

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**LAPORAN STUDI KASUS**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN KEJANG DEMAM**  
**DIRUANG RAWAT INAP ANAK RUMAH SAKIT DR.ACHMAD**  
**MOCHTAR BUKITTINGGITA HUN 2018**



**OLEH :**

**SUSI SUSANTI**  
**NIM :1514401022**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**  
**PERINTIS PADANG**  
**TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN KEJANG DEMAM  
DIRUANG RAWAT INAP ANAK RUMAH SAKIT“DR. ACHMAD  
MOCHTAR” BUKITTINGITAHUN 2018**

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan  
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan STIKes erintis Padang*



**OLEH :**

**SUSI SUSANTI  
NIM :1514401022**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
PERINTIS PADANG  
TAHUN 2018**

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang  
Program Studi DIII Keperawatan  
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2018**

**SUSI SUSANTI  
1514401022**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN KEJANG DEMAM DI  
RUANG RAWAT INAP ANAK RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI TAHUN 2018  
V BAB + 81 Halaman + 2 Gambar + 5 Tabel + 2 Lampiran**

### **ABSTRAK**

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (rectal lebih dari 38<sup>0</sup>C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Di Asia dilaporkan lebih tinggi. Kira-kira 20% kasus merupakan kejang demam kompleks. Umumnya kejang demam timbul pada tahun kedua kehidupan ( 17-23 bulan). Kejang demam sedikit lebih sering pada laki-laki. Suhu tubuh yang tinggi pada saat demam dapat menimbulkan serangan kejang, demam kejang merupakan salah satu penyakit yang sering di alami oleh anak, dan kalangan awam lebih sering menyebutnya dengan istilah Step, sementara istilah medisnya adalah Confusio Febrillis. Tujuan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan dengan pasien Kejang Demam serta mendapatkan pengalaman nyata diruang rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018. Hasil studi kasus pada An.F didapatkan data penurunan berat badan, kurang pengetahuan orang tua klien tentang penyakit kejang demam, dan kurangnya kebutuhan cairan dari tubuh. Dari hasil pengkajian diatas didapatkan masalah keperawatan yaitu resiko kurang volume cairan, defisit perawatan diri dan kurang pengetahuan. Dengan munculnya masalah diatas maka disusunlah rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan dan evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Kejang demam bila tidak segera ditangani dapat menyebabkan cedera pada otak. Untuk itu di harapkan kepada pelayanan kesehatan yang ada di lahan agar terus meningkatkan upaya preventif dan promotif sehingga angka kejadian pada Kejang demam dapat menurun sekaligus mampu di atasi.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Kejang Demam, Resiko kurang volume cairan. defisit perawatan diri, kurang pengetahuan.**

**Daftar Pustaka : 9 ( 2009 – 2014 )**

*School Of Health Science, Perintis Fndation, West Sumatra  
Diploma Of Nursing  
Scientific Papers, July 2018*

**SUSI SUSANTI  
1514401022**

**NURSING INSTITUTION IN AN. F WITH FEVER FEVER IN THE  
INPUT ROOM CHILDREN RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI IN 2018**

**V Chapter + 81 Pages + 2 Images + 5 Table + 2 Attachments**

***ABSTRACT***

A febrile seizure is a seizure upset occurring in an increase in body temperature (rectal over 38 0C) caused by an extracranium process. In Asia reported higher. Approximately 20% of cases are convulsions of a complex fever. Generally febrile seizures arise in the second year of life (17-23 months). Febrile seizures are slightly more common in men. High body temperature at the time of fever can cause seizures, febrile seizures is one disease that is often experienced by children, and lay people more often call it with the term Step, while the medical term is Confusio Febrillis. The purpose of writing scientific papers is to be able to perform Nursing Care with patients with Fever Seizures and get real experience inpatient room RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018. The results of case studies on An.F obtained weight loss data, less knowledge of the client's parents about febrile seizures, and lack of fluid needs from the body. From the above assessment results obtained nursing problems are less risk of fluid volume, self care deficit and lack of knowledge. With the emergence of the above problems then prepared action plan nursing, implement actions and evaluations that refers to the objectives and criteria results. A febrile seizure if not treated immediately can cause injury to the brain. For that in the expected to health services in the field to continue to increase preventive and promotive efforts so that the incidence rate on Seizures fever can be decreased as well as able to overcome.

**Keywords : Nursing Care, Febrile Seizures, Risk of lack of fluid volume. self-care deficit, lack of knowledge.**

**References : 9 (2009 - 2014)**

## LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI  
NIM : 1514401022  
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada An.F Dengan Kejang Demam Di Ruang Rawat Inap Anak Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukitnggi, 18 Juli 2018

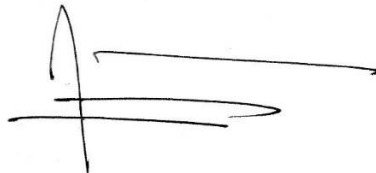
Dewan penguji

Penguji I,



**Ns. Endra Amalia, M.Kep**  
**NIK 1420123106993012**

Penguji II,



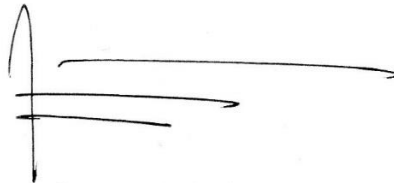
**Yendrizal Jafri, S.kp, M.Biomed**  
**NIK :1420106116893011**

## LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI  
Nim : 1514401022  
Judul KTI : Auhan Keperawatan Pada Klien An. F Dengan Kejang  
Demam Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad  
Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

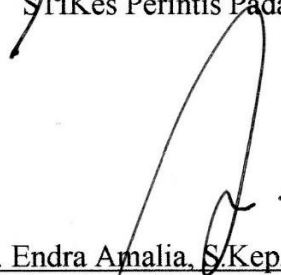
Karya Tulis Ilmiah Ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 24 Juli 2018  
Pembimbing



Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed  
NIK. 1420106116893011

Mengetahui  
Ka Prodi D III Keperawatan  
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S.Kep, M.Kep  
NIK. 1420123106993012

## KATA PENGANTAR



Alhamdulillah, Segala puji dan syukur penulis ucapkan kehadirat Allah SWT, yang telah memberikan rahmat dan karuniaNya sehingga Laporan Studi Kasus ini dapat diselesaikan dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada An. F Dengan Kejang demam Diruang Rawat Inap Anak Rumah Sakit “ achmad moctar “ Bukittinggi2018”

Dalam penyusunan Laporan Studi Kasus ini, penulis banyak mendapat bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis menyampaikan terimakasih kepada :

1. IbuNs.Endra Amelia, M Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Sumatera Barat Bukittinggi.
2. Yendrizal Jafri , S. KP. M. biomed, selaku Pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.
3. Ns Susi dewiyantis,kep, selaku Pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.

4. Direktur dan Staf Rumah Sakit “ achmad mochtar “ Bukittinggi 2018 yang telah mengizinkan dan membantu dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini terdapat kekurangan – kekurangan, hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini. Semoga bantuan yang telah diberikan baik moril maupun materil diberiimbalan oleh Allah S.W.T...Amin.

Akhir kata kepada Nya kita berserah diri dan mohon petunjuk, semoga Laporan Studi Kasus ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya dibidang keperawatan. Amin

Bukittinggi, 2018

SUSI SUSANTI



## DAFTAR ISI

### Halaman

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>iii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	3
1.3 Manfaat penulisan.....	4
<b>BAB II TINJAUAN TEORITIS</b>	
2.1 Konsep Dasar	
2.1.1 Konsep Tumbuh kembang .....	6
2.1.2 Defenisi .....	15
2.1.3 Anatomi dan Fisiologi .....	15
2.1.4 Etiologi.....	19
2.1.5 Manifestasi Klinis .....	20
2.1.6 Klasifikasi Kejang .....	21
2.1.7 Patofisiologi dan WOC .....	22
2.1.8 Pencegahan .....	26
2.1.9 Penatalaksanaan .....	26
2.1.10 Komplikasi .....	27
2.1.11 Pemeriksaan Penunjang.....	27
2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1 Pengkajian .....	28
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	32
2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	33
2.2.4 Implementasi .....	39
2.2.5 Evaluasi .....	39
<b>BAB III TINJAUAN KASUS</b>	
3.1 Pengkajian .....	40
3.2 Diagnosa Keperawatan .....	53
3.3 Intervensi .....	54
3.4 Implementasi.....	56
3.5 Evaluasi.....	56
<b>BAB IV PEMBAHASAN</b>	
4.1 Pengkajian .....	65

4.2 Diagnosa .....	68
4.3 Rencana Asuhan Keperawatan.....	70
4.4 Implementasi .....	72
4.5 Evaluasi.....	74

## **BAB V PENUTUP**

5.1 Kesimpulan.....	77
5.2 Saran.....	80

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## DAFTAR GAMBAR

	<b>Hala man</b>
Gambar 2.1.3 Anatomi dan Fisiologi.....	15
Gambar 2.1.7 WOC.....	25

## DAFTAR TABEL

### Halaman

Tabel 2.2.3 Intervensi Teoritis .....	33
Table 3.1 Data Biologis.....	46
Tabel 3.1 Analisa Data.....	51
Tabel 3.3 Intervensi.....	54
Table 3.4 Implementasi .....	56

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran I Pernyataan Persetujuan

Lampiran II Lembaran Pengesahan

Lampiran III Lembaran Konsultasi Bimbingan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Secara sederhana, demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas normal, meskipun tidak semua kenaikan suhu tubuh termasuk demam. Dan kenaikan suhu tubuh merupakan bagian dari reaksi biologis kompleks, yang diatur dan di kontrol oleh susunan saraf pusat. Demam merupakan gambaran karakteristik dari kenaikan suhu oleh karena berbagai penyakit infeksi dan non infeksi, sehingga perlu dibedakan dari kenaikan suhu oleh karena stress dan penyakit demam. Sebagai manifestasi klinis, maka demam terjadi pada sebagian besar penyakit infeksi yang ringan dan serius.

Suhu tubuh yang tinggi pada saat demam dapat menimbulkan serangan kejang, demam kejang merupakan salah satu penyakit yang sering dialami anak dan kalangan awam lebih sering menyebutnya dengan istilah step, sementara istilah medisnya adalah *Convulsio febrilis*. Demam kejang lazim terjadi pada anak usia 2 tahun rata-rata anak menderita demam sampai 6 kali serangan.

Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung dari tinggi rendahnya ambang kejang seorang anak. Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejadian kejang terjadi pada suhu  $38^{\circ}$  C sedangkan dengan ambang kejang tinggi, kejang baru terjadi pada suhu  $40^{\circ}$  C atau lebih.

Demam adalah penyebab utama terjadinya demam kejang. Selain itu terdapat faktor riwayat kejang demam pada orang tua atau saudara kandung, perkembangan terlambat, problem pada masa neonatus, anak dalam perawatan khusus, dan kadar natrium yang rendah. Setelah kejang demam pertama, kira-kira 33% anak akan mengalami satu kali rekurensi atau lebih, dan kira-kira 9% anak mengalami 3 kali rekurensi atau lebih, resiko rekurensi meningkat dengan usia dini, cepatnya anak mendapat kejang setelah demam timbul, temperatur yang terjadi saat kejang, riwayat keluarga epilepsi. Kejang demam terdiri dari kejang demam sederhana, dan demam kejang kompleks.

WHO memperkirakan pada tahun 2015 terdapat lebih dari 21,65 juta penderita kejang demam dan lebih dari 216 ribu diantaranya meninggal. Selain itu di Kuwait dari 400 anak berusia 1 bulan -13 tahun dengan riwayat kejang , yang mengalami kejang demam sekitar 77% (WHO,2015). Angka kejadian kejang demam di Indonesia sendiri mencapai 2-3% dari anak yang berusia 6 bulan - 5 pada tahun 2013. Di provinsi Jawa Tengah mencapai 2-3% dari anak 6 bulan – 5 pada tahun 2015.

