

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN KEJANG DEMAM
DI RUANG DAHLIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

HANIF ACHLIS ROFIDAH

NIM. P17240223065



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI POLITEKNIK KESEHATAN
KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS
KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN KEJANG DEMAM

DI RUANG DAHLIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK

PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma 3 Keperawatan
Di Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang**

HANIF ACHLIS ROFIDAH

NIM. P17240223065



KEMENTRIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN

PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS

KABUPATEN TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Hanif Achlis Rofidah
Tempat tanggal lahir : Trenggalek 25 Januari 2004
Agama : Islam
Alamat : RT/W 10/02 Desa Panggul Kec.
Panggul Kab.Trenggalek



Riwayat pendidikan :

1. SD Negeri 2 Panggul lulus tahun 2016
2. MTs Negeri 5 Trenggalek lulus tahun 2019
3. SMA Negeri 1 Panggul lulus tahun 2022
4. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3
Keperawatan Trenggalek tahun 2022-2025

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hanif Achlis Rofidah

NIM : P17240223065

Program Studi : DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar benar tulisan saya dan bukan merupakan plagiat baik sebagian maupun keseluruhan. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini hasil plagiasi baik sebagian maupun seluruhnya, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Mengetahui,

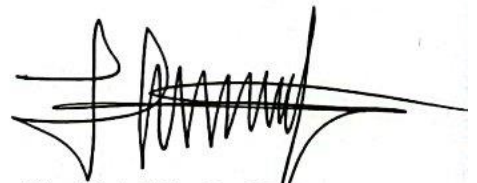
Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih.S.Kep. M.Kep
NIP. 91984070620191201

Yang membuat pernyataan



Hanif Achlis Rofidah
NIM. P1724023065

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Hanif Achlis Rofidah (P17240223065) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing



Ns. Elok Yulidaningsih.S.Kep.M.Kep

NIP. 919840706201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Hanif Achlis Rofidah (P17240223065) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”, telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal 07 Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830626201901201

Anggota Penguji

Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep
NIP. 919840706201901201

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19760810 200212 2 001

MOTTO

“HIDUP BUKAN SALING MENDAHULUI”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim...

Sembah sujud serta syukur kepada Allah, taburan cinta dan kasih sayangmu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkanku dengan cinta atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat dan salam selalu terlimpahkan kepada baginda Muhammad SAW. Karya sederhana ini kupersembahkan kepada :

1. Kedua orang tua saya, untuk Ayah Mohamad Muchlis Efendi dan Ibu Hartini tercinta tidak ada kata lain yang saya ucapkan selain terimakasih yang sangat dalam karena sudah memberikan dukungan, semangat dan doa restu yang tiada henti kepada putrinya serta kepercayaan dan nasihat yang selalu menguatkan selama menjalankan studi.
2. Untuk Adikku tercinta Ahmad Achlis Bahtiar terimakasih dukungannya semoga segala urusannya dilancarkan
3. Untuk Bapak / Ibu Dosen dan seluruh staff karyawan Prodi D3 Keperawatan Trenggalek, Saya ucapkan Terimakasih , karena selama ini sudah tulus dan ikhlas memberikan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada nilai dan haragnya, agar saya menjadi manusia yang lebih baik dan bermanfaat. Terimakasih atas ilmu yang kalian berikan, semoga ilmu yang saya dapat bermanfaat bagi orang banyak diluar sana.

4. Untuk Dosen Pembimbing saya, Ibu Elok Yulidaningsih, S.Kep., Ns. M.,Kep. Saya ucapkan terimakasih karena telah memberikan masukan, memberikan bimbingan kepada peneliti untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
5. Untuk Teman-Teman seperjuangan, Terima kasih untuk teman-temanku semua atas segala pengalaman dan cerita yang pastinya akan saya rindukan dimasa nanti. Terima kasih sudah mau berjuang bersama hingga kita bisa lulus bersama. Sukses selalu teman – temanku

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Penelitian Studi Kasus yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek” sesuai waktu yang ditentukan. Karya Tulis Ilmiah ini penulis susun sebagai salah satu persyaratan melaksanakan penelitian.

Dalam penyusunan, penulis mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu dalam kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada yang terhormat:

- 1) Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen, M.Pd., selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek.
- 2) Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
- 3) Dr. H. Moh. Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah menyediakan lahan penelitian dan memberi izin untuk melakukan penelitian.
- 4) Ns. Rahayu, S.Kep., M.Kes. selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek
- 5) Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep, selaku pembimbing dalam

penulisan Karya Tulis Ilmiah ini yang memberikan pengarahannya, saran bimbingan dan revisi kepada penulis dalam menyempurnakan penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

6) Herdwiasih, A.Md.Kep. selaku Kepala Ruang Dahlia yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo

7) Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep. selaku ketua penguji Karya Tulis Ilmiah ini yang telah memberikan saran, pengarahannya dan revisi dalam menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah ini

8) Partisipan yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian Karya Tulis Ilmiah.

9) Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan fasilitas serta bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis berusaha dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan sebaik-baiknya dan mungkin masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi peneliti dan masyarakat.

Trenggalek, Mei 2025

Hanif Achlis Rofidah

ABSTRAK

Hanif Achlis Rofidah (2025). Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Program Studi DIII Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing: Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep

Kejang Demam merupakan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh lebih dari 38°C. Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam diantaranya adalah infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti otitis media akut, bronchitis dan tonsillitis. Setiap serangan kejang harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Partisipan yang digunakan adalah An.R dengan diagnosa Kejang Demam. Sumber data dari data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi. Hasil penelitian didapatkan masalah keperawatan yaitu hipertermia dan resiko kejang berulang. Intervensi disusun berdasarkan teori yang sudah ada. Implementasi yang dilakukan berdasarkan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama satu hari dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Berdasarkan hasil analisa, ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian pola makan dan minum, pola eliminasi, pemeriksaan mulut dan lidah, integumen, pemeriksaan thorax. Kesimpulan yang didapat dari penelitian ini bahwa pasien dengan Kejang Demam harus memerlukan pengawasan khusus demi tercapainya kesembuhan secara optimal. Untuk itu penting adanya infoemasi yang adekuat dan peran serta petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Kejang Demam, Anak

ABSTRACT

Hanif Achlis Rofidah (2025). Nursing care for children aged 1-5 years with febrile seizures in the Dahlia Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Scientific Paper Case Study, Polytechnic Ministry Of Health Malang Diploma-3 Nursing Study Program Trenggalek Regency Campus. Advisor : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep

Fever seizures are seizures that occur due to an increase in body temperature of more than 38oC. Conditions that can cause febrile seizures include infections that affect extracranial tissues such as acute otitis media, bronchitis and tonsillitis. Every seizure attack must get fast and appropriate treatment, especially seizures that last long and repeated. The purpose of this study was to provide Nursing Care for Children with Febrile Seizures in the Dahlia Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. The research method used is a qualitative descriptive research method with a case study approach which includes interviews, observation, and documentation studies. The participants used were An.R diagnosed with simple febrile seizures. Source of data from primary and secondary data, primary data from interviews and physical examination, while secondary data from the results of laboratory tests and documentation. The results of this study, nursing problems were found, namely hyperthermia and high risk of recurrent seizures. Interventions are arranged based on existing theory. Implementation is carried out based on the client's condition. The evaluation was carried out for one days with emerging nursing diagnoses. Based on the results of the analysis, a discrepancy was found between theory and facts in the assessment section eating and drinking patterns, elimination patterns, examination of the mouth and tongue, integument, examination of the thorax. The conclusions obtained from this study are that patients with febrile seizures must require special supervision in order to achieve optimal recovery. For this reason, it is important to have adequate information and the role of health workers in providing nursing care to patients with febrile seizures.

Keywords : Nursing care, febrile seizures, children.

DAFTAR ISI

HALAMAN COVER	i
CURRICULUM VITAE	ii
LEMBAR KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK.....	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan Karya Tulis Ilmiah	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.5 Manfaat Karya Tulis Ilmiah.....	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Kejang Demam.....	8
2.1.1 Definisi Kejang Demam	8
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3. Etiologi	10

2.1.4 Patofisiologi	13
2.1.5 Manifestasi.....	15
2.1.6 Komplikasi.....	15
2.1.7 Pencegahan	16
2.1.8 Penatalaksanaan	17
2.2 KONSEP ANAK	18
2.2.1 Pengertian Anak	18
2.2.2 Kedudukan Anak Di Indonesia	18
2.2.3 Fisiologi Keperawatan Anak.....	19
2.2.4 Prinsip Keperawatan Anak	19
2.2.5 Paradigma Keperawatan Anak.....	20
2.2.6 Tumbuh Kembang Anak	23
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam	30
2.3.1 Pegkajian.....	31
2.4 Analisa Data.....	41
2.5 Diagnosa Keperawatan.....	42
2.6 Intervensi	49
2.7 Implementasi keperawatan.	58
2.8 Evaluasi	58
BAB III METODE PENELITIAN	59
3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian	59
3.2 Batasan Istilah.....	60
3.3 Partisipan	61
3.4 Lokasi dan waktu	61
3.4.1 Lokasi penelitian	61
3.4.2 Waktu pelaksanaan.....	61
3.5 Pengumpulan data	61
3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data.....	61
3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data.....	62
3.6 Analisa Data	63
3.7 Keabsahan Data	64
3.8 Etika Penelitian	65

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	67
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	67
4.1.1 Pengkajian.....	67
4.1.2 Riwayat Penyakit	68
4.1.3 Pola Aktivitas Sehari hari	70
4.1.4 Pemeriksaan Fisik	71
4.1.5 Pemeriksaan Penunjang	73
4.1.6 Penatalaksanaan Medis.....	73
4.1.7 Analisa Data.....	73
4.1.8 Diagnosa Keperawatan	74
4.1.9 Intervensi Keperawatan	76
4.1.10 Impekemntasi Keperawatan.....	78
4.1.11 Evaluasi Keperawatan	79
4.1.12 Catatan Perkembangan	80
4.1.13 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori	82
4.2 Pembahasan	90
4.2.1 Pengkajian Klien	90
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	95
4.2.3 Intervensi	96
4.2.4 Implementasi.....	98
4.2.5 Evaluasi	98
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	100
5.1 Kesimpulan.....	100
5.1.1 Pengkajian.....	100
5.1.2 Diagnosa	100
5.1.3 Intervensi	100
5.1.4 Implementasi.....	101
5.1.5 Evaluasi	101
5.1.6 Analisis	101
5.2 Saran.....	101
5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit	101
5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan.....	102

