Ilmu: Yogyakarta
- Snell, Ricard. 2006. *Anatomi Klinik Untuk Mahasiswa Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1, Jakarta, PersatuanPerawat Indonesia

Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

Rudolph, Abraham M. 2007. *Buku Ajaran Pediatri Rudolph*, Jakarta : EGC.

Wirahmi. 2013. *Analisa Penggunaan Kombinasi Gentamisin Dan Ampisilin Pada Pasien Pediatri Di Bangsal Anak RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu*. Fakultas Farmasi Universitas Andalas. Padang.

**L
A
M
P
I
R
A
N**



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PRODI KEPERAWATAN CURUP
TAHUN AJARAN 2021



Jalan Sapta Marga No. 95 Curup Kabupaten Rejang Lebong telp. 0732-22980, fax. 0732-22981

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : JEPRI PURWANSYAH
NIM : P00320119014
NAMA PENGUJI : Nurbaiti, S.Kep.Ners
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Kejang Demam Kompleks (KDK) Diruang Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022 RSUD Curup.

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Penguji
1	16 April 2022	BAB I	1. Tambahkan Observasi sebelum kalimat terakhir di latar belakang. 2. Tujuan penulisan sesuaikan dengan panduan 3. Tambahkan SOAP kompres Hangat	
2	25 April 2022	BAB I	1. Buat Data Senjang di latar Belakang 2. Perbaiki Lembar Observasi	
3	09 Agustus 2022	BAB III, IV, V	1. Perbaiki SOAP 2. Buat No halaman 3. Tambahkan alat-alat apa saja yang di pakai pada saat implementasi	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

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



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PRODI KEPERAWATAN CURUP
TAHUN AJARAN 2021



Jalan Sapta Marga No. 95 Curup Kabupaten Rejang Lebong telp. 0732-22980, fax. 0732-22981

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : JEPRI PURWANSYAH
NIM : P00320119014
NAMA PENGUJI : Ns. Derison Marsinova Bakara, M.Kep
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Kejang Demam Kompleks (KDK) Diruang Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022 RSUD Curup.

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Penguji
1	25 April 2022	BAB I	1. Tambahkan pada latar belakang yaitu Jurnal yang akan di pakai pada kasus kejang demam.	
2	28 April 2022	BAB I, II	2. Acc Perbaikan	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup

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



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKKES KEMENKES BENGKULU
PRODI KEPERAWATAN CURUP
TAHUN AJARAN 2021











Jalan Sapta Marga No. 95 Curup Kabupaten Rejang Lebong telp. 0732-22980, fax. 0732-22981

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : JEPRI PURWANSYAH
NIM : P00320119014
NAMA PEMBIMBING : Mulyadi, M. Kep
JUDUL KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.A Dengan Kejang Demam Kompleks (KDK) Diruang Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong Tahun 2022 RSUD Curup.

No	Hari/Tanggal	Topik	Saran	Paraf Pembimbing
1	08 Februari 2022	Judul	1. Acc Judul 2. Buat BAB I	
2	09 Februari 2022	BAB I	1. Runutkan Fenomena kejang demam dan perbaiki lagi dalam penulisan di Latar belakang dan Tujuan Penulisan. Buat BAB II	
3	12 Februari 2022	BAB I BAB II	1. Runutkan fenomena kejadian kejang demam secara global, negara-negara yang ada di Asia, Indonesia, Bengkulu dan di RSUD Curup. 2. Perbaiki Pengkajian Teori dalam Asuhan Keperawatan	
4	22 Februari 2022	BAB I BAB II	1. Perbaiki Rumusan Masalah. 2. Perbaiki Ukuran	