Menurut RSUP Dr. M DJAMIL Padang tahun 2013- 2014 jumlah demam kejang sebanyak 40 orang pasien. Berdasarkan data yang diambil dari rekap medik di ruang anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi angka kejadian kejang demam pada 3 bulan kebelakangan yaitu bulan Maret sampai Mei tahun 2018 terdapat sebanyak 3 orang dari 48 pasien 1.4% menderita penyakit kejang demam.

Berdasarkan latar belakang berikut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah dengan judul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien An. F Dengan Kejang Kemam Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018 “.

## **1.2 Tujuan**

### 1.2.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien An. F Dengan kejang demam Di Ruang Rawat Inap Anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### 1.2.2 Tujuan khusus

- a. Mampu mengetahui konsep dasar tumbuh kembang pada anak.
- b. Mampu mengetahui konsep dasar teori tentang kejang demam.
- c. Mampu mengetahui konsep teori dari asuhan keperawatan di ruangan anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang kejang demam tahun 2018.
  - 1) Pengkajian pada anak.
  - 2) Diagnosa keperawatan kejang demam pada anak.
  - 3) Intervensi keperawatan kejang demam pada anak.
  - 4) Implementasi keperawatan kejang demam pada anak.
  - 5) Evaluasi keperawatan kejang demam pada anak.
  - 6) Dokumentasi keperawatan kejang demams pada anak.



- d. Mampu melaksanakan asuhan keperawatan di ruangan anak RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang kejang demam tahun 2018.
- e. Mampu membandingkan konsep teori dengan tinjauan kasus yang didapatkan.

### **1.3 Manfaat**

#### 1.3.1 Bagi Rumah Sakit

Diharapkan pada pihak rumah sakit dapat memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan melibatkan peran serta aktif keluarga dalam proses keperawatan sehingga tercapai sesuai tujuan.

#### 1.3.2 Bagi Perawat

Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien penderita dengan kejang demam. Melatih berfikir kritis dalam pemberian asuhan keperawatan, khususnya pada pasien dengan kejang demam.

#### 1.3.3 Bagi Instusi Pendidikan

Digunakan sebagai referensi dan literatur dalam pendidikan terutama bagi instusi pendidikan kesehatan di bidang keperawatan.

#### 1.3.4 Bagi mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien An. F dengan kejang demam.

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORITIS**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Konsep tumbuh kembang**

a. Pengertian

Tumbuh Kembang Secara alamiah, setiap individu hidup akan melalui tahap pertumbuhan dan perkembangan, yaitu sejak embrio sampai akhir hayatnya mengalami perubahan ke arah peningkatan baik secara ukuran maupun secara perkembangan. Istilah tumbuh kembang mencakup dua peristiwa yang sifatnya saling berbeda tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan. Pengertian mengenai pertumbuhan dan perkembangan adalah sebagai berikut :Pertumbuhan adalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel organ, maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, pon, kilogram), ukuran panjang (cm), umur tulang, dan keseimbangan metabolik(retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Adriana, 2013).

Perkembangan (development) adalah bertambahnya skill(kemampuan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ, dan sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-

masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya (Soetjiningsih, 2012).

b. Tahap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Tahapan pertumbuhan dan perkembangan anak dapat ditentukan oleh masa atau waktu kehidupan anak. Menurut Hidayat (2008) secara umum terdiri atas masa prenatal dan masa postnatal.

a) Masa prenatal

Masa prenatal terdiri atas dua fase, yaitu fase embrio dan fase fetus. Pada masa embrio, pertumbuhan dapat diawali mulai dari konsepsi hingga 8 minggu pertama yang dapat terjadi perubahan yang cepat dari ovum menjadi suatu organisme dan terbentuknya manusia. Pada fase fetus terjadi sejak usia 9 minggu hingga kelahiran, sedangkan minggu ke-12 sampai ke-40 terjadi peningkatan fungsi organ, yaitu bertambah ukuran panjang dan berat badan terutama pertumbuhan serta penambahan jaringan subkutan dan jaringan otot.

b) Masa postnatal

Terdiri atas masa neonatus, masa bayi, masa usia prasekola, masa sekolah, dan masa remaja.

1) Masa neonatus

Pertumbuhan dan perkembangan postnatal setelah lahir diawali dengan masa neonatus (0-28 hari). Pada masa ini

terjadi kehidupan yang baru di dalam ektrauteri, yaitu adanya proses adaptasi semua sistem organ tubuh.

## 2) Masa bayi

Masa bayi dibagi menjadi dua tahap perkembangan. Tahap pertama (antara usia 1-12 bulan): pertumbuhan dan perkembangan pada masa ini dapat berlangsung secara terus menerus, khususnya dalam peningkatan susunan saraf. Tahap kedua (usia 1-2 tahun): kecepatan pertumbuhan pada masa ini mulai menurun dan terdapat percepatan pada perkembangan motorik.

## 3) Masausia prasekolah

Perkembangan pada masa ini dapat berlangsung stabil dan masih terjadi peningkatan pertumbuhan dan perkembangan, khususnya pada aktivitas Fisik dan kemampuan kognitif.

Menurut teori Erikson (dalam Nursalam, 2005), pada usia prasekolah anak berada pada fase inisiatif vs rasa bersalah (initiative vs guilty). Pada masa ini, rasa ingin tahu (curious) dan adanya imajinasi anak berkembang, sehingga anak banyak bertanya mengenai segala sesuatu di sekelilingnya yang tidak diketahuinya. Apabila orang tua mematikan inisiatifnya maka hal tersebut membuat anak merasa bersalah. Sedangkan menurut teori Sigmund Freud, anak berada pada fase falik, dimana anak mulai mengenal perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Anak

juga akan mengidentifikasi figur atau perilaku kedua orang tuanya sehingga kecenderungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa disekitarnya. Pada masa usia prasekolah anak mengalami proses perubahan dalam pola makan dimana pada umumnya anak mengalami kesulitan untuk makan. Proses eliminasi pada anak sudah menunjukkan proses kemandirian dan perkembangan kognitif sudah mulai menunjukkan perkembangan, anak sudah mempersiapkan diri untuk memasuki sekolah (Hidayat, 2008).

#### 4) Masa sekolah

Perkembangan masa sekolah ini lebih cepat dalam kemampuan fisik dan kognitif dibandingkan dengan masa usia prasekolah.

#### 5) Masa remaja

Pada tahap perkembangan remaja terjadi perbedaan pada perempuan dan laki-laki. Pada umumnya wanita 2 tahun lebih cepat untuk masuk ke dalam tahap remaja/pubertas dibandingkan dengan anak laki-laki dan perkembangan ini ditunjukkan pada perkembangan pubertas.

### c. Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak menurut Adriana, 2013 adalah:

a) Faktor internal

Berikut ini adalah faktor-faktor internal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, yaitu :

1) Ras/etnik atau bangsa

Anak yang dilahirkan dari ras/bangsa Amerika tidak memiliki faktor herediter ras/bangsa Indonesia atau sebaliknya.

2) Keluarga

Ada kecenderungan keluarga yang memiliki postur tubuh tinggi, pendek, gemuk, atau kurus.

3) Umur

Kecepatan pertumbuhan yang pesat adalah pada masa prenatal, tahun pertama kehidupan, dan pada masa remaja.

4) Jenis kelamin

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Akan tetapi setelah melewati masa pubertas, pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

5) Genetik

Genetik (heredokonstitusional) adalah bawaan anak yaitu potensi anak yang akan menjadi ciri khasnya. Ada beberapa kelainan genetik yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak, contohnya seperti kerdil.

6) Kelainan kromosom

Kelainan kromosom umumnya disertai dengan kegagalan pertumbuhan seperti pada sindroma Down's dan sindroma Turner's.

b) Faktor eksternal berikut ini adalah faktor-faktor eksternal yang berpengaruh pada tumbuh kembang anak.

1. Faktor prenatal

a) Gizi

Nutrisi ibu hamil terutama pada trimester akhir kehamilan akan memengaruhi pertumbuhan janin.

b) Mekanis

Posisi fetus yang abnormal bisa menyebabkan kelainan kongenital seperti club foot.

c) Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti Aminopterin atau Thalidomid dapat menyebabkan kelainan kongenital seperti palatoskisis.

d) Endokrin

Diabetes mellitus dapat menyebabkan makrosomia, kardiomegali, dan hyperplasia adrenal.

e) Radiasi

Paparan radiasi dan sinar Rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin seperti mikrosefali, spina bifida,



retardasi mental, dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

f) Infeksi

Infeksi pada trimester pertama dan kedua oleh TORCH (Toksoplasma, Rubella, Citomegali virus, Herpes simpleks) dapat menyebabkan kelainan pada janin seperti katarak, bisu tuli, mikrosefali, retardasi mental, dan kelainan jantung kongenital.

g) Kelainan imunologi

Eritoblastosis fetalis timbul atas dasar perbedaan golongan darah antara janin dan ibu sehingga ibu membentuk antibody terhadap sel darah merah janin, kemudian melalui plasenta masuk ke dalam peredaran darah janin dan akan menyebabkan hemolysis yang selanjutnya mengakibatkan hiperbilirubinemia dan kernikthus yang akan menyebabkan kerusakan jaringan otak.

h) Anoksia embrio

Anoksia embrio yang disebabkan oleh gangguan fungsi plasenta menyebabkan pertumbuhan terganggu.

i) Psikologi ibu

Kehamilan yang tidak diinginkan serta perlakuan salah atau kekerasan mental pada ibu hamil dan lain-lain.

## 2. Faktor persalinan

Komplikasi persalinan pada bayi seperti trauma kepala, asfiksia dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak.

## 3. Faktor pasca persalinan

### a) Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat.

### b) Penyakit kronis atau kelainan kongenital

Tuberculosis, anemia, dan kelainan jantung bawaan mengakibatkan retardasi pertumbuhan jasmani.

### c) Lingkungan fisik dan kimia

Lingkungan yang sering disebut meliez adalah tempat anak tersebut hidup berfungsi sebagai penyedia kebutuhan dasar anak (provider). Sanitasi lingkungan yang kurang baik, kurangnya sinar matahari, paparan sinar radioaktif dan zat kimia tertentu (Pb, Merkuri, rokok, dan lain-lain mempunyai dampak yang negatif terhadap pertumbuhan anak.

### d) Psikologis

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tuanya atau anak yang selalu merasa tertekan, akan mengalami hambatan di dalam pertumbuhan dan perkembangan.

e) Endokrin

Gangguan hormon, misalnya pada penyakit hipotiroid, akan menyebabkan anak mengalami hambatan pertumbuhan.

f) Sosial ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan serta kesehatan lingkungan yang jelek dan tidaktahuan, hal tersebut menghambat pertumbuhan anak.

g) Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat memengaruhi tumbuh kembang anak.

h) Stimulasi

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga, misalnya penyediaan mainan, sosialisasi anak, serta keterlibatan ibu dan anggota keluarga lain terhadap kegiatan anak.

i) Obat-obatan

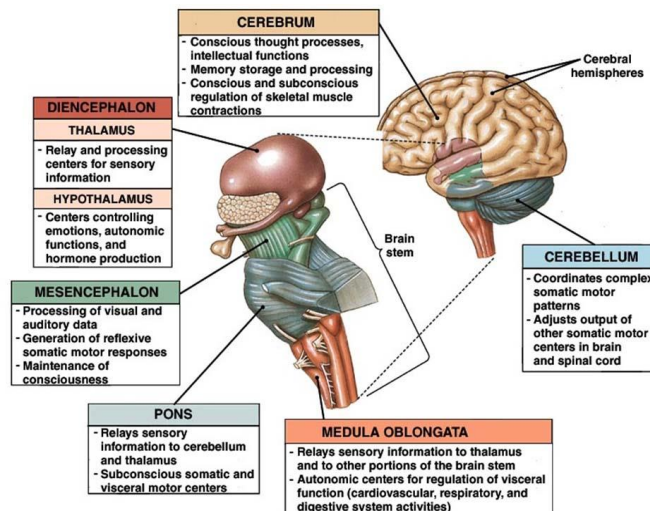
Pemakaian kortikosteroid jangka panjang akan menghambat pertumbuhan, demikian halnya dengan pemakaian obat perangsang terhadap susunan saraf yang menyebabkan terhambatnya produksi hormone pertumbuhan.