5.2.3 Bagi Klien dan keluarga	102
5.2.4 Bagi Peneliti.....	102
5.2.5 Bagi Peneliti yang akan datang.....	102
DAFTAR PUSTAKA.....	103
LAMPIRAN	105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam.....	13
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Pengkajian.....	67
---------------------------	----

Tabel 4.2 Riwayat penyakit	68
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari.....	70
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik.....	71
Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang	73
Tabel 4.6 Analisa Data	73
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	74
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan	76
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan	78
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan.....	79
Tabel 4.11 Catatan Perkembangan	80
Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori	82

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informed Consent.....	105
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	106
Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian.....	107
Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan	110
Lampiran 5 Lembar Konsul	119

DAFTAR ISTILAH

<i>Apneu</i>	: Gangguan tidur yang berpotensi serius ketika napas berhenti dan berlanjut berulang kali
<i>Bronkitis</i>	: Radang selaput saluran bronkial, yang membawa udara ke dan dari paru-paru
<i>Composmetis</i>	: Sadar sepenuhnya
<i>Edema</i>	: Koleksi cairan biasanya di rongga paru-paru atau ekstremitas bawah karena volume air yang berlebihan.
<i>Faringitis</i>	: Radang pangkal tenggorokan.
<i>Hiperplasi gingiva</i>	: Pertumbuhan berlebih jaringan gusi di sekitar gigi.
<i>Hipertermia</i>	: Kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi.
<i>Hipoglikemia</i>	: Gula darah rendah
<i>Hipoksia</i>	: Kekurangan oksigen dalam darah
<i>Infeksi</i>	: Keberhasilan mikroorganisme patogenik untuk menginvasi, menetap. Tumbuh dalam jaringan tubuh hospesnya.
<i>Inkontinensia</i>	: Kehilangan kontrol kandung kemih, yang bervariasi mulai keluarnya sedikit urin saat bersin, batuk, atau tertawa, hingga sepenuhnya tidak dapat menahan kencing.

<i>Letargi</i>	: Keadaan lemah badan dan tidak ada dorongan
<i>Meningitis</i>	: Radang selaput otak mikroskop elektron.
<i>Neorotransmitter</i>	: Senyawa organik endogenus membawa sinyal di antara neuron normal jaringan.
<i>Opsitotonus</i>	: Kekakuan otot yang menunjang tubuh. Infeksi virus atau bakteri yang menyebabkan radang telinga tengah
<i>Otitis media</i>	: Pembengkakan saraf optik mata karena adanya tekanan pada otak.
<i>Pneumonia</i>	: Infeksi yang menimbulkan peradangan pada kantung udara di salah satu atau kedua paru-paru, yang dapat berisi cairan radang telinga tengah.
<i>Resus sardonicus</i>	: Spasme otot muka dengan gambaran alis tertarik ke atas.
<i>Ronchi</i>	: Suara napas tambahan yang bernada rendah yang terjadi akibat adanya penyumbatan jalan napas biasanya akibat adanya lendir.
<i>Sianosis</i>	: Kebiruan
<i>Tonik</i>	: Zat yang di gunakan untuk mengembalikan kondisi normal jaringan.
<i>Tonik-klinik</i>	: Salah satu penyakit kejang terhadap epilepsi yang di mulai dengan fase tonik, yaitu kontraksi yang terjadi pada otot secara tiba-tiba yang menyebabkan pasien jatuh dan terbaring kaku.
<i>Tonsilliti</i>	: Peradangan pada dua bantalan jaringan berbentuk oval di belakang tenggorokan.

- Tympani* : Perut kembung untuk melakukan kegiatan, nafsu tidur berlebihan, muncul pada penderita penyakit otak atau keracunan.
- Virus* : Mikroorganisme yang dapat dilihat menggunakan mikroskop elektron.
- Vomiting* : Muntah

DAFTAR SINGKATAN

BAB	:	Buang Air Besar
BAK	:	Buang Air Kecil
CRT	:	Cardiac Resynchronization Therapy
CTR	:	Case Fatality Rate
EEG	:	Elektro Encolografi
EKG	:	Elektro Kardiogram
ISPA	:	Inspeksi Saluran Pernafasan Atas
O ₂	:	Oksigen
WHO	:	World Health Oeganization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak merupakan salah satu pewaris setiap bangsa, sebagai pewaris juga merupakan pendukung cita-cita perjuangan bangsa. Anak agar dapat tumbuh dan berkembang perlu dilakukan upaya untuk memaksimalkan potensi yang dimiliki dan menjadikannya sebagai sumber daya manusia masa depan yang berkualitas. Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dapat dipengaruhi oleh salah satunya adalah infeksi (Vita, 2023). Tubuh manusia dalam menangani proses infeksi akan menyebabkan kenaikan suhu pada tubuhnya yang disebut sebagai demam. Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh ketika suhu meningkat melebihi suhu tubuh normal ($>37,5^{\circ}\text{C}$), dan merupakan salah satu faktor resiko utama penyebab kejang demam. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering terjadi pada balita, 1 dari 25 anak akan mengalami kejang demam. Dikarenakan anak sangat rentan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan sistem kekebalan tubuh belum terbangun secara sempurna, munculnya kejang demam yang berhubungan dengan usia, tingkat suhu dan kecepatan kenaikan suhu, termasuk faktor keturunan yang juga berperan dalam peningkatan kejang demam dimana anggota keluarga memiliki kesempatan untuk mengalami kejang lebih banyak dari pada anak-anak normal (Windawati & Alfiyanti, 2020). Serangan kejang demam pada anak yang satu dengan yang lainnya tidaklah sama, tergantung pada nilai ambang kejang masing-masing. Berdasarkan fenomena yang sering terjadi di Indonesia saat demam berlangsung tidak ditangani dengan baik oleh orang tua. Biasanya orang tua cenderung memberikan selimut

tebal ketika anaknya mengalami kejang demam tinggi, orang tua mungkin khawatir namun dengan memberikan selimut tebal justru bisa menghambat penyaluran panas untuk keluar (Budi, 2021). Oleh karena itu, setiap serangan kejang harus mendapat penanganan yang cepat dan tepat, jika keterlambatan dan kesalahan prosedur bisa mengakibatkan kecacatan otak bahkan kematian (Fida & Maya, 2012). Di Rumah sakit menganggap bahwa kejang demam pada anak dianggap penyakit yang serius, setiap anak dengan kejang demam perlu diperiksa secara seksama untuk mencari apabila terdapat sepsis, atau penyakit serius lainnya (Widagdo, 2012).

Menurut *World Health Organization* (WHO) memperkirakan angka kejadian kejang demam pada tahun 2022 lebih dari 18,3 juta jiwa anak di dunia mengalami kejang demam sementara 154 ribu anak meninggal dunia (Solikah dan Waluyo, 2020). Angka kejadian kejang demam pada rentang usia 6-36 bulan di Amerika mencapai 1,5 juta jiwa. Di Eropa tercatat sebanyak 2-4% kejadian kejang demam, sedangkan di Jepang sebesar 8,8% dan India 5-10% tercatat tiap tahunnya. Di wilayah Asia angka kejadian kejang demam tercatat lebih tinggi dari Negara yang lain yaitu sebesar 80-90% kasusnya adalah kejang demam sederhana (Syarifatunnisa, 2021). Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2023 terdapat lebih dari 20,65 juta kasus kejang demam dengan lebih dari 216 ribu kematian, di Asia, prevalensi kejang demam mencapai 8,3-9,9% pada tahun yang sama, di negara-negara lain, insiden kejang demam bervariasi, misalnya Jepang mencapai 8,8%, Guam 14%, dan India 5-10%. Di Amerika Serikat, insiden kejang demam berkisar antara 2%-5% pada anak usia di bawah 5 tahun (WHO, 2023). Di Indonesia sendiri angka kejadian kejang demam pada anak sekitar 14,254 ribu jiwa (Depkes, 2019). Data di Jawa Timur menunjukkan bahwa prevalensi angka

kejadian kejang demam sebesar 2- 3% dari 100 anak dan menjadi penyebab kematian nomor tiga pada anak usia 12-59 bulan (Widiyanto, 2023). Sedangkan di Kabupaten Trenggalek berdasarkan data yang diperoleh terdapat 5 kasus pada bulan November 2017, 7 kasus pada bulan Januari 2018, dan 8 kasus pada tahun 2022 (Dini 2023). sehingga dapat disimpulkan terjadi peningkatan kasus kejang demam secara signifikan. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti di Ruang Dahlia RSUD dr Soedomo Trenggalek di dapatkan kasus kejang demam pada tahun 2025 sebanyak 20 kasus.

Kejang demam disebabkan oleh hipertermi yang muncul secara cepat berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam diantaranya adalah infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti otitis media akut, bronchitis dan tonsillitis (Rosa,2020) Peningkatan suhu tubuh yang tidak segera diobati akan menyebabkan timbulnya kejang. Sebelum anak mengalami kejang, biasanya anak menunjukkan perilaku yang aneh seperti anak kurang merespon, kedua bola mata mengarah ke atas, adanya kekakuan pada leher dan ekstremitas, sesak nafas serta kehilangan kesadaran. Biasanya gejala ini akan berlangsung selama 2 menit dan jika kejadian tersebut lebih dari 15 menit dalam waktu 1x24 jam serta tidak adanya pertolongan dengan segera mungkin maka akan berdampak terhadap timbulnya kelumpuhan otak, keterlambatan pertumbuhan seperti keterlambatan dalam hal motorik ataupun pergerakan, keterlambatan bicara serta keterlambatan dalam hal berpikir bahkan dapat mengakibatkan kematian (Sirait, 2020).

Penanganan yang harus dilakukan ibu pada saat mengatasi demam pada anak saat terjadinya kejang secara non farmakologis (Terapi) adalah baringkan anak di

lantai pada bayi rebahkan di pangkuan dengan posisi wajah bayi menghadap ke bawah dan usahakan tidak menahan tubuh anak, miringkan posisi tubuh anak agar muntah atau air liur dapat keluar dari rongga mulut serta mencegah lidah menyumbat saluran pernafasan, longgarkan pakaian anak dan jangan menaruh apapun pada mulut anak untuk mencegah tergigitnya lidah, hitung durasi terjadinya kejang demam dan perhatikan tingkah laku anak saat kejang, serta berikan terapi farmakologis obat anti kejang seperti karbamazepin, fenitoin, diazepam dan lorazepam.(Dr. Tjin Willy, 2019). Terkait hal diatas, maka perawat mempunyai peranan penting dalam penanganan kejang demam pada anak di Rumah Sakit dengan memberikan asuhan keperawatan secara holistik dari aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. (Ginting, 2019). Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut, maka penulis mengambil kasus tentang “ **Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahia RSUD dr Soedomo Trenggalek** “

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah merupakan aspek kasus yang dibatasi dalam ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga peneliti bisa lebih fokus pada masalah yang diteliti. Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam tanpa penyakit penyerta di Ruang Dahlia RSUD dr Soedomo Trenggalek dengan kriteria partisipan :

- 1) Klien bersedia dijadikan partisipan dibuktikan tanda tangan *informed consent*
- 2) Klien dalam keadaan kesadaran penuh (composmetis)
- 3) Klien diperkirakan masih akan menjalani rawat inap lebih dari 3 hari kedepan

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat dirumuskan pertanyaan masalah sebagai berikut : Bagaimana asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek?