			Kertas A4 atas 4, kiri 4, kanan 3 dan bawah 3.	
5	24 Februari 2022	BAB I BAB II	1. Acc Bab I 2. Acc Bab II 3. Buat Power point dan Atur jadwal ujian Proposal	
6	2 Maret 2022	PPT	1. Acc PPT.	
7	15 Juli 2022	BAB III	1. Jelaskan lagi Keluhan Utama yang diderita pasien 2. Lengkapi Data Diagnosa yang diangkat.	
8	18 Juli 2022	BAB III	1. Buat Catatan Pasien pulangobat yang dibawa dan jadwal Rawat Jalan. 2. Buat BAB IV	
9	19 Juli 2022	BAB III BAB IV	1. Perbaiki Dan urutkan Jam Implementasi dari awal kedatangan sampai pulang . 2. Pembahasan Mencakup Teori apa saja yang terkait dengan Tinjauan Kasus	
10	20 Juli 2022	BAB III BAB IV	1. Acc Bab III 2. Perbaiki Pengkajian apakah ada kesamaan dalam teori dan tinjauan kasus 3. Buat BAB V	
11	21 Juli 2022	BAB IV	1. Perbaiki Bab IV dan Pertegas Pembahasan Bab IV dengan melihat teori dan persamaan antara teori dan	

			kasus	
12	22 Juli 2022	BAB V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dibagian Saran buatkan saja 3 saran. 2. Pada saran untuk pasien dan keluarga apa saran untuk keluarga agar pada saat terjadi kejang demam lagi orang tuanya tidak panik. 	
13	25 Juli 2022	BAB III, IV, V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acc 2. Buat Power Point dan atur jadwal ujian. 	

Mengetahui
Ketua Prodi Keperawatan Curup



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

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Jepri Purwansyah
NIM : P0 0320119014
Prodi : Keperawatan Curup
Institusi : Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila terbukti atau dapat dibuktikan dikemudian hari Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui
Pembimbing Utama



Mulyadi, M. Kep
NIP. 19640121986031005

Curup, 29 Juli 2022
Pembuat Pernyataan



Jepri Purwansyah
NIM. P0 0320119014

BIODATA

Nama : Jepri Purwansyah
Tempat Tanggal Lahir : Surulangun, 16 januari 2021
Agama : Islam
Jenis kelamin : Laki-laki
Alamat : PS.Surulangun
Riwayat Pendidikan : 1. TK Dharma Wanita
2. SDN 01 SURULANGUN
3. SMPN SURULANGUN
4. SMAN SURULANGUN



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

Curup, 27 Juni 2022
Kepada Yth :
Karu Mawar
Di

RSUD Curup

Sehubungan dengan Surat dari Ketua Program Studi Keperawatan Poltekkes Program Diploma Tiga Kemenkes Bengkulu Nomor :DM.01.04/091/6/IV/2022 Tanggal 28 April 2022, Perihal Permohonan Izin Pengambilan kasus Tugas akhir Mahasiswa :

Nama : **JEPRI PURWANSYAH**
NIM : P00320119014
Prodi : D.III Keperawatan
Tanggal : 27 Juni s.d 03 Juli 2022
Judul : **Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Kejang Demam Kompleks (KDK) di ruang 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 ATNI, 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 : 105 /RSUD – DIKLAT/2022
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Surat Keterangan Selesai Melaksanakan Izin Pengambilan Kasus Tugas Akhir di RSUD Curup

Curup, 1 Agustus 2022
Kepada Yth,
Direktur Prodi Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu
Di -

Bengkulu

Sehubungan dengan Surat dari Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor: DM.01.04/091/6/IV/2022 tanggal 28 April 2022, Perihal Surat Pengantar Pengambilan Kasus Tugas Akhir atas nama Mahasiswa :

Nama : **JEPRI PURWANSYAH**
NIM : P0 0320119 014
Jurusan : D.III Keperawatan
Waktu Penelitian : 27 Juni s/d 03 Juli 2022
Judul : ***Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Penyakit Kejang Demam Kompleks (KDK) di ruang Mawar RSUD Curup Kabupaten Rejang Lebong.***

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



DWI PRASETYO, SKM
NIP. 19711007 199203 1 003