## 2.1.2 Defenisi

Kejang merupakan suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktifitas yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebral yang sangat berlebihan. Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38 °C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Barara & Jaumar 2013).

Menurut Wulandari & Erwati (2016) kejang demam merupakan kelainan neurologis yang sering ditemukan pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun.

## 2.1.3 Anatomi dan Fisiologi



Seperti yang dikemukakan Syaifuddin (1997), bahwa sistem saraf terdiri dari sistem saraf pusat (sentral nervous system) yang terdiri dari cerebellum, medulla oblongata dan pons (batang otak) serta medulla spinalis (sumsum tulang belakang), sistem saraf tepi (peripheral nervous system) yang terdiri dari nervus cranialis (saraf-saraf kepala) dan semua cabang dari medulla

spinalis, system saraf gaib (autonomic nervous system) yang terdiri dari sympatis (sistem saraf simpatis) dan parasymphatis (sistem saraf parasimpatis).

Otak berada di dalam rongga tengkorak (cavum cranium) dan dibungkus oleh selaput otak yang disebut meningen yang berfungsi untuk melindungi struktur saraf terutama terhadap resiko benturan atau guncangan. Meningen terdiri dari 3 lapisan yaitu duramater, arachnoid dan piamater.

Sistem saraf pusat (Central Nervous System) terdiri dari :

1) Cerebrum (otak besar)

Merupakan bagian terbesar yang mengisi daerah anterior dan superior rongga tengkorak di mana cerebrum ini mengisi cavum cranialis anterior dan cavum cranial.

Cerebrum terdiri dari dua lapisan yaitu : Corteks cerebri dan medulla cerebri. Fungsi dari cerebrum ialah pusat motorik, pusat bicara, pusat sensorik, pusat pendengaran / auditorik, pusat penglihatan / visual, pusat pengecap dan pembau serta pusat pemikiran.

Sebagian kecil substansia grisea masuk ke dalam daerah substansia alba sehingga tidak berada di korteks cerebri lagi tapi sudah berada di dalam daerah medulla cerebri. Pada setiap hemisfer cerebri inilah yang disebut sebagai ganglia basalis termasuk termasuk pada ganglia basalis ini adalah :

a) Thalamus

Menerima semua impuls sensorik dari seluruh tubuh, kecuali impuls pembau yang langsung sampai ke korteks cerebri. Fungsi thalamus terutama penting untuk integrasi semua impuls sensorik. Thalamus juga merupakan pusat panas dan rasa nyeri.

b) Hypothalamus

Terletak di inferior thalamus, di dasar ventrikel III hypothalamus terdiri dari beberapa nukleus yang masing-masing mempunyai kegiatan fisiologi yang berbeda. Hypothalamus merupakan daerah penting untuk mengatur fungsi alat demam seperti mengatur metabolisme, alat genital, tidur dan bangun, suhu tubuh, rasa lapar dan haus, saraf otonom dan sebagainya. Bila terjadi gangguan pada tubuh, maka akan terjadi perubahan-perubahan. Seperti pada kasus kejang demam, hypothalamus berperan penting dalam proses tersebut karena fungsinya yang mengatur keseimbangan suhu tubuh terganggu akibat adanya proses-proses patologik ekstrakranium.

c) Formation Reticularis

Terletak di inferior dari hypothalamus sampai daerah batang otak (superior dan pons varoli) ia berperan untuk mempengaruhi aktifitas cortex cerebri di mana pada daerah

formatio reticularis ini terjadi stimulasi / rangsangan dan penekanan impuls yang akan dikirim ke cortex cerebri.

## 2) Serebellum

Merupakan bagian terbesar dari otak belakang yang menempati fossa cranial posterior. Terletak di superior dan inferior dari cerebrum yang berfungsi sebagai pusat koordinasi kontraksi otot rangka.

System saraf tepi (nervus cranialis) adalah saraf yang langsung keluar dari otak atau batang otak dan mensarafi organ tertentu.

Nervus cranialis ada 12 pasang :

- 1) N. I : Nervus Olfaktorius
- 2) N. II : Nervus Optikus
- 3) N. III : Nervus Okulomotorius
- 4) N. IV : Nervus Troklearis
- 5) N. V : Nervus Trigemini
- 6) N. VI : Nervus Abducen
- 7) N. VII : Nervus Fasialis
- 8) N. VIII : Nervus Akustikus
- 9) N. IX : Nervus Glossofaringeus
- 10) N. X : Nervus Vagus
- 11) N. XI : Nervus Accesorius
- 12) N. XII : Nervus Hipoglossus.

System saraf otonom ini tergantung dari system sistema saraf pusat dan system saraf otonom dihubungkan dengan urat-urat saraf aferent dan efferent. Menurut fungsinya system saraf otonom ada 2 di mana keduanya mempunyai serat pre dan post ganglionik.

Yang termasuk dalam system saraf simpatis adalah :

- 1) Pusat saraf di medulla servikalis, torakalis, lumbal dan seterusnya.
- 2) Ganglion simpatis dan serabut-serabutnya yang disebut trunkus symphatis.
- 3) Pleksus pre vertebral : Post ganglionik yg dicabangkan dari ganglion kolateral.

System saraf parasimpatis ada 2 bagian yaitu :

- 1) Serabut saraf yang dicabangkan dari medulla spinalis
- 2) Serabut saraf yang dicabangkan dari otak atau batang otak.

#### **2.1.4 Etiologi**

- 1) Demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan atas, otitis media, pneumonia, gastroenteritis, dan infeksi saluran kemih, kejang tidak selalu timbul pada suhu yang tinggi.
- 2) Efek produk toksik daripada mikroorganisme.
- 3) Respon alergik atau keadaan umum yang abnormal oleh infeksi.
- 4) Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit.



- 5) Ensefalitis viral (radang otak akibat virus) yang ringan, yang tidak diketahui atau ensefalitis toksik septik.(Mansjoer, Dkk,2000: 434).

### **2.1.5 Manifestasi Klinis**

Kebanyakan kejang demam berlangsung singkat, bilateral, serangan berupa klonik atau tonik-klonik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak, tetapi setelah beberapa detik atau menit anak terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan syaraf. Kejang demam dapat berlangsung lama dan atau parsial. Pada kejang yang unilateral kadang-kadang diikuti oleh hemiplegi sementara (Todd's hemiplegia) yang berlangsung beberapa jam atau beberapa hari. Kejang unilateral yang lama dapat diikuti oleh hemiplegi yang menetap.

Kejang demam terkait dengan kenaikan suhu tubuh yang tinggi dan biasanya berkembang bila suhu tubuh mencapai  $39^{\circ}$  C atau lebih ditandai dengan adanya kejang khas menyeluruh tonik klonik lama beberapa detik sampai 10 menit. Kejang demam yang menetap  $\geq 15$  menit menunjukkan penyebab organik seperti proses infeksi atau toksik, selain itu juga dapat terjadi mata terbalik keatas dengan disertai kekakuan dan kelemahan serta gerakan sentakan berulang. (Behman, 2000: 843).

#### **Tanda dan Gejala :**

- 1) Peningkatan suhu tubuh yang tinggi (suhu rektal diatas  $38^{\circ}$ C).
- 2) Kejang yang bersifat kejang kolonik atau tonik - kolonik bilateral.

- 3) Mata terbalik keatas disertai kekakuan atau kelemahan.
- 4) Gerakan sentakan berulang tanpa di dahului kekakuan atau hanya sentakan atau kekuatan fokal.
- 5) Pada sebagian kejang disertai hemiparesis sementara yang berlangsung beberapa jam sampai beberapa hari atau juga bersifat menetap (Mansjoer A, 2000 : 434).

### **2.1.6 Klasifikasi Kejang**

Kejang yang merupakan pergerakan abnormal atau perubahan tonus badan dan tungkai dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian yaitu : kejang, klonik, kejang tonik dan kejang mioklonik.

#### **1) Kejang Tonik**

Kejang ini biasanya terdapat pada bayi baru lahir dengan berat badan rendah dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu dan bayi dengan komplikasi prenatal berat. Bentuk klinis kejang ini yaitu berupa pergerakan tonik satu ekstrimitas atau pergerakan tonik umum dengan ekstensi lengan dan tungkai yang menyerupai deserebrasi atau ekstensi tungkai dan fleksi lengan bawah dengan bentuk dekortikasi. Bentuk kejang tonik yang menyerupai deserebrasi harus di bedakan dengan sikap epistotonus yang disebabkan oleh rangsang meningkat karena infeksi selaput otak atau kernikterus

#### **2) Kejang Klonik**

Kejang Klonik dapat berbentuk fokal, unilateral, bilateral dengan pemulaan fokal dan multifokal yang berpindah-pindah. Bentuk

klinis kejang klonik fokal berlangsung 1 – 3 detik, terlokalisasi dengan baik, tidak disertai gangguan kesadaran dan biasanya tidak diikuti oleh fase tonik. Bentuk kejang ini dapat disebabkan oleh kontusio cerebri akibat trauma fokal pada bayi besar dan cukup bulan atau oleh ensefalopati metabolik.

### 3) Kejang Mioklonik

Gambaran klinis yang terlihat adalah gerakan ekstensi dan fleksi lengan atau keempat anggota gerak yang berulang dan terjadinya cepat. Gerakan tersebut menyerupai reflek moro. Kejang ini merupakan pertanda kerusakan susunan saraf pusat yang luas dan hebat. Gambaran EEG pada kejang mioklonik pada bayi tidak spesifik (Mansjoer, 2000).

## **2.1.7 Patofisiologi**

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel / organ otak diperlukan energi yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yang terpenting adalah glucose, sifat proses itu adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dan diteruskan ke otak. Berdasarkan hal di atas bahwa energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi, dan dipecah menjadi karbon dioksida dan air. Sel dikelilingi oleh membran sel. Yang terdiri dari permukaan dalam yaitu limfoid dan permukaan luar yaitu tonik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui oleh ion  $Na^+$  dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida.

Akibatnya konsentrasi  $K^+$  dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi  $Na^+$  rendah. Sedangkan didalam sel neuron terdapat keadaan sebaliknya,karena itu perbedaan jenis dan konsentrasi ion didalam dan diluar sel. Maka terdapat perbedaan membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran ini diperlukan energi dan bantuan enzim  $Na^+$ ,  $K^+$ , ATP yang terdapat pada permukaansel.

Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah dengan perubahan konsentrasi ion diruang extra selular, rangsangan yang datangny mendadak misalnya mekanis, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya.Perubahan dari patofisiologisnya membran sendiri karena penyakit/keturunan.Pada seorang anak sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibanding dengan orang dewasa 15 %. Dan karena itu pada anak tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dalam singkat terjadi dipusi di ion  $K^+$  maupun ion  $Na^+$  melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepasnya muatan listrik.

Lepasnya muatan listrik ini sedemikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel maupun membran sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter sehingga mengakibatkan terjadinya kejang. Kejang yang yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa.Tetapi kejang yang berlangsung lama lebih 15 menit biasanya disertai apnea,  $Na^+$  meningkat, kebutuhan  $O_2$  dan energi untuk kontraksi otot skeletal

yang akhirnya terjadi hipoxia dan menimbulkan terjadinya asidosis.

(Hasan dan Alatas, 1985: 847 dan Ngastiyah, 1997: 229)

WOC

### **2.1.8 Pencegahan**

- 1) Pencegahan berulang
  - a) Mengobati infeksi yang mendasari kejang.
  - b) Penkes tentang : Tersedianya obat penurun panas yang didapat atas resep dokter, Tersedianya alat pengukur suhu dan catatan penggunaan termometer, cara pengukuran suhu tubuh anak, serta keterangan batas-batas suhu normal pada anak ( $36-37^0$  C)
- 2) Mencegah cedera saat kejang berlangsung kegiatan ini meliputi:
  - a) Baringkan pasien pada tempat yang rata.
  - b) Kepala dimiringkan untuk menghindari aspirasi cairan tubuh.
  - c) Pertahankan lidah untuk tidak menutupi jalan nafas.
  - d) Lepaskan pakaian yang ketat.
  - e) Jangan melawan gerakan pasien guna menghindari cedera.