1.4 Tujuan Karya Tulis Ilmiah

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam di ruang dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek

1.4.2 Tujuan Khusus

- a) Mengkaji Kejang Demam pada anak di Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Trenggalek
- b) Merumuskan diagnosa keperawatan Kejang Demam pada anak di RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- c) Mengidentifikasi rencana tindakan keperawatan Kejang Demam pada anak di RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- d) Melaksanakan tindakan keperawatan Kejang Demam pada anak di RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- e) Mengevaluasi tindakan keperawatan Kejang Demam pada anak di RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- f) Menganalisis Asuhan Keperawatan Kejang Demam pada anak di RSUD dr. Soedomo Trenggalek

1.5 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan

pada anak dengan kasus kejang demam

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan serta evaluasi dalam meningkatkan kualitas pelayanan praktek pada Asuhan Keperawatan Anak

2) Bagi Institusi Pendidikan

Study kasus ini dapat digunakan sebagai media untuk meningkatkan keefektifan proses belajar dan lebih meningkatkan kemampuan, keterampilan dan pengetahuan mahasiswa dalam hal penanganan kasus kejang demam pada anak. Serta dapat menerapkan dan mengaplikasikan hasil dari pembelajaran yang telah didapat pada lahan kerja

3) Bagi Penulis

Hasil penelitian ini berguna dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta keterampilan dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada anak dengan kejang demam

4) Bagi Lahan Praktek

Sebagai bahan masukan bagi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan, khususnya pada kasus kejang demam pada anak. Dan lebih meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit secara komprehensif khususnya dalam menangani anak yang mengalami kejang demam sehingga angka kematian anak dapat diturunkan

5) Bagi Keluarga

Dapat meningkatkan pengetahuan keluarga perawatan, pencegahan dan penanganan penyakit kejang demam pada anak.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Kejang demam adalah kejang yang terjadi akibat kenaikan suhu tubuh yang biasa terjadi pada anak. Kejang ini tidak ada kaitannya dengan gangguan elektrolit atau metabolik.(Fadli Rizal,2022) Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu 38°C biasanya terjadi pada usia 3 bulan – 5 tahun. Sedangkan usia < 4 minggu dan pernah kejang tanpa demam tidak termasuk dalam kategori ini. Kejang demam yang sering disebut step, merupakan kejang yang terjadi pada saat seorang bayi ataupun anak mengalami demam tanpa infeksi sistem saraf pusat yang dapat timbul bila seorang anak mengalami demam tinggi. (Sudarmoko,2019). Kejang demam atau penyakit step adalah kejang pada anak yang dipicu oleh demam, bukan kelainan pada otak. Kejang demam biasanya terjadi pada anak usia 6 bulan hingga 5 tahun (Pittara, 2022)

2.1.2 Klasifikasi

Kejang demam dikelompokkan menjadi dua, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Faktor-faktor yang berperan dalam etiologi kejang demam yaitu faktor demam, usia dan riwayat keluarga, dan riwayat prenatal (usia saat ibu hamil), riwayat perinatal (asfiksia, usia kehamilan dan bayi berat badan lahir rendah). Belum ada data terbaru mengenai kejang demam secara nasional, berdasarkan data Departemen Kesehatan tahun 2013, angka kejadian kejang demam berkisar (2-3%).

Penyebab kejang demam terbanyak adalah infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) yang mencapai (80%) dari seluruh anak yang mengalami kejang demam. Insiden kejang demam pada anak laki-laki lebih sering dibandingkan pada anak perempuan dengan rasio 1, 1:1 hingga 2:1.

Faktor utama terjadinya kejang demam adalah demam. Demam diartikan sebagai suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang dapat disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang. Peningkatan suhu tubuh dapat memengaruhi nilai ambang kejang dan eksitabilitas neural karena berpengaruh pada kanal ion, metabolisme seluler, serta produksi adenosine triphosphate (ATP).

Kejang demam dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu kejang demam sederhana (80%) dan kejang demam kompleks (20%). Kejang demam sederhana berdurasi tidak lebih dari 15 menit, bersifat umum, bentuk kejang berupa tonik atau klonik, akan berhenti sendiri, tanpa gerakan fokal, dan tidak berulang dalam waktu 24 jam. Sedangkan kejang demam kompleks durasinya lebih dari 15 menit, fokal atau kejang umum didahului kejang parsial, serta berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam. Terdapat tiga sub-tipe pada kejang demam kompleks, yaitu kejang lama (prolonged febrile seizures), kejang fokal, dan kejang multipel. Kejang lama merupakan subtype yang utama pada kejang demam kompleks. Kejang lama diartikan sebagai kejang yang berdurasi lebih dari 15 menit. Apabila durasi kejang mencapai 30 menit serta tanpa pemulihan kesadaran di antara kejang, maka kejang tersebut sudah termasuk febrile status epilepticus (FSE). Berdasarkan studi sebelumnya, kejang demam yang lama

berkaitan dengan peningkatan risiko kejang demam berulang, epilepsi, dan FSE.

1) Kejang demam simpleks:

- a) Kejang demam umum tonik klonik, atau tonik klonik, anak dapat terlihat mengantuk setelah kejang.
- b) Berlangsung singkat <15 menit.
- c) Tidak berulang dalam 24 jam
- d) Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang.

2) Kejang demam kompleks:

- a) Kejang fokal/parsial, atau kejang fokal menjadi umum.
- b) Berlangsung > 15 menit.
- c) Berulang dalam 24 jam
- d) Ada kelainan neurologis sebelum atau sesudah kejang.

2.1.3. Etiologi

Menurut (Sudarmoko, 2014) penyebab utama kejang demam adalah demam yang tinggi. Demam yang terjadi sering disebabkan oleh :

- 1) Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA)
- 2) Gangguan metabolic
- 3) Tonsilitis, otitis media, bronchitis.
- 4) Keracunan obat
- 5) Faktor herediter
- 6) Idiopatik.

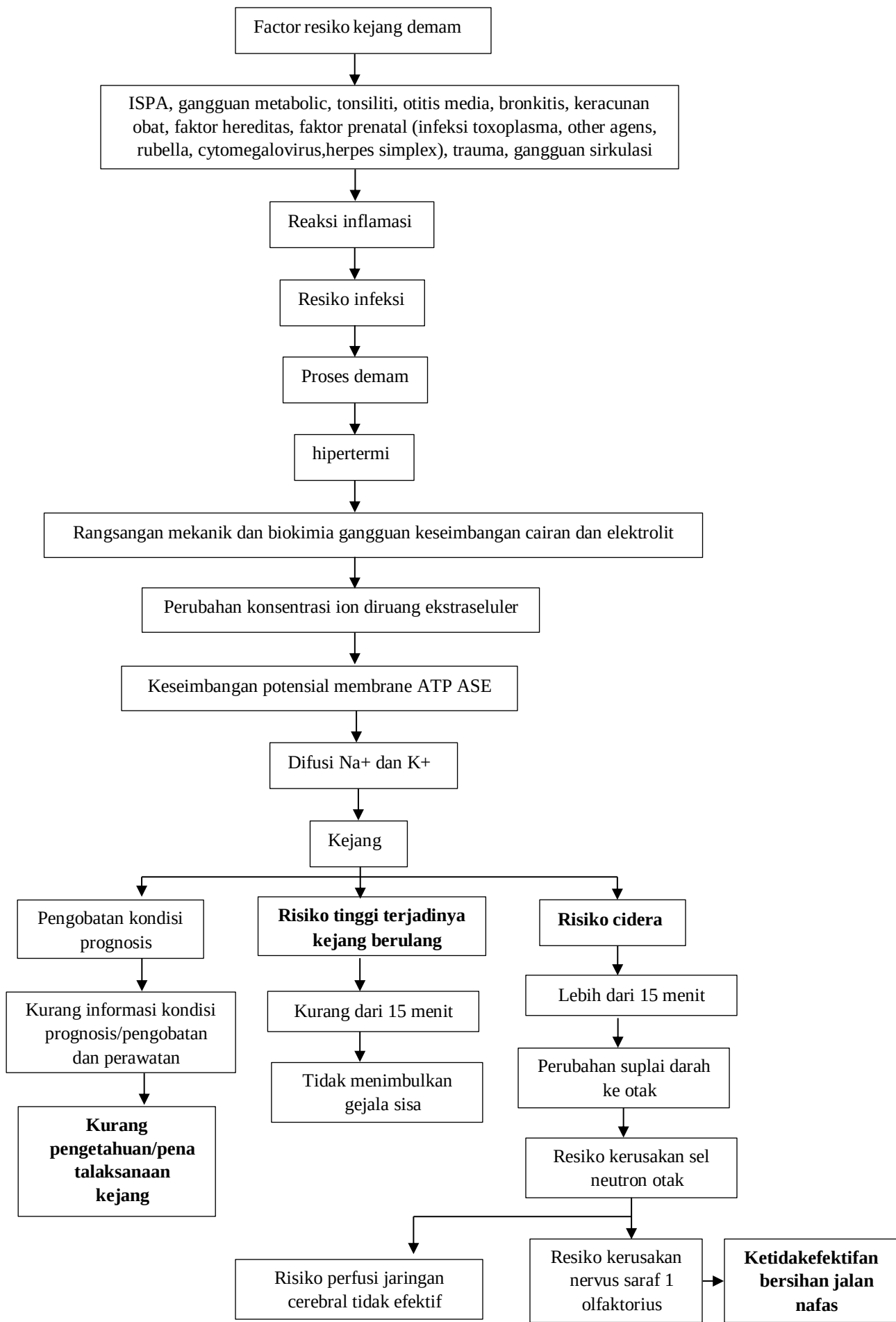
Semua jenis infeksi yang bersumber di luar susunan saraf pusat yang menimbulkan demam dapat menyebabkan kejang demam. Penyakit yang