### **2.1.9 Penatalaksanaan**

- a) Penatalaksanaan Keperawatan:
  - 1) Baringkan pasien ditempat yang rata dan pasang guldel.
  - 2) Singkirkan benda-benda yang ada didekat pasien, lepaskan pakaian pasien yang mengganggu pernafasan.
  - 3) Hisap lendir sampai bersih dan beri O<sub>2</sub>.
  - 4) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat.
  - 5) Setelah pasien bangun dan sadar, berikan minum air hangat kuku.
  - 6) Jika dengan tindakan ini tidak berhenti, hubungi dokter.

b) Penatalaksanaan Medis:

- 1) Segera diberikan diazepam intravena dosis rata-rata 0,3 mg/kg.
- 2) Diazepam rektal dosis  $\leq 10$  kg = 5 mg/kg.
- 3) Parasetamol 10mg/kgBB/kali kombinasi diazepam oral 0,3 mg/kgBB.
- 4) Memberikan cairan yang cukup bila kejang berlangsung cukup lama ( $> 10$  menit ) dengan IV: D5  $\frac{1}{4}$ , D5, RL.

#### **2.1.10 Komplikasi**

1) Kerusakan Otak

Terjadi melalui mekanisme eksitotoksik neuron saraf yang aktif sewaktu kejang melepaskan glutamat yang mengikat reseptor NMDA (N Metyl D Aspartate) yang mengakibatkan ion kalsium dapat masuk ke sel otak yang merusak sel neuron secara irreversible.

2) Retardasi Mental

Dapat terjadi karena deficit neurologis pada demam neonatus.

(Mansjoer,2000).

#### **2.1.11 Pemeriksaan Penunjang**

- 1) Elektroensefalogram (EEG) : dipakai untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang.



- 2) Pemindaian CT : menggunakan kajian sinar X yang lebih sensitif dari biasanya untuk mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan.
- 3) Magneti resonance imaging ( MRI ) : menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangan magnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah – daerah otak yang itidak jelas terliht bila menggunakan pemindaian CT.
- 4) Pemindaian positron emission tomography ( PET ) : untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau alirann darah dalam otak.
- 5) Uji laboratorium
- 6) Pungsi lumbal : menganalisis cairan serebrovaskuler.
- 7) Hitung darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit.
- 8) Panel elektrolit
- 9) Skrining toksik dari serum dan urin.
- 10) GDA

## **2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis**

### **2.2.1 Pengkajian**

Proses pengkajian pertama dilakukan adalah pengumpulan data :

#### **a) Identitas pasien**

Biasanya berisikan tentang nama, umur, jenis kelamin, alamat, diagnose medis dan tanggal masuk serta tanggal pengakajian dan identitas penanggung jawab

b) Riwayat kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Demam, suhu  $> 38^{\circ}\text{C}$ , muntah, kaku, kejang-kejang, sesak nafas, kesadaran menurun, ubun-ubun cekung, bibir kering, bak lidah ada, BAB mencret.

2) Riwayat kesehatan dahulu

Umumnya penyakit ini terjadi sebagai akibat komplikasi perluasan penyakit lain. Yang sering ditemukan adalah ISPA, ionsililis, olilis nedia, gastroenecilis, meningitis.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Kemungkinan ada anggota keluarga yang mengalami penyakit infeksi seperti ISPA dan meningitis. serta memiliki riwayat kejang yang sama dengan pasien

c) Data tumbuh kembang

Data tumbuh kembang dapat diperoleh dari hasil pengkajian dengan mengumpulkan data lumbang dan dibandingkan dengan ketentua-ketentuan perkembangan normal. Perkembangan motorik, perkembangan bahasa, perkembangan kognitif, perkembangan emosional, perkembangan kepribadian dan perkembangan sosial.

d) Data fisik

Pada penyakit demam kejang sederhana didapatkan data fisik :

1) Suhu meningkat

2) Frekuensi nafas naik

- 3) Kesadaran menurun
  - 4) Nadi naik
  - 5) Kejang bersifat umum dan berlangsung sebentar
  - 6) Lemah, letih, lesu dan gelisah.
  - 7) Susah tidur.
- e) Pemeriksaan fisik persistem

1) System pernafasan

Karena pada kejang yang berlangsung lama misalnya lebih 15 menit biasanya disertai apnea, Pa meningkat, kebutuhan O<sub>2</sub> dan energi meningkat untuk kontraksi otot skeletal yang akhirnya terjadi hipoxia dan menimbulkan terjadinya asidosis.

Akibat langsung yang timbul apabila terjadi kejang demam adalah gerakan mulut dan lidah tidak terkontrol. Lidah dapat seketika tergigit, dan atau berbalik arah lalu menyumbat saluran pernapasan.

2) Sistem sirkulasi

Karena gangguan peredaran darah mengakibatkan hipoksia sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak. Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi spontan, karena itu kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi.

3) Sistem pencernaan

Sensitivitas terhadap makanan, mual dan muntah yang berhubungan dengan aktivitas kejang, kerusakan jaringan lunak / gigi.

4) Sistem perkemihan

Kontinensia episodik, peningkatan tekanan kandung kemih dan tonus spinkter

5) Sistem persyarafan

Aktivitas kejang berulang, riwayat truma kepala dan infeksi serebra

f) Aktivitas / istirahat : kelelahan, kelemahan umum, perubahan tonus / kekuatan otot. Gerakan involunter.

g) Integritas ego : stressor eksternal / internal yang berhubungan dengan keadaan dan atau penanganan, peka rangsangan.

h) Riwayat jatuh / trauma

i) Data laboratorium

1) Leukosit meningkat

2) Pada pemeriksaan tumbal punksi ditemukan cairan jernih glukosa normal dan protein normal.

j) Data psikososial

Hubungan ibu dan anak sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu menimbulkan rasa kehilangan orang yang terdekat bagi anak-anak lingkungan tidak dikenal akan menimbulkan perasaan tidak aman, berduka cita dan cemas.

Akibat sakit yang dirawat bagi anak menimbulkan perasaan kehilangan kebebasan, pergerakan terbatas menyebabkan anak merasa frustrasi sehingga akan mengekspresikan reaksi kecemasan secara bertahap yaitu proses, putus asa dan menolak.

k) Data sosial ekonomi

Demam kejang dapat mengenai semua tingkat ekonomi dan sosial. Penyakit ini disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang buruk dan disebabkan oleh kurangnya perhatian orang tua.

### **2.2.2 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul (Roger M.D.M.P.H diagnosis pediatri : 231) :

- 1) Resiko tinggi trauma / cedera b/d kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot.
- 2) Gangguan rasa nyaman b.d peningkatan suhu tubuh.
- 3) Resiko kejang berulang b.d peningkatan suhu.
- 4) Resiko Defisit volume cairan bd kondisi demam.
- 5) Kurang pengetahuan orang tua tentang kondisi, prognosis, penatalaksanaan dan kebutuhan pengobatan bd kurangnya informasi.

### 2.2.3 Intervensi

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Resiko terjadinya trauma fisik b.d kurangnya koordinasi otot.	<p>Tujuan :</p> <p>Tidak terjadinya trauma fisik selama keperawatan</p> <p>Kriteria hasil :</p> <p>Tidak terjadi trauma fisik selama perawatan mempertahankan tindakan yang mengontrol aktivitas kejang</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan pengaman pads sisi tempat tidur dan pengguna tempat tidur yang rendah</li> <li>- Tinggallah bersama klien selama fase kejang</li> <li>- Berikan tongue spatel diantara gigi atas dan bawah</li> <li>- Letakkan klin ditempat yang lembut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meminimalkan injury saat kejang</li> <li>- Meningkatkan keamanan klien</li> <li>- menurunkan resiko trauma pada mulut</li> <li>- Membantu menurunkan resiko injuri fisik pada ekremitas ketika kontrol otot volunter berkurang</li> </ul>

2.	Gangguan rasa nyaman b.d hipertermi	<p>Tujuan :</p> <p>Rasa nyaman terpenuhi</p> <p>Kriteria Hasil</p> <p>TTV dalam batas normal</p> <p>S = 36,5-37,5°C</p> <p>N = 80-150x/i</p> <p>P = 30-60 x/i</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji faktor terjadinya hipertermi</li> <li>- Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam</li> <li>- Pertahanan suhu tubuh normal</li> <li>- Ajarkan pada keluarga memberikan kompres pada kepala dan ketiak</li> <li>- Anjurkan klien untuk menggunakan baju tipis yang terbuat dari katun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengetahui penyebab terjadinya hipertermi karena penambahan pakaian/selimut dapat menghambat penurunan suhu tubuh</li> <li>- Pemantauan TTV yang teratur dapat menentukan perkembangan keperawatan yang selanjutnya</li> <li>- Suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh tingkat</li> </ul>
----	--	---	---	--

3.	Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.	Tujuan: Klien tidak mengalami kejang selama berhubungan dengan hipertermi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Longgarkan pakaian, berikan pakaian yang tipis yang mudah menyerap keringat.</li> <li>- Berikan kompres panas.</li> </ul>	<p>aktivitas dan suhu lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proses konduksi atau perpindahan panas dengan suatu bahan perantara</li> <li>- Proses hilangnya panas akan terhalang oleh pakaian tebal dan tidak dapat menyerap keringat</li> <li>- Proses konveksi akan terhalang oleh pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat.</li> </ul>
----	--	---	--	---



4.	<p>Kurangnya pengetahuan keluarga berhubungan dengan keterbatasan</p>	<p>Kriteria hasil:          Tidak terjadi serangan kejang ulang , TTV dalam batas normal.          S: 36,5 – 37,5 derajat Celcius.          N: 80 – 150x/i          P: 30-60x/i</p> <p>Tujuan :          Keluarga dapat memahami tentang</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan ekstra cairan sesuai indikasi.</li> <li>- Observasi kejang dan tanda vital tiap 4 jam.</li> <li>- Batasi aktivitas selama anak panas.</li> <li>- Berikan anti piretika dan pengobatan sesuai advis.</li> <li>- Kaji tingkat pengetahuan keluarga.</li> <li>- Beri penjelasan kepada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perpindahan suhu secara konduksi.</li> <li>- Saat demam kebutuhan cairan tubuh meningkat.</li> <li>- Pemantauan yang teratur menentukan tindakan yang akan di lakukan.</li> <li>- Aktivitas dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.</li> <li>- Menurunkan panas pada pusat hipotalamus dan sebagai propilaksi.</li> <li>- Mengetahui sejauh manapengetahuan yang dimiliki keluarga dan</li> </ul>
----	---	--	---	---

5.	<p>informasi.</p> <p>penyakit yang dialami klien.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>Keluarga tidak sering bertanya tentang penyakit anaknya, keluarga mampu ikut serta dalam proses keperawatan, keluarga dapat menaati setiap proses keperawatan.</p>	<p>keluarga sebab dan akibat demam kejang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan.</li> <li>- Berikan health education tentang cara menolong anak kejang dan mencegah kejang demam.</li> <li>- Berikan health education agar selalu sedia obat penurun panas di rumah.</li> <li>- Jaga anak tidak terkena penyakit infeksi dengan menghindari orang atau teman yang menderita penyakit menular sehingga tidak mencetus kenaikan suhu.</li> </ul>	<p>kebenaran informasi yang didapat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penjelasan tentang kondisi yang dialami dapat membantu menambah wawasan keluarga.</li> <li>- Agar keluarga mengetahui tujuan setiap tindakan perawatan yang dilakukan.</li> <li>- Sebagai upaya alih informasi dan mendidik keluarga agar dapat mandiri.</li> <li>- Mencegah peningkatan suhu tubuh lebih tinggi dan serangan kejang ulang.</li> <li>- Sebagai upaya preventif</li> </ul>
----	--	---	---

	<p>Resiko kekurangan cairan dan elektrolit kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan output yang berlebihan.</p>	<p>Tujuan: Cairan dan elektrolit seimbang.</p> <p>Kriteria Hasil: Mukosa mulut klien basah dan tidak kering. Elastisitas kulit baik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan klien memakan makanan yang tidak mengandung serat.</li> <li>- Berikan makanan yang lunak.</li> <li>- Berikan cairan melalui infus.</li> <li>- Anjurkan klien banyak minum.</li> <li>- Anjurkan klien makan sedikit tapi sering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>serangan ulang.</li> <li>- Makan yang mengandung serat dapat memperlancar BAB.</li> <li>- Agar tidak merangsang kerja lambung dan usus.</li> <li>- Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit.</li> <li>- Memenuhi kebutuhan cairan klien.</li> <li>- Meningkatkan nutrisi klien.</li> </ul>
--	---	--	--	---

#### **2.2.4 Implementasi keperawatan**

Tindakan keperawatan ( implementasi ) adalah katagori dari prilaku keperawatan di mana yang di perlukan untukmencapai tujuan dan hasil yang di perkirakan dari asuhan keperawatn yang di lakukan dan di selesaikan . implementasi mencakup melakukan, membantu, mengarahkan kinerja aktivitas kehidupan sehari-hari, memberkan asuhan keperawtan untuk tujuan yang berpusat kepada klien (Darto suharso 2013).