paling sering menimbulkan kejang demam adalah infeksi saluran pernafasan atas, otitis media akut (cairan telinga yang tidak segera dibersihkan akan merembes ke saraf di kepala pada otak dapat menyebabkan kejang demam). Rendahnya kadar gula darah, cidera kepala, keracunan serta kurangnya oksigen ke otak dapat menyebabkan kejang. Pada beberapa kasus, penyebab kejang tidak diketahui. Sedangkan kejang yang terjadi berulang-ulang mungkin merupakan suatu indikasi akan adanya suatu kondisi kronik yang dikenal sebagai epilepsi. Saat ini makin banyak saja virus yang berhasil diidentifikasi. Meski virus-virus ini kebanyakan menyerang saluran pernapasan bagian atas-terutama pada anak-anak gangguan ini bisa memicu pneumonia. Untunglah, sebagian besar pneumonia jenis ini tidak berat dan sembuh dalam waktu singkat. Namun bila infeksi terjadi bersamaan dengan virus influenza, gangguan bisa berat dan kadang menyebabkan kematian, Virus yang menginfeksi paru akan berkembang biak walau tidak terlihat jaringan paru yang dipenuhi cairan. Ditandai dengan demam tinggi yang mendadak dan sakit tenggorokan ringan. Selain itu juga infeksi diluar susunan syaraf pusat seperti tonsillitis, faringitis, serta pasca imunisasi DPT dan campak (morbili) dapat menyebabkan kejang demam. berhasil diidentifikasi. Meski virus-virus ini kebanyakan menyerang saluran pernapasan bagian atas-terutama pada anak-anak gangguan ini bisa memicu pneumonia. Untunglah, sebagian besar pneumonia jenis ini tidak berat dan sembuh dalam waktu singkat. Namun bila infeksi terjadi bersamaan dengan virus influenza, gangguan bisa berat dan kadang menyebabkan kematian, Virus yang menginfeksi paru akan berkembang biak walau tidak terlihat jaringan paru yang dipenuhi cairan.

Ditandai dengan demam tinggi yang mendadak dan sakit tenggorokan ringan. Selain itu juga infeksi diluar susunan syaraf pusat seperti tonsillitis, faringitis, serta pasca imunisasi DPT dan campak (morbili) dapat menyebabkan kejang demam.

2.1.4 Patofisiologi

1) Pathway Kejang Demam



Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam

2) Uraian Pathway

Hingga saat ini penyebab kejang demam belum diketahui secara pasti, namun kejang demam yang disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri antara lain infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), gangguan metabolic (hipoglikemia, hipoksemia, dehidrasi, hyponatremia, hipokalemia, gangguan ginjal, gagal hati), tonsilitis, otitis media, bronkitis, keracunan obat (alcohol, teofilin, kokain) dan faktor hereditas (lingkungan). Selain itu infeksi bakteri dari virus dan parasit bisa menyebabkan terjadinya reaksi inflamasi sehingga muncul diagnosa keperawatan resiko infeksi. Resiko infeksi sendiri jika tidak segera di tangani akan menyebabkan demam semakin tinggi dan bisa muncul diagnosa keperawatan hipertermia. Kejang demam bisa disebabkan karena adanya rangsangan mekanik dan biokimia pada tubuh yang menyebabkan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi perubahan konsentrasi ion diruang ekstraseluler. Demam yang tinggi bisa menyebabkan terjadinya kejang dan dapat menimbulkan resiko kejang berulang pada anak. Ketidakseimbangan potensial membran ATP, ASE menyebabkan difusi Na^+ dan K^+ menyebabkan anak menjadi kejang dapat beresiko terjadi kejang berulang, jika kejang kurang dari 15 menit tidak menimbulkan gejala sisa. Tetapi pada saat kejang berulang, seharusnya orang tua segera menangani agar kejang tidak berulang kembali tetapi belum semua orang tua mengetahui penanganan yang tepat sehingga menimbulkan masalah keperawatan kurang pengetahuan/penatalaksanaan kejang. Pada saat kejang bisa mengakibatkan resiko cidera jika pada saat kejang lebih dari 15 menit bisa mengakibatkan

perubahan suplai darah ke otak sehingga terjadi resiko kerusakan sel neutron otak dan muncul diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan cerebral. Dari resiko kerusakan sel neutron otak dapat menimbulkan resiko kerusakan nervus saraf 1 olfaktorius sehingga dapat muncul diagnosa keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

2.1.5 Manifestasi

Sebagian besar kejang demam merupakan kejang umum. Bentuk kejang umum yang sering dijumpai adalah mata mendelik atau terkadang berkedip-kedip, kedua tangan dan kaki kaku, terkadang diikuti kelojotan, dan saat kejang anak tidak sadar tidak memberi respons apabila dipanggil atau diperintah. Setelah kejang anak sadar kembali. Umumnya kejang demam akan berhenti sendiri dalam waktu kurang dari 5 menit dan tidak berulang lebih dari satu kali dalam 24 jam (Soebadi, 2015)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi kejang demam menurut (Waskitho, 2014) adalah

1) Kerusakan neorotransmitter

Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruh sel ataupun membrane sel yang menyebabkan kerusakan pada neuron.

2) Epilepsy

Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat seangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy yang seponatan.

3) Kelainan anatomi di otak

Serangan kejang yang berlangsung lama yang dapat menyebabkan kelainan di otak yang lebih banyak terjadi pada anak berumur 4 bulan sampai 5 tahun.

4) Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam.

2.1.7 Pencegahan

Menurut (Kemenkes, 2023) Kejang demam umumnya tidak dapat dicegah, termasuk dengan pemberian obat-obatan penurun panas atau obat antikejang. Namun, jika anak mengalami demam, dokter tetap dapat memberikan obat penurun panas. Pemberian obat antikejang lewat dubur biasanya hanya diberikan bila kejang terjadi lebih dari 5 menit.

Berikan obat penurun panas saat Si Kecil demam. Obat antikejang akan diberikan sesuai rekomendasi dokter untuk mencegah kejang terjadi.

Berikut langkah penanganan kejang demam pada anak menurut Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI):

Tetap tenang dan tidak panik.

- a) Longgarkan pakaian yang ketat terutama di sekitar leher.
- b) Jika Si Kecil tidak sadarkan diri, letakkan ia dalam posisi miring.

Bila ada muntah, bersihkan muntahan atau lendir di mulut atau hidungnya.

- c) Bila lidah tergigit, jangan memasukkan sesuatu ke dalam mulut.
- d) Ukur suhu, observasi, dan catat bentuk dan lama kejang yang terjadi.
- e) Dampingi Si Kecil selama dan sesudah kejang.
- f) Berikan obat jika kejang masih berlangsung lebih dari 5 menit.

Jangan berikan bila kejang telah berhenti.

2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan kejang demam menurut Wulandari & Erawati (2016) yaitu:

a. Penatalaksanaan keperawatan

- 1) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC (Airway, Breathing, Circulation)
- 2) Setelah ABC aman. Baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah Danger.
- 3) Kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa
- 4) Singkarkan benda-benda yang ada di sekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya.
- 5) Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan
- 6) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat
- 7) Setelah pasien sadar dan terbangun berikan minum air hangat
- 8) Jangan diberikan selimut tebal karena uap panas akan sulit akan dilepaskan

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Bila pasien datang dalam keadaan kejang obat utama adalah diazepam untuk membrantas kejang secepat mungkin yang diberi secara IV (intravena), IM (Intra muskular), dan rektal. Dosis sesuai BB:< 10 kg; 0,5,0,75 mg/kg BB dengan minimal dalam spuit 7,5 mg, > 20 kg; 0,5 mg/kg BB. Dosis rata-rata dipakai 0,3 mg/kg BB/kali dengan maksimal 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun, dan 10 mg pada anak yang lebih besar.

- 2) Untuk mencegah edema otak , berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/ hari dan dibagi dalam 3 dosis atau sebaiknya glukortikoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam.
- 3) Setelah kejang teratasi dengan diazepam selama 45-60 menit disuntikan antipileptik dengan daya kerja lama misalnya fenobarbital, defenilhidation diberikan secara intramuskuler Dosis awal neonatus 30 mg; umur satu bulan-satu tahun 50 mg, umur satu tahun keatas 75 mg.

2.2 KONSEP ANAK

2.2.1 Pengertian Anak

Pengertian Anak Menurut UU RI No. 35 Tahun 2014 tentang perlindungan anak, disebutkan bahwa anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, dan belum menikah sedangkan menurut UU RI No. 11 tahun 2012 ayat 3 pasal 1 disebutkan bahwa anak yang sah adalah yang dilahirkan dalam perkawinan yang sah. Dari kedua pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengertian anak adalah seseorang yang dilahirkan dalam perkawinan yang sah yang belum mencapai usia 18 tahun dan belum menikah.

2.2.2 Kedudukan Anak Di Indonesia

Di Indonesia anak dipandang sebagai pewaris keluarga, yaitu penerus keluarga yang kelak akan melanjutkan nilai-nilai dari keluarga serta dianggap sebagai seseorang yang bisa memberikan perawatan dan perlindungan ketika kedua orang tua sudah berada pada tahap lanjut usia (jaminan hari tua). Anak masih dianggap sebagai sumber tenaga murah yang dapat membantu ekonomi keluarga. Keberadaan anak dididik menjadi pribadi yang mandiri.

2.2.3 Fisiologi Keperawatan Anak

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anak harus memahami bahwa semua asuhan keperawatan anak harus berpusat pada keluarga dan mencegah terjadinya trauma. Perawatan yang berfokus pada keluarga merupakan unsur penting dalam perawatan anak karena anak merupakan bagian dari anggota keluarga, sehingga kehidupan anak dapat ditentukan oleh lingkungan keluarga. Untuk itu, keperawatan anak harus mengenal keluarga sebagai tempat tinggal atau sebagai konstanta tetap dalam kehidupan anak yang dapat mempengaruhi status kesehatan anak. Sedangkan mencegah trauma adalah semua tindakan keperawatan yang ditujukan kepada anak agar tidak menimbulkan trauma pada anak dan keluarga, dengan memperhatikan dampak dari setiap tindakan yg diberikan. Prinsip daripendegahan trauma adalah menurunkan dan mencegah dampak perpisahan dari keluarga, meningkatkan kemampuan orang tua dalam mengontrol perawatan pada anak, mencegah dan mengurangi cedera dan dampak psikologisnya, serta tidak melakukan kekerasan pada anak dan modifikasi lingkungan fisik.