#### **2.2.5 Evaluasi keperawatan**

Evaluasi adalah respon pasien terhadap tindakan dan kemajuan mengarahkan pencapaian hasil yang di harapkan. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian control proses keperawatan, melalui status pernyataan diagnostic pasien secara individual di nilai untuk diselesaikan, di lanjutkan, atau memerlukan perbaikan (Darto suharso 2013).

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**3.1 Pengkajian**

I. Identitas klien

Nama : An. F

Tempat/tgl lahir : Tanjung alam, 27 April 2013

Umur : 5 th

Jenis kelamin : Laki-laki

Nama ibu : Rita raffia

Pekerjaan ayah : Petani

Pekerjaan ibu : IRT

Suku : Minang

Agama : Islam

Alamat : Baso, pancuran putiah

Diagnosa medis : Kejang Demam

Data penanggung jawab

Nama : Rita rafia

Umur : 40 th

Hubungan dg klien : Ibu Kandung

Pekerjaan : IRT

## II. Alasan masuk

Klien masuk KEPUSKESMAS dengan keluhan demam sejak Rabu siang, kejang di rumah 1x sejak demam berlangsung. Mencret sudah 8 kali berbetuk cair, Batuk (-), kemudian di rujuk kerumah sakit melalui IGD.

## III. Riwayat kesehatan

### 1) Riwayat kesehatan sekarang

- Ibu klien mengatakan panas badan anaknya sudah berkurang.
- Ibu klien mengatakan anak nya sudah tidak rewel lagi.
- Ibu klien mengatakan kejang sudah tidak ada lagi sejak masuk RS.
- Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa tertawa lagi.
- Ibu klien mengatakan nafsu makan anak nya sudah ada.
- Ibu klien mengatakan klien sudah boleh pulang.
- Ibu klien mengatakan takut terhadap anaknya akan terjadi nya kejang berulang.
- TTV: S : 36,8<sup>0</sup> C . N: 82 x / i , P: 23 x / i.
- Frekuensi BAK 3-4 x/ hari.
- Mukosa bibir klien tampak kering.
- Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam.
- Nafsu makan klien terlihat sudah ada.

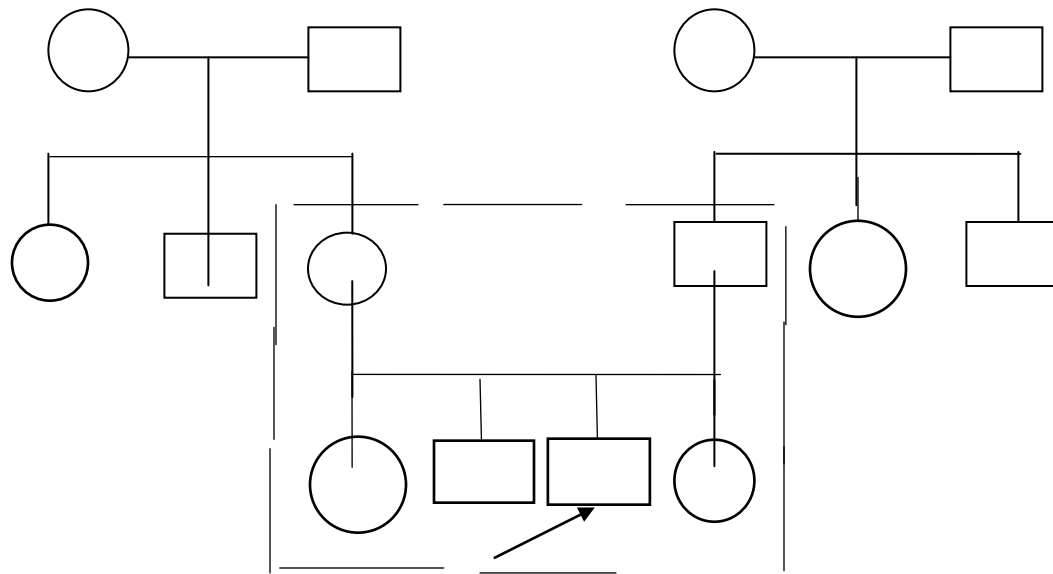
2) Riwayat kesehatan dahulu

Ibu klien mengatakan sebelumnya klien pernah dirawat dirumah sakit batu sangkar dengan penyakit hernia sekitar 4 tahun yang lalu.

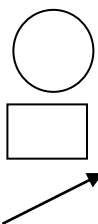
3) Riwayat kesehatan keluarga

Ibu klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit seperti ini. Ibu klien mengatakan tidak ada penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes militus, asma, dll.

**Genogram**



**Keterangan :**



: Perempuan

: Laki- laki

: Pasien yang mengalami kejang demam.

#### IV. Data tumbuh kembang

- Riwayat kehamilan

Ibu klien mengatakan masa gestasi cukup bulan, tidak ada masalah selama kehamilan.

- Persalinan dan melahirkan

Jenis persalinan normal, klien lahir dengan BB saat lahir 3200 gr dan PB 50 cm.

- Imunisasi

Ibu klien mengatakan imunisasi lengkap. (Imunisasi BCG, DPT, Polio)

- Pemeriksaan tingkat perkembangan ( DDST)

- Perkembangan sosial

Ibu klien mengatakan anak nya kadang bisa berinteraksi dengan baik walaupun kadang – kadang cengeng.

- Perkembangan motorik

- Motorik halus

Sudah dapat berbicara memanggil mama nya. Berbicara masih satu atau dua kata saja.

- Motorik kasar

Ibu klien mengatakan klien sudah mampu bermain dengan aktif.



## V. Pemeriksaan Fisik

Tingkat kesadaran	: Compos Mentis				
GCS	: 15 E : 4 (spontan), M: 6 (mematuhi perintah), V: 5 (tersenyum dan menangis dengan tepat)				
BB dan PB	: 15,5 kg / 60 cm				
Tanda-Tanda Vital	:				
• Tekanan darah	: -				
• Nadi	: 82 x/i				
• Pernafasan	: 23 x/i				
• Suhu	: 36,8 °C				
Kekuatan otot	: <table border="1"><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr><tr><td>5555</td><td>5555</td></tr></table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555				
5555	5555				

## Head to Toe

### 1. Kepala

- Bentuk kepala simetris, pertumbuhan rambut merata, tidak ada lesi pada kulit kepala, tidak ada nyeri tekan pada kepala.
- Mata

Simetris kanan & kiri, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, palpebra tidak ada oedema, tidak ada gangguan penglihatan.

- Telinga

Daun telinga normal, simetris kiri dan kanan, tidak terdapat serumen, pendengaran normal / tidak terdapat alat bantu pendengaran.

- Hidung

Rongga hidung lengkap, tidak ada secret, tidak ada cuping hidung.

- Mulut & gigi

Mukosa bibir tampak kering, jumlah gigi lengkap Stomatitis tidak ada.

2. Leher

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid/getah bening.

3. Thorak

- Paru-paru

I : Pergerakan dinding dada sama kiri kanan.

P : Premitus kiri dan kanan, tidak ada massa teraba.

P : Sonor

A : Bunyi nafas normal / vesikuler

- Jantung

I : Tidak ada terlihat adanya ictus cordis. Garis midklavikula sinistra.

P : Denyut jantung lebih terasa pada Ics V.

P : Tidak ada pembengkakan pada jantung.

A : Normal/ tidak ada kelainan.

4. Abdomen

I : Bentuk simetris kiri kanan, letak umbilikus normal, tidak terdapat bekas operasi.

A : Bising usus pasien (15 x/ menit ).

P : Terdapat nyeri tekan pada bagian permukaan abdomen.

P : Terdengar hipertimpani.

5. Punggung

Simetris, tidak ada kelainan tulang, tidak terdapat lesi atau luka dekubitus.

6. Integumen

Kulit tampak sedikit kering, tidak ada luka decubitus, warna kulit sawo matang.

7. Ekstremitas

Lengkap atas & bawah, simetris kiri & kanan, pada ekstremitas kiri atas terpasang infus KAEN 1B 10 tetes, pergerakan bebas.

8. Genitalia

Ibu klien mengatakan genitalia normal , tidak ada kelainan.

## VI. Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Makanan		
	-menu	Nasi ,lauk pauk + sayuran	ML
	-porsi	1 piring	1 piring kecil
	-pantangan	Tidak ada	Tidak ada
2	Minuman		
	-jumlah	3-5 gelas/ hari	2-3 gelas/ hari
	-pantangan	Tidak ada	Tidak ada
3	Eliminasi		
	BAB		
	-frekuensi	1x sehari	4-6x sehari
	-warna	Kuning kecoklatan	Kuning kehijauan
	-Bau	Khas	Khas
	-konsistensi	Padat	lunak
	-kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	BAK		
	-frekuensi	4-5 x sehari	3- 4 x sehari
	-warna	Kuning jernih	Kuning pekat
	-bau	Pesing	Pesing
	-konsistensi	Cair	Cair
	-kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
4	Istirahat dan tidur		
	-waktu tidur	Malam	Siang dan malam
	-lama tidur	8-10 jam sehari	5-6 jam

			sehari
	-kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
5	Personal hygiene		
	-mandi	2x sehari	Di lap saja
	-cuci rambut	Setiap mandi	Tidak ada
	-gosok gigi	1x sehari	Tidak ada
	-potong kuku	1x seminggu	1x seminggu

## VII. Riwayat Alergi

Klien tidak ada alergi terhadap cuaca dingin, cuaca panas dan makanan atau obat apapun.

## VIII. Data Psikologis

Keluarga klien mengatakan khawatir dengan penyakit kejang demam yang di alami klien saat ini, keluarga juga sering bertanya tentang kondisi klien kepada perawat.

## IX. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium

a) Pemeriksaan darah ,06 April 2018

- HGB : 14,3
- RBC : 5,49
- HCT : 41,0

b) Kimia klinik, 07 April 2018

- Kalium : 3,73
- Natrium : 132,5
- Khlorida : 41,0

c) Tinja 07 April 2018

- Warna : Hijau
- Konsistensi : Lunak

d) Urinalise 07April 2018

- PH : 6,0
- Benda keton +
- BJ :1.020

## X. Data Pengobatan

Diberikan pada saat di UGD:

- Infus KAEN 1B 10 tetes/menit.
- Ampicilin 4x500 mg.
- Kloramphenikol 4x250 mg.
- Sibital 2x30 mg.
- Paracetamol

## XI. Data fokus

1) Data subjektif

- Ibu klien mengatakan klien masih BAB lebih dari 4 kali.

- Ibu klien mengatakan klien selama sakit susah untuk diberi minum air putih.
- Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya sudah ada.
- Ibu klien mengatakan klien tampak lemah.
- Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak pernah dimandikan.
- Ibu klien mengatakan klien tampak kotor.
- Ibu klien mengatakan takut terhadap anaknya akan terjadi nya kejang berulang.
- Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam.
- Ibu klien mengatakan panas badan anaknya sudah berkurang.
- Ibu klien mengatakan kejang sudah tidak ada lagi sejak masuk RS.

2) Data objektif:

- Klien tampak tidak mau minum air.
- Frekuensi BAK 3-4 x/ hari.
- Klien tampak sudah mau makan bubur dan roti.
- Mukosa bibir kering.
- TTV: S : 36,8<sup>0</sup> C. N: 82 x / i , P: 23 x / i.
- Badan klien tampak kotor.
- Baju klien tampak kotor.
- ADL tampak dibantu.





	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan klien tampak kotor</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Badan klien tampak kotor</li> <li>- Baju klien tampak kotor</li> <li>- ADL tampak dibantu</li> </ul> <p>DS: .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi.</li> <li>- Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam.</li> <li>- Ibu klien mengatakan panas badan anaknya sudah berkurang.</li> <li>- Ibu klien mengatakan kejang sudah tidak ada lagi sejak masuk RS</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya.</li> <li>- Saat di tanya tentang penyakit kejang demam, ibunya kurang tahu dalam menjawabnya.</li> <li>- Klien tampak tidak banyak rewel lagi.</li> </ul>	<p>Kurang pengetahuan</p>	<p>Kurang informasi tentang penyakit yang dialami.</p>
--	--	---------------------------	--

	- Klien tampak sudah bisa tertawa.		
--	------------------------------------	--	--

### **3.2 Diagnose keperawatan**

1. Resiko kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.
2. Defisit perawatan diri.
3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit yang dialami anak.

### 3.3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Resiko kurang volume cairan tubuh berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.	<p>Tujuan :</p> <p>Kebutuhan cairan terpenuhi.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir tidak kering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantau tanda- tanda vital.</li> <li>- Anjurkan klien memakan makanan yang tidak mengandung serat.</li> <li>- Berikan makanan yang lunak.</li> <li>- Berikan cairan melalui infus.</li> <li>- Anjurkan klien banyak minum.</li> <li>- Pantau intake dan output.</li> </ul>
2.	Defisit perawatan diri	<p>Tujuan :</p> <p>.setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 24 jam diharapkan klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri dengan</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu melakukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan personal hygiene.</li> <li>- Pantau kebersihan kuku</li> <li>- Pantau integritas kulit</li> </ul>

	<p>3. Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit yang dialami anaknya</p>	<p>aktifitas fisik dan pribadi secara mandiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu membersihkan tubuh secara mandiri</li> <li>- Mampu merawat mulut, gigi secara mandiri.</li> </ul> <p>Tujuan : Pengetahuan anak meningkat.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga mengerti dengan proses penyakit kejang demam,</li> <li>- keluarga klien tidak bertanya lagi tentang penyakit, perawatan dan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji tingkat pendidikan keluarga klien</li> <li>- Kaji tingkat pengetahuan keluarga klien.</li> <li>- Jelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam melalui penkes.</li> <li>- Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang</li> </ul>
--	--	---	---

		kondisi klien.	belum dimengerti.
--	--	----------------	-------------------

### 3.4 Implementasi

#### Catatan Perkembangan

NO	TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	Kamis, 07 juni 2018	1	09.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan ibu klien agar banyak memberi anaknya minum air putih dengan menyuruh minum sebanyak 8 gelas dalam sehari.</li> <li>- Melakukan TTV S : 36,8<sup>0</sup> C. N: 82 x / i , P: 23 x / i.</li> <li>- Memberikan makanan yang lunak seperti nasi lunak, pisang, kentang dan sup.</li> </ul>	09.10WIB	S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan klien selama sakit susah untuk diberi minum air putih.</li> <li>- Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya sudah ada.</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemberian cairan infus KAEN 1B 10 tetes.</li> <li>- Memantau intake dan output dengan intake menghitung cairan masuk, banyak klien minum cuman 3 gelas dalam sehari dan output cairan keluar, banyak urine pasien yg keluar 300 cc.</li> </ul>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak tidak mau minum air.</li> <li>- Frekuensi BAK 3-4 x/hari.</li> <li>- Klien tampak sudah mau makan bubur dan roti.</li> <li>- Mukosa bibir sedikit kering.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah belum teratasi.</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervensi dilanjutkan dan keesokan hari dikaji kembali</li> </ul>
--	--	--	--	---	---

2	Kamis, 07 juni 2018	2	10.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan personal hygiene dengan memandikan klien dengan menggunakan Alat-alat seperti handuk, sabun, waslap, selimut mandi, celemek, pakaian ganti klien, baskom 2 berisi air hangat , perlak.</li> <li>- Melakukan kebersihan kuku dengan melakukan memotong kuku klien, alat yang digunakan cepit kuku, kom,perlak, baskom kecil yg berisi air hangat, waslap,dengan cara merendam kuku klien terlebih dahulu selama 5 menit , setelah itu keringkan kuku klien terlebih dahulu baru dipotong.</li> <li>- Memantau integritas kulit jika kulit klie kering maka kita lakukan</li> </ul>	10.30WIB	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan selama sakit klien tidak ada dimandikan.</li> <li>- Ibu klien mengatakan klien tampak kotor.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Badan klien tampak kotor</li> <li>- Baju klien tampak kotor</li> <li>- ADL tampak dibantu</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah sebagian teratasi dengan memandikan klien</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dilanjutkan dengan tindakan selanjutnya</li> </ul>
---	------------------------	---	----------	--	----------	--

3	Kamis, 07 juni 2018	3	11.00WIB	<p>tindakan seperti mengelap badan klien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji tingkat pendidikan keluarga klien dengan menanyakan ibu klien pendidikan terakhir nya, ibu klie hannya tamat SMP.</li> <li>- Mengulang kembali tingkat pengetahuan keluarga klien, dengan menanyakan apakah keluarga klien tahu tentang penyakit anaknya dan ibu klien mejawab tidak tau dengan penyakit anaknya terseburt.</li> <li>- menjelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam melalui penkes atau dengan cara melakukan peyuluhan kepada</li> </ul>	11.30WIB	<p>S: .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi.</li> <li>- Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam.</li> <li>- Ibu klien mengatakan panas badan anaknya sudah berkurang.</li> <li>- Ibu klien mengatakan kejang sudah tidak ada lagi sejak masuk RS</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya.</li> </ul>
---	------------------------	---	----------	---	----------	--



				<p>keluar</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- memberi kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang belum dimengerti.</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>- Saat di tanya tentang penyakit kejang demam, ibunya kurang tahu dalam menjawabnya.</li></ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Masalah belum teratasi</li><li>-</li></ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Intervensi dilanjutkan dan dikaji kembali keesokan harinya pengetahua klien tentang penyakit anaknya.</li></ul>
--	--	--	--	--	--	---

NO	TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	JAM	EVALUASI
1	Jumat, 07 juni 2018	1	09.00WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganjurkan ibu klien agar banyak memberi anaknya minum air putih dengan menyuruh minum sebanyak 8 gelas dalam sehari.</li> <li>- Melakukan TTV S : 36,8<sup>0</sup> C. N: 82 x / i , P: 23 x / i.</li> <li>- Memberikan makanan yang</li> </ul>	09.10WIB	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan klien sudah mau minum air putih sesering mungkin.</li> <li>- Ibu klien mengatakan nafsu makan anaknya sudah ada.</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mau minum air.</li> <li>- Diare sudah tidak ada lagi</li> </ul>

2	Jumat, 07 juni 2018	2	10.00WIB	<p>seperti nasi lunak,pisang ,kentang dan sup</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- melakukan pemberian cairan infus KAEN 1B 10 tetes</li> <li>- Memantau intake dan output dengan intake menghitung cairan masuk,banyak klien minum 3 gelas dalam sehari dan output banyak urine pasien yg keluar 300 cc.</li> <li>- Melakukan personal hygiene dengan memandikan klien dengan menggunakan Alat-alat seperti handuk, sabun, waslap, selimut mandi, celemek, pakaian ganti klien, baskom 2 berisi air hangat , perlak.</li> <li>- Malakukan kebersihan kuku</li> </ul>	10.30 WIB	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sudah mau makan bubur dan roti.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah sebagian teratasi.</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- intervensi dihentikan karena klien diizinkan pulang oleh dokter jam 10.00 wib .</li> </ul> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan klien sudah membersihkan badan klien meskipun hannya dilap saja.</li> <li>- Ibu klien mengatakan klien tampak sudah bersih</li> </ul>
---	------------------------	---	----------	---	-----------	--

3.	Jumat, 07 juni 2018	3	11.00WIB	<p>dengan melakukan memotong kuku klien, alat yang digunakan cepit kuku, kom,perlak, baskom kecil yg berisi air hangat, waslap,dengan cara merendam kuku klien terlebih dahulu selama 5 menit , setelah itu keringkan kuku klien terlebih dahulu baru dipotong.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau integritas kulit jika kulit klie kering maka kita lakukan tindakan seperti mengelap badan klien .</li> <li>- Mengulang kembali tingkat pendidikan keluarga klien dengan menanyakan ibu klien pendidikan terakhir nya, ibu klie</li> </ul>	11.30WIB	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Badan klien tampak bersih</li> <li>- Baju klien tampak sudah diganti setiap dibersihkan</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan karena klien diizinkan pulang oleh dokter jam 10.00 wib .</li> </ul> <p>S: .</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan sudah mulai tahu tentang penyakit</li> </ul>
----	------------------------	---	----------	---	----------	---

				<p>hannya tamat SMP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengulang kembali tingkat pengetahuan keluarga klien, dengan menanyakan apakah keluarga klien tahu tentang penyakit anaknya dan ibu klien menjawab tidak tau dengan penyakit anaknya tersebut.</li> <li>- menjelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam melalui penkes atau dengan cara melakukan penyuluhan kepada keluar</li> <li>- memberi kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang belum dimengerti.</li> </ul>		<p>kejang demam.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ibu klien mengatakan panas badan anaknya sudah berkurang.</li> <li>- Ibu klien mengatakan kejang sudah tidak ada lagi sejak masuk RS</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat di tanya tentang penyakit kejang demam, ibunya sudah tahu dalam menjawabnya.</li> </ul> <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Masalah sudah teratasi</li> </ul> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervensi dihentikan karena klien diizinkan pulang oleh dokter jam 10.00 wib .</li> </ul>
--	--	--	--	---	--	--

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada An. f dengan kejang demam di ruangan anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 7 Juni 2018 sampai 9 Juni 2018 ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan. Dalam penerapan asuhan keperawatan pada An. f dengan kejang demam sesuai dengan teori – teori yang ada untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan tahap – tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **4.1. Pengkajian**

Menurut ( Carpet & Moyet ) Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam pengumpulan data tentang individu keluarga dan kelompok. Dalam melakukan pengkajian pada klien data didapatkan dari klien beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lainnya.

##### **a. Riwayat kesehatan sekarang**

Dalam tinjauan teoritis dengan tinjauan kasus terdapat kesenjangan, secara teoritis suhu tubuh panas  $> 38^{\circ}\text{C}$ , berkeringat, serangan kejang. Pada saat dilakukan pengkajian suhu tubuh klien didapatkan  $36,8^{\circ}\text{C}$  dan klien juga mengalami diare dengan frekuensi  $\pm 8$  x perhari, dan kulit klien kering.