2.2.4 Prinsip Keperawatan Anak

Dalam keperawatan anak, perawat harus mengetahui bahwa prinsip keperawatan anak adalah :

- 1) Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, dimana tidak boleh memandang anak dari ukuran fisik saja melainkan anak sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- 2) Anak sebagai individu unik & mempunyai kebutuhan sesuai tahap

perkembangan. Kebutuhan tersebut meliputi kebutuhan fisiologis (seperti nutrisi, dan cairan, aktivitas, eliminasi, istirahat, tidur dan lain- lain), kebutuhan psikologis, sosial dan spritual.

- 3) Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada pencegahan dan peningkatan derajat kesh, bukan mengobati anak sakit.
- 4) Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara menyeluruh dalam memberikan askep anak. Anak dikatakan sejahtera jika anak tidak merasakan gangguan psikologis, seperti rasacemas, takut atau lainnya, dimana upaya ini tidak terlepas juga dari peran keluarga.
- 5) Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan moral (etik) & aspek hukum (legal). Sebagai bagian dai keluarga anak harus dilibatkan dalam pelayanan keperawatan, dalam hal ini harus terjadi kesepakatan antara keluarga, anak dan tim kesehatan.
- 6) Tujuan keperawatan anak dan remaja adalah untuk meningkatkan maturasi/kematangan ang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spritual dalam kontek keluarga dan masyarakat.
- 7) Berfokus pada pertumbuhan & perkembangansebab ilmu tumbuh kembang ini akan mempelajari aspek kehidupan anak.

2.2.5 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak,anak

diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spritual. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulasi dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/ toddler (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5- 5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun), remaja (11-18 tahun). Proses fisiologis juga mengalami perbedaan, kemampuan anak dalam membentuk zat penangkal anti peradangan belum sempurna sehingga daya tahan tubuhnya masih rentan dan mudah terserang penyakit. Pada aspek kognitif, kemampuan berfikir anak serta tanggapan terhadap pengalaman masa lalu sangat berbeda dari orang dewasa, pengalaman yang tidak menyenangkan selama di rawat akan di rekam sebagai suatu trauma, sehingga pelayanan keperawatan harus meminimalisasi dampak traumatis anak.

2) Konsep Sehat Sakit

Menurut WHO, sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, dan tidak semata-mata hanya bebas dari penyakit atau cacat. Konsep sehat dan sakit merupakan suatu spektrum yang lebar dan setiap waktu kesehatan seseorang bergeser dalam spektrum sesuai dengan hasil interaksi yang terjadi dengan kekuatan yang mengganggu.

3) Lingkungan

Lingkungan berpengaruh terhadap terjadinya suatu kondisi sehat maupun sakit serta status kesehatan. Faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan berupa lingkungan Internal dan lingkungan external . Lingkungan internal yang mempengaruhi kesehatan seperti tahap perkembangan, latar belakang intelektual, persepsi terhadap fungsi fisik, faktor emosional, dan

spiritual. Sedangkan lingkungan eksternal yang mempengaruhi status kesehatan antara lain keluarga, sosial ekonomi, budaya. ditujukan pada individu, keluarga, masyarakat dan kelompok khusus yang mengutamakan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diberikan dalam kondisi sehat maupun sakit. Anak sebagai individu maupun salah satu anggota keluarga merupakan sasaran dalam pelayanan keperawatan. Sehingga perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan harus memandang anak sebagai individu yang unik yang memiliki kebutuhan tersendiri sesuai dengan pertumbuhan dan perkembangannya. kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulasi dari bayi (0-1 tahun), usia bermain/ toddler (1-2,5 tahun), pra sekolah (2,5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun), remaja (11-18 tahun). Proses fisiologis juga mengalami perbedaan, kemampuan anak dalam membentuk zat penangkal anti peradangan belum sempurna sehingga daya tahan tubuhnya masih rentan dan mudah terserang penyakit. Pada aspek kognitif, kemampuan berfikir anak serta tanggapan terhadap pengalaman masa lalu sangat berbeda dari orang dewasa, pengalaman yang tidak menyenangkan selama di rawat akan di rekam sebagai suatu trauma, sehingga pelayanan keperawatan harus meminimalisasi dampak traumatis anak.

4) Konsep Sehat Sakit

Menurut WHO, sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna baik fisik, mental, sosial, dan tidak semata-mata hanya bebas dari penyakit atau cacat. Konsep sehat dan sakit merupakan.

2.2.6 Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran dan jumlah sel serta jaringan interseluler, berarti bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat. Pemantauan pertumbuhan dengan menggunakan berat badan menurut umur dilaksanakan secara rutin di Posyandu setiap bulan. Apabila ditemukan anak dengan berat badan tidak naik dua kali berturut - turut atau anak dengan berat badan dibawah garis merah, kader merujuk ke petugas kesehatan untuk dilakukan konfirmasi dengan menggunakan indikator berat badan menurut panjang badan/tinggi badan. Jadwal pengukuran BB/TB disesuaikan dengan jadwal deteksi dini tumbuh kembang balita. Pengukuran dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan atau non kesehatan terlatih (Kemenkes RI, 2018).

Perkembangan adalah perubahan yang progresif dan kontinyu (berkesinambungan) dalam diri individu mulai lahir sampai mati. Pengertian lainnya yaitu : Perubahan – perubahan yang dialami individu atau organisme menuju tingkat kedewasaannya yang berlangsung secara sistematis, progresif, dan berkesinambungan baik menyangkut fisik maupun psikis. faktor dasar yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak:

1. Keturunan

Gen mempengaruhi sebagian besar karakteristik fisik si Kecil. Mulai dari tinggi badan, postur tubuh, berat badan, warna mata, tekstur rambut, hingga kecerdasan dan bakat anak, semua sangat dipengaruhi oleh faktor keturunan.

Tak hanya itu. Berbagai gangguan dan kondisi kesehatan seperti penyakit jantung, diabetes, obesitas, juga dapat diturunkan kepada anak melalui gen. Itu

kenapa faktor keturunan menjadi salah satu yang paling mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak Bunda. (Practo.2022)

2. Lingkungan

Beberapa faktor lingkungan yang mempengaruhi tumbuh kembang anak usia dini meliputi kondisi geografis (tempat tinggal), serta lingkungan sosial (hubungan dengan keluarga dan teman).

Sementara itu, lingkungan keluarga dan sekolah yang penuh kasih pun membuat anak lebih terampil, bahkan memiliki kepribadian baik. Hal ini memungkinkan anak menjadi unggul dalam kegiatan akademik dan kehidupan bersosial.

Sumber air dan bahan makanan yang tercemar zat-zat kimia seperti timbal, mangan, merkuri, dan pestisida dalam jumlah tinggi telah dihubungkan juga dengan risiko menghambat pertumbuhan, kelainan fisik, dan melemahkan sistem kekebalan si Kecil.(Practo.2022)

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin juga merupakan faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak di usia dini. Berat, panjang, dan lingkar kepala cenderung lebih besar pada anak laki-laki daripada anak perempuan di sepanjang tahun pertama kehidupan anak.

Perbedaan pertumbuhan ini terkait dengan perbedaan hormon antara anak laki-laki dan perempuan. Nantinya, hormon ini jugalah yang akan memengaruhi tumbuh kembang anak di usia remaja mereka.

Itu kenapa, pertumbuhan fisik anak perempuan pada usia remaja nanti akan cenderung lebih cepat dibandingkan dengan remaja laki-laki. (Practo.2022)

4. Hormon

Ketika mendengar kata “hormon”, kebanyakan orang mungkin langsung terbayang hormon testosteron pada pria dan estrogen pada wanita.

Namun, anak-anak maupun orang dewasa menghasilkan banyak jenis hormon lain yang mempengaruhi setiap aspek tumbuh kembang dan kesehatan.

Misalnya, hormon pertumbuhan yang dibutuhkan untuk mendorong pertumbuhan tulang dan jaringan tubuh lain. Selain itu, hormon pertumbuhan memberi tahu tubuh kita kapan harus tumbuh dan kapan harus berhenti tumbuh.

Ada pula hormon tiroid yang penting untuk pertumbuhan dan perkembangan otak anak, mengatur detak jantung, tekanan darah, dan energi si Kecil.(Practo.2022)

5. Aktivitas fisik

Aktivitas fisik sangat penting untuk mendukung perkembangan anak balita. Berolahraga sambil bermain misalnya, menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak karena bisa membantu tubuhnya mendapatkan kekuatan otot dan massa tulang. Olahraga yang tepat akan membantu si Kecil tumbuh dengan baik, membuatnya tetap sehat dan melawan penyakit dengan memperkuat sistem kekebalan tubuh. Ajak si Kecil untuk bermain selama kurang lebih 1 jam setiap hari, jika memungkinkan, bermainlah di luar ruangan. Paparan sinar matahari juga penting selama tahap awal tumbuh kembang anak usia dini. (Practo.2022)

6. Sosial dan ekonomi

Faktor sosial ekonomi sedikit banyak mempengaruhi tumbuh kembang anak di usia dini. Alasan terpenting di balik ini adalah kesempatan dan akses yang lebih

banyak untuk mendapatkan asupan nutrisi yang lebih baik. Faktor sosial ekonomi juga memungkinkan seorang anak mendapatkan fasilitas yang lebih baik untuk mendukung tumbuh kembangnya. Misalkan saja, jam makan yang teratur, lama waktu tidur, kebersihan makanan, akses ke pelayanan kesehatan, hingga kesempatan berolahraga dan aktivitas lainnya. (Practo.2022)

7. Nutrisi

Terakhir, faktor yang tak kalah penting untuk mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak adalah nutrisi. Pemenuhan nutrisi di 3 tahun awal anak dapat perkembangan kognitif dan kemampuan belajarnya di tahun-tahun mendatang. Periode emas ini begitu spesial karena di saat inilah perkembangan sel-sel otaknya sedang berkembang pesat. (Practo.2022)

Tahapan Tumbuh Kembang Anak Berdasarkan Usia Seiring bertambahnya usia, setiap anak pasti akan mengalami pertumbuhan dan perkembangan, baik dari kemampuan fungsi kognitif, berkomunikasi, hingga motorik halus dan kasar. Berikut adalah penjelasan tahapan tumbuh kembang anak

1. Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia 1 Tahun

Pertumbuhan anak 1 tahun bisa dilihat dari berat badannya yang sudah mencapai kurang lebih tiga kali lipat dari berat badan lahirnya dan tingginya bertambah sekitar setengah dari ukuran panjang badannya saat baru lahir.

a. Kemampuan Fungsi Motorik Kasar dan Halus

Kemampuan motorik kasar pada anak usia 1 tahun di antaranya sudah bisa berdiri tegak dan berjalan secara perlahan tanpa bantuan. Selain itu, si kecil juga mampu bangun secara mandiri. Meski begitu, beberapa anak mungkin belum sanggup berdiri terlalu lama. Jika dilihat dari aspek motorik halus,

anak 1 tahun umumnya sudah bisa mengambil objek di dekatnya serta menggenggam benda di tangan dan memasukkannya ke dalam kotak. Si kecil biasanya juga sudah bisa meniru gerakan orang-orang di sekitarnya.

b Kemampuan Fungsi Kognitif dan Bahasa

Pada usia 1 tahun, kemampuan fungsi kognitif anak pun mulai mengalami perkembangan, di mana ia mulai bisa memahami sebab-akibat, misalnya melemparkan bola dan memikirkan apa yang terjadi setelahnya. Dari segi bahasa, umumnya anak sudah bisa memberikan respons terhadap pertanyaan orang lain.

c Kemampuan Fungsi Sosial dan Emosional

Pada aspek ini, anak terlihat sudah bisa merespons ucapan orang lain, misalnya dengan tersenyum, tertawa, atau melambaikan tangan. Terkadang, anak akan merasa sedih jika berpisah dengan orang yang dirasa dekat dengannya.

2. Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia 2 Tahun

Ketika anak menginjak usia 2 tahun, umumnya anak akan mengalami penambahan berat badan 1,5–2,5 kg dan pertumbuhan tinggi bertambah sekitar 10–13 cm. Berikut adalah perkembangan anak 2 tahun jika dilihat dari beberapa aspek.

a Kemampuan Fungsi Motorik Kasar dan Halus

Perkembangan kemampuan fungsi motorik kasar anak pada usia 2 tahun cukup pesat. Mereka sudah bisa menendang bola, menaiki tangga secara perlahan, hingga berlari kecil. Sementara itu, dari aspek motorik halus, si kecil sudah bisa membuka lembaran buku dan menyusun benda.

b Kemampuan Fungsi Kognitif dan Bahasa

Perkembangan kemampuan fungsi kognitif si kecil pada usia ini sudah berkembang lebih jauh sehingga ia bisa mengenali perbedaan waktu dan melakukan sesuatu sesuai dengan instruksi dari orang lain. Anak pun mulai bisa mengucapkan dua kata secara jelas, misalnya “mau minum.”

c Kemampuan Fungsi Sosial dan Emosional

Menginjak usia 2 tahun, anak sudah merasa lebih percaya diri. Jadi, jangan heran jika dia senang melakukan beberapa hal secara mandiri seperti menyikat gigi sendiri dan dapat menolak benda dari orang lain karena sudah bisa menentukan pilihannya sendiri.

3. Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia 3 Tahun

Pertumbuhan anak di usia 3 tahun lebih dominan terjadi pada tinggi badan, jadi jangan khawatir jika si kecil tampak lebih kurus. Anak akan tumbuh sekitar 8 cm lebih tinggi jika dibandingkan dengan tinggi badan sebelumnya. Pada usia ini, anak-anak umumnya juga sudah memiliki gigi susu yang lengkap.

a Kemampuan Fungsi Motorik Kasar dan Halus

Tahapan tumbuh kembang anak usia 3 tahun tergolong berjalan pesat. Pada tahap ini, anak sudah bisa berlari, melompat- lompat, dan naik turun tangga sendiri. Sementara itu, kemampuan fungsi motorik halusya meliputi menggambar bentuk tertentu, misalnya bulat atau segitiga.

b Kemampuan Fungsi Kognitif dan Bahasa

Pada usia 3 tahun, anak sudah mulai memiliki lebih banyak kosakata baru dan aktif mengajukan pertanyaan. Sedangkan perkembangan kemampuan fungsi kognitifnya sudah bisa terlihat dari kemampuannya dalam menyusun

puzzle dan dapat memahami 2–3 instruksi sekaligus.

c Kemampuan Fungsi Sosial dan Emosional

Seiring dengan bertambahnya usia, anak tentu akan mulai menunjukkan kemandiriannya. Pada tahap ini, si kecil sudah bisa melakukan aktivitas tertentu secara mandiri tanpa bantuan, misalnya melepaskan pakaian atau mengambil alat makan sendiri.

4. Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia 4 Tahun

Memasuki usia 4 tahun, biasanya anak sudah mulai diberi susu penambah berat badan yang dapat mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Pada usia ini, anak umumnya akan mengalami pertambahan tinggi sebanyak 8 cm dan kenaikan berat badan kurang lebih 2 kg.

a Kemampuan Fungsi Motorik Kasar dan Halus

Perkembangan fungsi motorik kasar anak usia 4 tahun ditandai dengan kemampuannya dalam berjalan, berlari, dan bersepeda dengan baik tanpa bantuan orang dewasa. Sedangkan kemampuan fungsi motorik halus dapat terlihat dari kemampuannya dalam menggunakan gunting dan menulis huruf kapital.

b Kemampuan Fungsi Kognitif dan Bahasa

Perkembangan anak usia 4 tahun dalam segi fungsi kognitif salah satunya bisa menyebutkan nama secara lengkap dan memahami konsep perhitungan. Di samping itu, anak juga sudah bisa berbicara sebanyak 5–6 kalimat dan menceritakan suatu kejadian.

c Kemampuan Fungsi Sosial dan Emosional

Pada tahap tumbuh kembang ini, anak mulai bisa memahami perasaan orang

lain. Jadi, jangan kaget jika ia ikut menangis ketika orang terdekatnya menangis.

5. Tahapan Tumbuh Kembang Anak Usia 5 Tahun

Perkembangan tinggi dan berat badan anak usia 5 tahun bisa berbeda-beda, tergantung dari masing-masing anak dan juga faktor genetik.

a Kemampuan Fungsi Motorik Kasar dan Halus

Pada usia 5 tahun, perkembangan fungsi motorik kasar anak dapat terlihat dari kemampuannya dalam berlari, bergerak, bahkan jungkir balik. Sementara itu, perkembangan motorik halus pada anak usia 5 tahun misalnya sudah bisa menyebutkan nama-nama indra tubuh secara lengkap dan benar.

b Kemampuan Fungsi Kognitif dan Bahasa

Kemudian, anak usia 5 tahun juga sudah bisa mengingat alamat rumahnya serta menceritakan pengalaman dan perasaannya secara lengkap.

c Kemampuan Fungsi Sosial dan Emosional

Pada tahap ini, anak sudah mulai memiliki minat pada hal-hal tertentu. Kehidupan sosialnya pun sudah mulai berkembang, di mana ia sudah mulai mengerti bahwa ada orang lain yang perlu dipedulikan. berkonsultasi dengan dokter spesialis anak agar si kecil mendapatkan penanganan yang tepat sesegera mungkin.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam

Konsep keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bersifat profesional dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia (biologis, psikologis, sosial dan spiritual) yang dapat ditujukan individu, keluarga atau masyarakat dalam rentan sehat-sakit. Dengan demikian paradigma dalam konsep keperawatan

memandang bahwa bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien dalam bentuk pemberian asuhan keperawatan adalah dalam keadaan tidak mampu, tidak mau dan tidak tahu dalam proses pemenuhan kebutuhan dasar. Proses keperawatan adalah salah satu alat bagi perawat untuk memecahkan masalah yang terjadi pada pasien. Asuhan Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan biopsikososial dan spiritual yang menyeluruh, ditujukan kepada keluarga individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien

Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi:

1) Pengumpulan Data

a) Biodata Pasien

Biodata pasien meliputi nama, umur, dan jenis kelamin. Di sisi lain, harus menanyakan informasi pribadi orang tua untuk mengetahui status sosial anak mereka, termasuk nama, umur, agama, suku/suku, pendidikan, pekerjaan, serta alamat orang tua. (Groot, K. De 2018).

b) Keluhan Utama

Keluhan pernyataan yang mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita melakukan pemeriksaan diri yaitu pada umumnya pasien kejang demam biasanya memiliki keluhan suhu badan yang meningkat dan jika

tidak segera diobati akan menimbulkan kejang

c) Riwayat Penyakit

1. Frekuensi Serangan

Kaji riwayat kejang. Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali, dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosa makin kurang baik apabila kejang timbul pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering timbul (Gunawan & Saharso, 2012).

2. Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah aura atau rangsangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, misalnya lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya. (Saharso D, 2012)

3. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada kasus kejang demam pada anak ditemukan keluhan utama kejang karena panas. Kaji juga apakah ada muntah, diare, truma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dan lain- lain. (Saharso D, 2012)

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Ada faktor predisposisi terjadinya kejang demam antara lain trauma kepala, infeksi dan reaksi terhadap imunisasi. Selain itu kejang

demam juga bias muncul akibat hiperthermi. (Saharso D, 2012)

- d) Riwayat Kehamilan dan Persalinan Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada semester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ, pada masa post natal apgar skor < 6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau prematur memiliki resiko 10kali lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan (Arif, 2017).

- e) Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari imunisasi tersebut. Pada umumnya saat mendapat imunisasi DPT etek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang (Saharso D, 2012)

- f) Riwayat Perkembangan, (Saharso D. 2012) Ditanyakan kemampuan perkembangan meliputi:

- 1) Personal Sosial (kepribadian/tingkah laku sosial)

- (a) Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak usia (1 sampai 5 tahun) masuk pada tahap sensori motorik. Pada tahap ini anak mempunyai kemampuan dalam mengasimilasi dan mengakomodasi informasi

dengan cara melihat, mendengar, menyentuh dan aktivitas motorik

(b) Moral

Perkembangan moral pada anak usia (1 sampai 5 tahun) masuk pada tingkat premoral (prekonvensional) dimana anak menyesuaikan minat diri sendiri dengan aturan, berasumsi bahwa penghargaan atau bantuan akan diterimanya, kewaspadaan terhadap moral yang bisa diterima secara sosial, kontrol emosi didapatkan dari luar.

(c) Psikososial

anak usia (1 sampai 5) tahun masuk pada tahap kemandirian, rasa malu dan ragu. Pada masa ini anak mulai mandiri seperti berlatih berjalan sendiri, berbicara dan merasa malu apabila orang tua terlalu melindungi.