##### **b. Riwayat kesehatan keluarga**

Tidak terdapat kesenjangan sesuai dengan teoritis kejang demam bukanlah penyakit degeneratif / keturunan.

c. Pemeriksaan fisik

1) Kesadaran

Secara teoritis biasanya kesadaran klien dengan kejang demam 13-15, dan pada saat dilakukan pengkajian kesadaran klien di dapatkan 15 ( E: 4, M: 6, V: 5 ), tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

2) Tanda – tanda vital

Secara teoritis biasanya klien dengan kejang demam suhunya > 38 °C, nadi > 80 x i dan pada saat dilakukan pengkajian suhu klien di dapatkan 36,5 °C dan nadi klien 82 x i, tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus

3) Head to toe

a) Kepala dan leher

Secara teoritis yang di kaji bentuk, kebersihan, ada bekas trauma atau tidak, yang di dapatkan saat melakukan pengkajian rambut klien tampak bersih, tidak kusam dan tidak terdapat lesi disekitar kepala, tidak terdapat masalah di bagian kepala klien, tidak ada kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

b) Mata

Secara teoritis umumnya matamulai terlihat cekung dan saat dilakukan pengkajian terdapat kesenjangan antara teoritis dan tinjauan kasus dimana saat pengkajian mata

klien cekung, konjungtiva normal, pupil isokor, sklera tidak iterik, tidak terdapat oedem.

c) Telingga, hidung, tenggorokan dan mulut

Secara teoritis yang di kaji yaitu bentuk, kebersihan, fungsi indranya adanya gangguan atau tidak, biasanya pada klien dengan kejang demam mukosa bibir klien akan kering dan. Dan pada saat dilakukan pengkajian tidak terdapat gangguan namun pada pemeriksaan mulut, mukosa bibir klien tampak kering, jadi tidak terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

d) abdomen

Secara abdomen biasanya nyeri dan ada peningkatan bising usus biasanya bising usus normal 3 – 5 x i ,pada abdomen bising usus klien 10 x i yaitu mengalami peningkatan dari bising usu normal, jadi tidak terdapat kesenjangan antarateoritis dan tinjauan kasus.

e) Sistem respirasi

Secara teoritis umumnya fungsi pernafasan lebih cepat dan dalam disini terdapat kesenjangan anantara teoritis dan tinjauan kasus saat di lakukan pengkajian pernafasan klien normal tidak terjadi kecepatan pernafasan, pernafasan klien 23 x i.



f) Sistem kardiovaskuler

Secara teoritis pada kasus ini biasanya denyut pada nadinya meningkat, pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi klien 83 x i, jadi terdapatnya kesenjangan secara teori dan tinjauan kasus.

g). system persyarafan

secara teoritis pada kasus ini biasanya terdapat trauma kepala , infeksi serebral, terjadinya kejang berulang. Dan tinjauan kasus saat melakukan pengkajian keadaan pasien normal , jadi terdapat kesenjangan secara teoritis dan tinjauan kasus.

#### **4.2.Diagnosa keperawatan**

Menurut (Carpento. 2006) Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia ( status kesehatan atau resiko perubahan pola ) dari individu atau kelompok diaman perawat secara akontibilitas dapat mengidentitifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menuru, membatasi, mencegah, dan merubah.

Pada tinjauan tororitis ditemukan 5 diagnosa keperawatan yaitu :

- a. Resiko tinggi trauma / cidera berhubungan dengan kelemahan, perubahan kesadaran , kehilangan koordinasi otot.
- b. Gangguan rasa nyaman b.d peningkatan suhu tubuh
- c. Resiko kejang berulang b.d peningkatan suhu

- d. Resiko defisit volume cairan b.d kondisi demam
- e. Kurang pengetahuan orang tua tentang kondisi ,prognosis, penatalaksanaan dan kebutuhan pengobatan b.d kurangnya informasi.

Sedangkan pada tinjauan kasus, saat dikaji ditemukan 3 diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus karena saat pengkajian lebih diutamakan diagnosa prioritas, aktual, dan potensial. Faktor pendukung diagnosa yang muncul adalah :

- a. Kekurangan volume cairan

Faktor pendukung pertama yaitu, saat dilakukan pengkajian orang tua klien mengatakan 2 hari terakhir, buang air besar klien encer sudah 4x dari kemaren. Klien tampak lemas / lesu, suhu tubuh klien 36,5 °C, Nadi : 82 x i, buang air besar klien tampak enecer dengan frekuensi 4 x sehari sebanyak < 1 gelas, didapatkan hasil labor warna : hijau : +, epitel : +, pH : 6,0, Bj : 1.020.

- b. Defisit perawatan diri

Faktor pendukung kedua yaitu, saat dilakukan pengkajian orang tua klien mengatakan klien tidak pernah mandi dari pertama kali masuk rumah sakit, badan klin sudah bau.Klien tampak lemas / lesu, pakaian klien tampak kotor.

- c. Kurang pengetahuan

Faktor pendukung ketiga yaitu saat dilakukan pengkajian orang tua klien menanyakan anaknya boleh pulang, orang tua klien sering bertanya tentang penyakit yang diderita anak nya.orang tua klien.

Saat ditanya tentang penyakit kejang demam kejang ibunya kurang tau dalam menjawab pertanyaannya .

- d. Adapun diagnosa yang tidak bisa di angkat yaitu resiko tinggi trauma, peningkatan suhu tubuh, gangguan rasa nyaman dan resiko kejang berulang.disebabkan karena data penunjang untuk di angkat nya diagnosa tersebut tidak ditemukan pad saat dilakukan pengkajian.

#### **4.3. Intervensi**

Menurut (Potter perry. 205) Perencanaan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi : meletakkan pusat tujuan pada klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai dan memilih intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan.

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kausus disesuaikan dengan keluhan yang diraskan klien saat dilakukan pengkajian.

Diagnosa yang pertama adalah yaitukekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat.secara teoritis intervensi yang dilakukan adalah sebanyak 5 intervensi [anjurkan klien memakan makanan yang mengandung serat,berikan makan yang lunak,berikan cairan melalui infus,anjurkan klien banyak minum, anjurkan klien makan sedikit tapi sering ] namun yang penulis ambil dari intervensi

tersebut 6 karena pas pengkajian penulis juga melakukan tindakan seperti monitor tanda – tanda vital [ monitor tanda – tanda vital ( tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan ), anjurkan klien makanan makanan yang mengandung serat , berikan makanan yang lunak , berikan cairan melalui infus , anjurkan klien banyak minum, anjurkan klien makan sedikit tapi sering].

Diagnosa yang kedua adalah defisit perawatan diri secara teoritis tidak ditemukan diagnosa defisit perawatan diri namun penulis menemukan diagnosa defisit perawatan di karena pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anaknya selama masuk rumah sakit klien tidak pernah mandi, ibu klien juga mengatakan badan anaknya bauk, pakaian klien tampak kotor , jadi intervensi yang penulis ambil hanya 3 seperti [lakukan personal hygiene, lakukan perawatan kuku, pantau integrits kulit klien ].

Diagnosa yang ketiga adalah yaitu Kurang pengetahuan orang tua tentang kondisi , prognosis, penatalaksanaan dan kebutuhan pengobatan b.d kurangnya informasi. secara teoritis intervensi yang di temukan 6 intervensi [Jelaskan setiap tindakan yang akan dilakukan, Berikan health education tentang cara menolong anak kejang dan mencegah kejang demam, Berikan health education agar selalu sedia obat penurun panas di rumah, Jaga anak tidak terkena penyakit infeksi dengan menghindari orang atau teman yang menderita penyakit menular sehingga tidak mencetus kenaikan suhu]. Dalam diagnosa yang ke tiga ini penulis melakukan intervensi secara teoritis tersebut yaitu sebanyak 4 intervensi seperti [Kaji

tingkat pendidikan keluarga klien, Kaji tingkat pengetahuan keluarga klien, Jelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam melalui penkes, Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang belum dimengerti] dari intervensi teoritis penulis tidak menemukan 2 intervensi karena waktu pengkajian tidak ditemukan .

#### **4.4. Implementasi**

Menurut ( Potter dan Perry. 2000 ) Implementasi keperawatan adalah suatu serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi kedalam suatu kasus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan.

Setelah rencana tindakan di tetapkan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan pada klien terlebih dahulu melakuakn pendekatan pada klien dan keluarga klien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui klien dan keluarga klien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

Diagnosa yang pertama, dalam melakuakn implementasi penulis hanya melakukan 5 implementasi dari 5 intervensi yaitu Menganjurkan ibu klien agar banyak memberi anaknya minum air putih dengan menyuruh minum sebanyak 8 gelas sehari, Memantau TTVS :  $36,8^0$  C. N: 82 x / i , P: 23 x / i. Memberikan makanan yang lunak seperti nasi lunak dan sayur-sayuran, Memantau pemberian cairan infus, Memantau intake dan output

dengan cara menghitung cairan masuk, banyak klien minum 3 gelas dalam sehari dan banyak urine pasien yg keluar 300 cc.

Diagnosa yang kedua, dalam melakukan implementasi penulis hanya dapat melakukan 1 implementasi dari 3 intervensi diantaranya [Melakukan personal hygiene dengan memandikan klien dengan menggunakan Alat-alat seperti handuk, sabun, waslap, selimut mandi, celemek, pakaian ganti klien, baskom 2 berisi air hangat , perlak].penulis tidak melakukan implentasi memantau kebersihan kuku dan memantau itegritas kulit karena pada saat pengkajian klien tidak mau memotong kuku dan pada dalam implementasi yang ketiga implementasi tersebut sudah dilaksanakan.

Diagnosa yang ketiga, dalam melakukan implementasi penulis hanya dapat melakukan 3 implementasi dari 4 intervensi yang direncanakan diantaranya :[Mengkaji tingkat pendidikan keluarga klien dengan menanyakan ibu klien pendidikan terakhir nya, ibu klie hanya tamat SMP,Mengkaji tingkat pengetahuan keluarga klien, dengan menanyakan apakah keluarga klien tahu tentang penyakit anaknya dan ibu klien menjawab tidak tau dengan penyakit anaknya tersebut, Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang belum dimengerti]. Implementasi yang tidak penulis lakukan adalah menjelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam penulis mengalami masalah karena perlu melakukan penyuluhan.

Dalam melakukan rencana tindakan keperawatan penulis menemukan sedikit kesulitan karena klien sering istirahat, namun kesulitan tersebut bisa segera diatasi karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan tindakan asuhan keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan penulis dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapat bantuan dalam melakukan tindakan keperawatan.

#### **4.5. Evaluasi**

Dari tiga diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, petugas perawat ruangan, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Diagnosa pertama teratasi :

- a) Hari pertama didapatkan S : orang tua klien mengatakan klien selama sakit susah diberi minum air putih), O : (klien tampak tidak mau minum, bibir klien tampak kering ), A : masalah belum teratasi, P : intervensi dilanjutkan no : 1,3 ,4
- b) Hari kedua didapatkan S : Orang tua klien mengatakan anaknya sudah mau minum air putih sesering mungkin ), O: (klien tampak sudah mau makan , diare sudah tidak ada lagi , klien tampak mulai

beraktifitas), A: Masalah teratasi P: Intervensi dihentikan karena pasien sudah boleh pulang.

Diagnosa yang kedua sebagian masalah sudah teratasi :

- a) Hari pertama didapatkan S : (orang tua klien mengatakan anaknya dari pertama masuk rumah sakit tidak pernah mandi, ibu klien juga mengatakan badan anaknya sudah baik ), O : (pakaian klien tampak kotor , klien tampak lemah), A : Masalah sebagian belum teratasi, P : Intervensi dilanjutkan no: 2, 3
- b) Hari kedua didapatkan S: (orang tua klien mengatakan anaknya sudah mau dilap badannya), O : (klien sudah tampak bersih , baju klien sudah diganti), A : Masalah teratasi, P : Intervensi dihentikan karena pasien sudah boleh pulang.

Diagnosa yang ketiga sebagian masalah sudah teratasi :

- a) hari pertama didapatkan : S : (orang tua klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi, ibu klien mengatakan tidak tau betul tentang penyakit kejang demam), O : (ibu klien terlihat sering bertanya , saat ditanya tentang penyakit kejang demam ibu klien tidak bias menjawabnya), A : Masalah belum teratasi, P : Intervensi di lanjutkan no :1, 2, 4, 5,
- b) Hari kedua didapatkan : S : (orang tua klien mengatakan klien sudah mulai tahu tentang penyakit kejang demam, ), O : (saat ditanya tentang penyakit kejang demam, ibunya sudah tau



dalam menjawabnya ), A : Masalah belum teratasi, P :  
Intervensi dihentikan karena pasien sudah boleh pulang.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Demam adalah kenaikan suhu tubuh diatas normal, meskipun tidak semua kenaikan suhu tubuh termasuk demam. Dan kenaikan suhu tubuh merupakan bagian dari reaksi biologis kompleks, yang diatur dan dikontrol oleh susunan syaraf pusat. Demam merupakan gambaran karakteristik dari kenaikan suhu oleh karena berbagai penyakit infeksi dan noninfeksi, sehingga perlu dibedakan dari kenaikan suhu oleh karena stres demam dan penyakit demam. Sebagai manifestasi klinis, maka demam terjadi pada sebagian besar penyakit infeksi yang ringan dan serius. (Maulana, 2009). Suhu tubuh yang tinggi pada saat demam dapat menimbulkan serangan kejang, demam kejang merupakan salah satu penyakit yang sering di alami oleh anak, dan kalangan awam lebih sering menyebutnya dengan istilah Step, sementara istilah medisnya adalah *Convulsio Febrilis*. Demam kejang lazim terjadi pada anak usia 6 bulan hingga 5 tahun, sampai usia 2 tahun rata-rata anak menderita demam sampai enam kali serangan, (Nakita, 2007).

Asuhan keperawatan hanya dilakukan satu hari karena klien pada saat pengkajian hari pertama sudah dibolehkan pulang oleh dokter. Tiga diagnosa yang dilakukan yaitu Resiko kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh, Kurang pengetahuan berhubungan dengan kurang informasi tentang penyakit yang dialami anak, dan Resiko

kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan intake cairan yang tidak adekuat. Masalah pada anak F masih ada yang belum teratasi.

a) Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada riwayat kesehatan sekarang penderita kejang demam biasanya akan mengalami suhu tubuh panas yaitu  $> 38^{\circ}\text{C}$  dan mengalami kejang. Tetapi pada tinjauan kasus saat pengkajian penulis hanya menemukan suhu tubuh klien  $36,5^{\circ}\text{C}$ , klien juga mengalami diare dengan frekuensi  $\pm 8x$  sehari, tidak ada lagi kejang. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik anak akan lebih sering rewel karena kondisi anak yang sering buang air besar sehingga kesulitan pada saat dilakukan pemeriksaan fisik.

b) Diagnosa Secara teoritis diagnosa yang didapatkan ada 6 diagnosa yaitu Resiko tinggi trauma / cedera b/d kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot, Peningkatan suhu tubuh b.d reaksi infeksi, Gangguan rasa nyaman b.d peningkatan suhu tubuh, Resiko kejang berulang b.d peningkatan suhu, Resiko Defisit volume cairan b.d kondisi demam Kurangnya pengetahuan berhubungan dengan kurangnya informasi, sedangkan diagnosa yang dapat diangkat pada kasus hanya 3 diagnosa karena kurangnya data penunjang untuk dapat menegaskan 3 diagnosa lainnya yaitu .Resiko tinggi trauma / cedera b/d kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot, Peningkatan suhu tubuh b.d reaksi infeksi, Gangguan rasa nyaman b.d peningkatan suhu tubuh, Resiko kejang berulang b.d peningkatan suhu.

c) Intervensi

Diagnosa yang pertama, semua dari intervensi teoritis bisa dilaksanakan 5 intervensi [anjurkan klien memakan makanan yang mengandung serat, berikan makan yang lunak, berikan cairan melalui infus, anjurkan klien banyak minum, anjurkan klien makan sedikit tapi sering ] namun yang penulis ambil dari intervensi tersebut 6 karena pas pengkajian penulis juga melakukan tindakan seperti monitor tanda – tanda vital [ monitor tanda – tanda vital ( tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan ), anjurkan klien makanan makanan yang mengandung serat , berikan makanan yang lunak , berikan cairan melalui infus , anjurkan klien banyak minum, anjurkan klien makan sedikit tapi sering ].

Diagnosa yang kedua, tidak semua dari intervensi yang bisa dilaksanakan hanya 1 yang dapat dilaksanakan yaitu [lakukan personal hygiene,].

Diagnosa yang ketiga dari 4 intervensi teoritis, semua intervensinya dapat dilakukan yaitu [Kaji tingkat pendidikan keluarga klien, Kaji tingkat pengetahuan keluarga klien, Jelaskan pada keluarga klien tentang penyakit kejang demam melalui penkes, Beri kesempatan pada keluarga untuk menanyakan hal yang belum dimengerti].

d) Implementasi

Diagnosa yang pertama 5 dari intervensi 5 implementasinya dapat dilaksanakan.

Diagnosa yang kedua 3 dari intervensi tersebut hanya 1 implementasi yang dapat dilaksanakan karena adanya implementasi yang dapat dilaksanakan secara bersamaan.

Diagnosa yang ketiga 6 dari intervensi tersebut hanya 2 implementasi yang dapat dilaksanakan karena adanya implementasi tersebut penulis harus melakukan penyuluhan sedangkan penulis tidak bisa melakukan penyuluhan karena keterbatasan waktu.

e) Evaluasi

Dari 3 diagnosa tersebut sebagian masalah sudah teratasi dan klien sudah di bolehkan pulang.

## 5.2 Saran

- a. Pertolongan pertama yang dapat kita lakukan pada penderita kejang demam yaitu dengan cara letakkan dia di tempat yang datar, jauhkan dari benda – benda taja, kendurkan pakaiannya.
- b. Apabila penderita kejang demam mengalami kejang berulang, agar dapat segera dibawa ke tim kesehatan, rumah sakit, puskesmas, dokter, bidan.
- c. Anjurkan orang tua untuk melakukan manajemen anak demam untuk mencegah terjadinya kejang demam atau komplikasi lainnya.

- d. Semoga karya tulis yang penulis susun dapat dimanfaatkan secara maksimal, sehingga dapat membantu proses pembelajaran, dan dapat mengefektifkan kemandirian dan kreatifitas mahasiswa.
- e. Selain itu, diperlukan lebih banyak referensi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ball, Jane, Bindler, Ruth.1995. *PediatrikNursing : Caring For Children* Appleton  
lange.
- Betz, Cecily Lynn.2009. *Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Dongoes, Marilyn E (2000). *DiagnosaKeperawatan*. Edisi 3.Jakarta : EGC  
\_\_\_\_\_. 2002. *Rencana Asuhan Keperawatan*. Edisi 3 Jakarta; EGC.
- Jacobson, Anette, RN, MSN,.1995.”*Clinical Care plans. Pediatric Nursing*” Mc.  
Grow Hill Internasional Edition, Singapura
- Mansjoer, Arif., et all. (2000). *KapitaSelektaKedokteran.FakultasKedokteranUI :*  
MediaAescullapius.
- Markum, A. H. . 1991. *Bukuajarilmukesehatananak*, Jilidpertama.  
BagianIlmuKesehatan UI, Jakarta
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta; EGC.
- Nursalam Dr. et. Al. 2005. *Asuhann Keperawatan Bayi dan Anak*. Edisi I. Jakarta  
: Salemba Medika.
- PersatuanAhliPenyakitdalam Indonesia, .1996.Buku Ajar  
IlmuPenyakitDalam.Jilid 1 edisiketiga FKUI, Jakarta
- Scipien – Chard – Company. Bernard.1990.“*Pediatrik Nursing Care*“ The CV.  
Mosby Company. Philadelpia
- Smeltzer C Suzanne, Brenda G Bare. 2001. *Keperawatan Medikal Bedah*,  
Penerbit Buku Kedokteran, Jakarta; EGC.

Sudoyo, W. Aru, dkk .2006. *Ilmu Penyakit Dalam*. Jilid 2 Edisi IV, Pusat  
Penerbitan Departemen Penyakit Dalam FKUI, Jakarta

Whaley wong's.1999. *Nursing Care Of Infants and Children*.Edisi 6

Wong, Donna L. 2003. *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta; EGC



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



### **I. Identitas Penulis**

Nama : Susi Susanti  
Tempat / Tanggal Lahir : LimauLunggo, 04 september 1996  
Agama : Islam  
Negeri Asal : Solok  
Jumlah Bersaudara : 10 (sepuluh) Orang  
Anak Ke : 8 (delapan)  
Alamat : Jl. Bukit sileh Limau Lunggo Kecamatan  
Lembang jaya Kabupaten Solok

### **II. Nama Orang Tua**





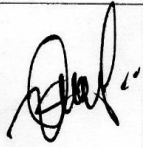

Ayah : Syamsuar  
Ibu : Jurwati

### **III. Riwayat Pendidikan**

1. SD N 13kotobaru : 2004-2009
2. MTsN Koto BaruSolok : 2009-2013
3. MAN 1 Kota Solok : 2013-2015
4. Program, Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2015  
Sampai Sekaran

**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS**  
**PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG**  
**TA 2016/2017**


NAMA MAHASISWA : SUSI SUSANTI  
 NIM : 1514401022  
 RUANGAN : P. ANAK  
 JUDUL STUDI KASUS : Asuhan Keperawatan pada An. P  
dengan Demam Kejang Ruangan Anak  
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi  
Thu 2018

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
	Kamis 07/06/18	07.00 WLB		12.00 WLB		
	Jum'at 08/06/18	07.00 WLB		12.00 WLB		
	Sabtu 09/06/2018	07.00 WLB		12.00 WLB		

Bukittinggi, 09 Juni 2018

Ka Ruangan

Preceptor



  
 (.....)




(.....)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

**LEBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Susi Susanti  
Nim : 1514401022  
Pemimbing : Ns. Susi Dwi Yanti, S.Kep  
Judul KTI Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN An.F  
KEJANG DEMAM DI RUANG ANAK RSUD  
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN  
2018

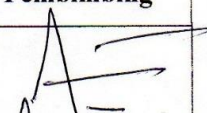
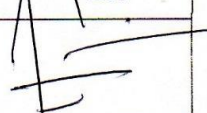
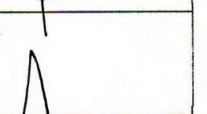

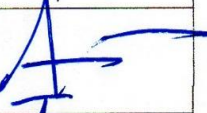
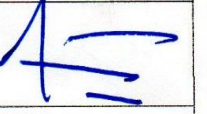
NO	Hari / Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pemimbing
1	Kamis 07/6-2018	- Perbaiki pengkajian - Perbaiki Dx - Perbaiki Spasi - Sesuai saran	
2	Jumat 08/6-2018	- Perbaiki intervensi Sesuai saran	

3	Sabtu / 9/08-2018	- Tambah genogram - mbc	
4	9 / 06 - 2018	Aca 	

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI  
 Nim : 1514401022  
 Pembimbing : YENDRIZAL JAFRI S.KP.M .BIOMED  
 Juduk KTI Studi Kasus : Kejang demam Pada An.f Diruangan Anak Rumah Sakit  
 Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	28/06 - 2018		
2	30/06 - 2018	Perubahan ke ...	
3	30/06 - 2018	Perubahan ...	
4	30/06 - 2018	Perubahan ...	
5	4/7-2018	... ..	
7	4/7-2018	... ..	
8			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**

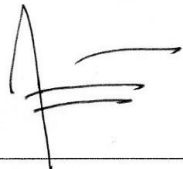

**LEMBAR KONSULTASI REVISI**

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI

Nim : 1514401022

Penguji 2 : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada An.F Diruangan Anak Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	18/7-2018	Perbaikan format Sasm.	
2	18/7.2018	Ing leaf.	1
3	31/7-2018	reeditid	
4			

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**  
**SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI**

Nama Mahasiswa : SUSI SUSANTI

Nim : 1514401022

Penguji I : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada An.f dengan kejang demam diruang rawat Inap Anak RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Selasa 24-07-2018	Perbaiki Sesuai Saran	
2	Selasa 24-07/2018	Acc dijelid	
3			
4			