(d) Bahasa

secara umum perkembangan bahasa anak usia 1-5 tahun merupakan proses yang bersifat fisik dan psikis. Secara fisik kemampuan anak dalam memproduksi kata-kata ditandai oleh perkembangan bibir, lidah, dan gigi mereka yang sedang tumbuh. Sedangkan secara psikis, kemampuan memproduksi kata-kata dan variasi ucapan sangat ditentukan oleh situasi emosional anak saat berlatih mengucapkan kata-kata

(e) Gerakan Motorik Halus

Motorik halus pada anak usia 15 bulan antara lain sudah bisa memegang cangkir, memasukkan jari ke lubang, membuka kotak, melempar beoda. Pada anak usia 18 bulan sudah bisa makan

dengan menggunakan sendok, bisa membuka halaman buku, belajar menyusun balok-balok. Anak usia 24 bulan sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunting sederhana, minum dengan menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan gelas atau cangkir. sudah dapat menggunakan sendok dengan baik. Sedangkan pada anak usia 36 bulan sudah bisa menggambar lingkaran, mencuci tangan nya sendiri, menggosok gigi

(f) Gerakan Motorik. Kasar

Motorik kasar anak umur 15 bulan antara lain sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain. Anak usia 18 bulan sudah mulai berlari tapi masih sering jatuh, menarik menarik mainan, mulai senang naik tangga tetapi masih dengan bantuan. Pada anak usia 24 bulan berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dengan kedua kaki tiap tahap. Sedangkan pada anak usia 36 bulan sudah bisa naik turun tangga tanpa bantuan, memakai baju dengan bantuan, mulai bisa naik sepeda beroda tiga.

2) Riwayat Kesehatan Keluarga.

25%-50% kejang demam mempunyai faktor keturunan adanya faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya (Saharso D, 2012:42).

3) Riwayat Sosial

Kaji status sosial keluarga, sumber ekonomi keluarga, respon keluarga dan pola perawatan anak sehari-hari.

4) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

Ditanyakan keadaan sebelum dan selama sakit. Pola kebiasaan dan fungsi ini meliputi :

(a) Pola Persepsi dan Tatalaksanaan Hidup Sehat

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

(b) Pola Nutrisi

Penderita akan sensitif terhadap makanan yang memicu kejang, adanya hiperplasi ginggiva sebagai akibat efek samping dilantin. (Lumbangtobing, 2009)

(c) Pola Eliminasi

1) BAK

Ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apa terdapat darah dalam urin. Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing. Peningkatan tekanan bladder dan tonus springter akan terjadi pada fase ictal. (Ngastiyah, 2012).

2) BAB

Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia. (Ngastiyah, 2005).

(d) Pola Aktivitas dan Latihan Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas.(Ngastiyah, 2012).

(e) Pola Tidur/Istirahat Kaji waktu tidur penderita, lama tidur, kualitas tidur dan kebiasaan sebelum tidur.(Ngastiyah, 2012)

5) Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

Umumnya pada anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran letargi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau compos metis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan respirasi, dan juga suhu (Nursalam. 2008)

b. Kepala

Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang sebelumnya tidak ada tanda tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala. (Ngastiyah,2005)

c. Muka atau Wajah

Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat. Palpasi : Kaji adanya tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus dan juga ada tidaknya gangguan nervus cranial. (Ngastiyah, 2005).

d. Mata

Inspeksi : Kaji pupil dan ketajaman pengelihatannya, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah. (Ngastiyah, 2005).

e. Telinga Periksa fungsi telinga, kebersihan telinga, serta tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, keluar cairan dari telinga, berkurangnya pendengaran. Pada penderita kejang biasanya tidak mengalami masalah yang signifikan pada pendengaran.

f. Hidung

Pada pemeriksaan hidung biasanya terdapat pernafasan cuping hidung.

Tidak jarang pada penderita akan muncul tanda-tanda sianosis

g. Mulut

Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka mukosa bibir akan kering, reflek menelan dan menghisap mungkin sedikit berkurang, ataupun terjadi vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan sianosis mukosa mulut

h. Tenggorokan

Kaji tanda-tanda peradangan tonsil, tanda-tanda infeksi faring dan cairan eksudat.

i. Leher

Inspeksi : kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, petekie, kehilangan lemak subkutan (Nursalam, 2009).

Palpasi : tidak terdapat benjolan.

j. Thorak (paru paru)

(a) Inspeksi : Amati bentuk toraks normal atau ada kelainan seperti pigeon chest (bentuk dada burung), funnel chest (bentuk

dada cekung), barrel chest (mengembung), Pemeriksaan dada frekuensi pernapasan

(b) Palpasi : untuk menilai tactile fremitus

(c) Perkusi : untuk mengetahui suara paru, normalnya adalah sonor.

(d) Auskultasi : Auskultasi trakea suara yang didengar adalah bronchial, auskultasi bronkus suara yang didengar adalah bronkovesikuler, dan auskultasi paru terdengar suara vesikuler (Doenges & Marilyn, 2000).

k. Jantung

(a) Inspeksi: tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri

(b) Palpasi: kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah

(c) Perkusi: suara jantung terdengar pekak

(d) Auskultasi: takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lopdup

l. Abdomen

(a) Inspeksi: ada pernafasan perut (pernafasan diafragma)

(b) Palpasi: tidak teraba massa, tidak nyeri tekan

(c) Perkusi : suara tympani sampai hipertympani, kadang terdapat kembung.

(d) Auskultasi : Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas (Doenges &

Marilynn, 2000). Terjadi penurunan peristaltic (normalnya 5-35x/menit)

m. Genetalia dan anus

Kaji kelengkapan (laki laki: penis, skrotum, perempuan: labia mayora, labia minora, klitoris), fungsi buang air besar dan fungsi buang air kecil. (Mahyar, 2010).

n. Ekstermitas

Biasanya akan didapatkan data pergerakan sendi terhatus Karena terjadi nyeri sendi, kelelahan, kelemahan dan mailase, CRT detik (Mahyar, 2010)

o. Integumen (Mahyar, 2010)

1. Warna: pucat sampai sianosis.
2. Suhu: hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal ($<37,5^{\circ}\text{C}$).
3. turgor: cenderung normal (kembali < 2 detik).

2) Pemeriksaan Penunjang

Tergantung sarana yang tersedia dimana pasien dirawat, pemeriksaannya meliputi:

- a. Glukosa Darah Pada kasus kejang demam sering didapati hipoglikemia pada pemeriksaan gula darah. Hipoglikemia merupakan faktor predisposisi kejang ($N-200\text{mg/dl}$).
- b. BUN

Peningkatan BUN mmempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi neprotocsic akibat dari pemberian obat.

c. Elektrolit (K. Na)

Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal 3,80-5,00 mg/dl) dan Natrium (Normal 135-144 mg/dl).

d. Cairan Cerebro Spinal

Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS, tanda infeksi, perdarahan penyebab kejang

e. Skull Ray Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak

f. Transiluminasi

Suatu cara yang dikerjakan pada bayi dengan ubun-ubun besar masih terbuka (di bawah dua tahun) di kamar gelap dengan lampu khusus untuk transiluminasi kepala.

g. EEG Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui fokus aktivitas kejang.

h. CT Scan

Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infark hematoma, cerebral oedem, trauma, abses, tumor dengan atau tanpa kontras.

2.4 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien.

Data yang ada kemudian disimpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah

keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan. (Mahyar, 2010)

2.5 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses perfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan. Proses diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Proverawati & Sulistyorini 2015). Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa yang sering muncul pada kasus anak dengan kejang demam :

1) Risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif D.0017

Definisi

Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor resiko

- a) Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak

- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium
- i) Aneurisma atrium
- j) Koagulopati (mis. Anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler di seminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endocarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi tomolitik
- y) Efek samping Tindakan (mis. tindakan operasi bypass)

2) Hipertermi D.0130

Definisi :

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

Penyebab :

- a) Dehidrasi

- b) Terpapar lingkungan panas
- c) Proses penyakit (mis. Infeksi, kanker)
- d) Ketidaksesuaian pakaian dengan suhu lingkungan
- e) Peningkatan laju metabolisme
- f) Respon trauma
- g) Aktivitas berlebihan
- h) Penggunaan incubator

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Suhu tubuh di atas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Kulit merah
2. Kejang
3. Takikardi
4. Takipnea
5. Kulit terasa hangat

3) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas D.0001

Definisi

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

Penyebab

Fisiolog

- 1) Spasme jalan nafas
- 2) Hipersekresi jalan nafas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan nafas
- 5) Adanya jalan nafas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hyperplasia dinding jalan nafas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

Situasional

- a. Merokok aktif
- b. Merokok pasif
- c. Terpapar polutan

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, wheezing dan /
atau ronki kering

5. Meconium di jalan nafas (neonatus)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
1. Dispnea	1. Gelisah, sianosis
2. Sulit bicara	2. Bunyi nafas menurun
3. Ortopnea	3. Frekuensi nafas berubah
	4. Pola nafas berubah

4) Kurang pengetahuan D.0111

Definisi

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu

Penyebab

- a. Keterbatasan kognitif
- b. Gangguan fungsi kognitif
- c. Kekeliruan mengikuti anjuran
- d. Kurang terpapar informasi
- e. Kurang minat dalam belajar
- f. Kurang mampu mengingat
- g. Ketidaktahuan menemukan sumber informasi

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif	Objektif
1. Menanyakan masalah yang dihadapi	1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
	2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif	Objektif
(tidak tersedia)	1. Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
	2. Menunjukkan perilaku berlebihan (mis. Apatis, bermusuhan, agitasi, histeris)

5) Resiko cedera D.0136

Definisi

Beresiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik

Faktor resiko :

Eksternal

- Terpapar pathogen
- Terpapar zat kimia toksik
- Terpapar agen nosocomial

- d. Ketidakamanan transportasi

Internal

- a. Ketidaknormalan profil darah
- b. Perubahan orientasi afektif
- c. Perubahan sensasi
- d. Disfungsi autoimun
- e. Disfungsi biokimia
- f. Hipoksia jaringan
- g. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h. Malnutrisi
- i. Perubahan fungsi psikomotor
- j. Perubahan fungsi kognitif

6) Resiko Infeksi D.0142

Definisi

Beresiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik

Faktor resiko :

- a. Penyakit kronis
- b. Efek prosedur invasive
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme pathogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - a) Gangguan peristaltic
 - b) Kerusakan integritas kulit
 - c) Perubahan sekresi pH

- d) Penurunan kerja siliaris
- e) Status cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder
 - a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

7) Resiko tinggi terjadinya kejang berulang

Mayor : Pasien mengeluh panas

Minor :

- a) Suhu lebih dari 38°C
- b) Nadi 120x/menit dan RR 34x/menit
- c) Keluar keringat dingin

2.6 Intervensi

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan merupakan perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan kepada klien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat teratasi (Huda, 2016).

1) Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi resiko perfusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil :

- a) Tekanan intrakranial menurun
- b) Sakit kepala menurun

- c) Gelisah menurun
- d) Kecemasan menurun

Intervensi

a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- (2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- (3) Monitor MAP (mean arterial pressure)
- (4) Monitor CVP (central venous pressure)
- (5) Monitor PAWP, jika perlu
- (6) Monitor PAP, jika perlu
- (7) Monitor ICP (intra cranial pressure)
- (8) Monitor gelombang ICP
- (9) Monitor status pernapasan
- (10) Monitor intake dan output cairan
- (11) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

b) Terapeutik

- (1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- (2) Berikan posisi semi fowler
- (3) Hindari manuver valsava
- (4) Cegah terjadinya kejang
- (5) Hindari penggunaan PEEP

- (6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- (7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- (8) Pertahankan suhu tubuh normal

c) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- (2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- (3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2) Hipertermia

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan

suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil :

- a) Menggigil menurun.
- b) Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37,5°C).
- c) Suhu kulit dalam batas normal.

Intervensi

a) Observasi

- (1) Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator)
- (2) Monitor suhu tubuh
- (3) Monitor kadar elektrolit
- (4) Monitor haluaran urine

b) Terapeutik

- (1) Sediakan lingkungan yang dingin
- (2) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- (3) Basahi dan kipasi permukaan tubuh

- (4) Berikan cairan oral
- (5) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
- (6) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- (7) Batasi oksigen, *jika perlu*

c) Edukasi

- (1) Anjurkan tirah baring

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

3) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil :

- a) Batuk efektif menurun
- b) Produksi sputum menurun
- c) Mengi menurun
- d) Sianosis menurun
- e) Gelisah menurun
- f) Pola nafas membaik

Intervensi

a) Observasi

- (1) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- (2) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)

- (3) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b) Terapeutik

- (1) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)
- (2) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- (3) Berikan minum hangat
- (4) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- (5) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- (6) Lakukan hiperoksigenasi sebelum
- (7) Penghisapan endotrakeal
- (8) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forseps McGill
- (9) Berikan oksigen, *jika perlu*

c) Edukasi

- (1) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
- (2) Ajarkan teknik batuk efektif

d) Kolaborasi

- (1) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, *jika perlu.*

4) Resiko cedera

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat cedera menurun dengan kriteria hasil :

- a) Kejadian cedera menurun
- b) Luka/lecet menurun

Intervensi

a) Observasi

- (1) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- (2) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- (3) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

b) Terapeutik

- (1) Sediakan pencahayaan yang memadai
- (2) Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- (3) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis: penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan, dan lokasi kamar mandi)
- (4) Gunakan alas kaki jika berisiko mengalami cedera serius
- (5) Sediakan alas kaki antislip
- (6) Sediakan pispot dan urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu
- (7) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah terjangkau
- (8) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
- (9) Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan
- (10) Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
- (11) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan
- (12) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
- (13) Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan

- (14) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis: tongkat atau alat bantu jalan)
- (15) Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
- (16) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan

c) Edukasi

- (1) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga
- (2) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

5) Kurang pengetahuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat
- b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat
- c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat
- d) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat
- e) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat
- f) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun
- g) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun

Intervensi

a) Observasi

- (1) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

- (2) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

b) Terapeutik

- (1) Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan
- (2) Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan
- (3) Berikan kesempatan untuk bertanya

c) Edukasi

- (1) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
- (2) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- (3) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

6) Resiko infeksi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan derajat infeksi menurun dengan kriteria hasil :

- a) Demam menurun
- b) Kemerahan menurun
- c) Nyeri menurun
- d) Bengkak menurun

Intervensi

a) Observasi

- (1) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
- (2) Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi
- (3) Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan

b) Terapeutik

- (1) Berikan suntikan pada bayi dibagian paha anterolateral
- (2) Dokumentasikan informasi vaksinasi
- (3) Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat

c) Edukasi

- (1) Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi, jadwal dan efek samping
- (2) Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah
- (3) Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah
- (4) Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus
- (5) Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
- (6) Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin gratis.

7) Resiko tinggi terjadinya kejang berulang

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak akan terjadi kejang.

Intervensi :

- a) Monitor temperature tubuh anak setiap 1-2 jam terhadap perubahan temperature tubuh yang tiba-tiba.
- b) Berikan seka air hangat jika di butuhkan untuk mengurangi demam.
- c) Kalaborasi pemberian obat penurun panas dan anti kejang (paracetamol dan diazepam).
- d) Anjurkan keluarga memantau atau mengawasi kondisi anak

2.7 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Hidayat, 2010). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

- 1) Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain.
- 2) Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain.

2.8 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, intervensi dan implementasi. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Nursalam dalam Slamet, 2020).

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan . Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipasi, lokasi dan waktu , prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian deskripsi kualitatif ini meliputi : wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi

3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Rancangan penelitian adalah kesatuan rencana dan spesifik mengenai cara memperoleh, analisa dan menginterpretasi data. Rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah diskriptif kualitatif. Rancangan penelitian deskripsi yaitu suatu desain yang bertujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara obyektif. Rancangan penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berdasarkan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk penelitian pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana penelitian adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara gabungan, analisis data bersifat induktif/kualitatif dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna daripada generalisasi. Unit kasus dianalisis secara mendalam dari berbagai segi yang berhubungan dengan kasus, faktor yang mempengaruhi, kejadian kejadian yang muncul akibat kasus, tindakan dan reaksi kasus terhadap pemaparan/perlakuan tertentu

Menurut Creswell (2014) studi kasus merupakan strategi penelitian untuk menyelidiki secara cermat suatu hal dengan pengumpulan informasi lengkap menggunakan berbagai prosedur pengumpulan data. Penelitian deskriptif kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dimulai pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, merumuskan intervensi keperawatan, penatalaksanaan intervensi dengan implementasi keperawatan dan melakukan evaluasi dari tindakan keperawatan pada anak dengan kejang demam di ruang dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap Suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014). Batasan istilah pada penelitian deskriptif kualitatif ini adalah asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam tanpa penyakit penyerta yang di rawat di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Asuhan keperawatan adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk memberikan pelayanan secara menyeluruh meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan terakhir evaluasi.

Anak usia 1-18 tahun merupakan usia anak dimana perkembangan adalah hal yang penting yang harus dipantau untuk mengetahui kondisi kesehatan si anak baik dari perkembangan fisik, kognitif, motorik (kasar dan halus), kemampuan bahasa, social dan emosional.

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, ciri khas kejang demam adalah demamnya mendahului

kejang, biasanya terjadi ketika anak mengalami demam $>38^{\circ}\text{C}$. Tanda atau gejala yang muncul pada klien dengan kejang demam antara lain bola mata mendelik keatas atau berkedip kedip, demam diatas suhu 38°C , kedua tangan dan kaki menjadi kaku biasanya disertai gerakan kejut.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang diikutsertakan dalam suatu perencanaan pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya. Partisipan yang digunakan penelitian ini adalah satu klien anak dengan usia 1-18 tahun dengan kejang demam yaitu dengan kriteria:

- 1) Keluarga klien bersedia dijadikan partisipan dibuktikan tanda tangan *informed consent*
- 2) Klien dalam keadaan kesadaran penuh (composmetis)
- 3) Klien diperkirakan masih akan menjalani rawat inap lebih dari 3 hari kedepan

3.4 Lokasi dan waktu

3.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi penelitian asuhan keperawatan pada anak dengan *Kejang Demam* dilaksanakan di ruang Dahlia RSUD dr Soedomo Trenggalek

3.4.2 Waktu pelaksanaan

Waktu pengambilan studi kasus Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kejang Demam di RSUD dr Soedomo diambil pada tanggal 26 Februari-14 Maret 2025

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan/Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan

penelitian dalam pengumpulan data penelitian. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan adalah format asuhan keperawatan anak.

Pengumpulan data adalah dokumen wawancara terstruktur berupa format asuhan keperawatan (Pengkajian, dagnosa , intevensi, implementasi sampai evaluasi), pedoman observasi, pengukuran dengan alat, alat pemeriksaan labolatorium atau dokumen yang relevan. Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (Inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi) sedangkan data sekunder berupa hasil labolatorium, hasil catatan status klien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi

3.5.2 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan praktek klinik. Adapun prosedur tersebut adalah sebagai berikut:

a. Tahap Persiapan

Tahap persiapan merupakan tahap peneliti meminta surat pengantar ijin penelitian dari Polkesma Kampus V Trenggalek, kemudian peneliti mendapat surat pengantar ijin penelitian yang ditujukan pada Direktur Rumah Sakit dr. Soedomo Trenggalek. Peneliti mendapat surat balasan yang menyatakan tidak keberatan perihal ijin melaksanakan penelitian. Surat izin ditujukan kepada Kepala Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang menyatakan bersedia membantu peneliti dalam melakukan penelitian. Peneliti melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang Dahlia RSUD dr Soedomo untuk mendampingi peneliti dalam

menentukan partisipan. Peneliti melakukan pendekatan dengan partisipan dan keluarganya dengan menjelaskan tujuan penelitian, proses penelitian, hak-hak partisipan, dan persetujuan untuk dijadikan partisipan. Peneliti mempersilahkan partisipan dan keluarganya membaca terlebih dahulu isi lembar inform consent dan peneliti meminta tanda tangan partisipan atau keluarganya. Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dengan klien yang akan diberikan asuhan keperawatan

- b. Tahap pelaksanaan, mahasiswa melakukan proses asuhan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, yang meliputi antara lain wawancara tentang data dasar, seperti nama, umur, alamat, pekerjaan, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit yang lalu, riwayat penyakit keluarga dan pola aktivitas sehari-hari yang selanjutnya dilakukan pemeriksaan fisik pada klien. Setelah pengkajian dilanjutkan dengan penentuan diagnose, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan
- c. Tahap terminasi, mahasiswa mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, setelah klien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang

3.6 Analisa Data

Analisa data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan dalam

unit unit, melakukan sintesa, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan mana yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain. Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian diskripsi kualitatif merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan mengalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data dimaksud untuk memperoleh tingkat kepercayaan yang berkaitan dengan seberapa jauh kebenaran hasil penelitian, mengungkapkan dan memperjelas data dengan fakta – fakta aktual di lapangan.

Keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2010).

- 1) *Credibility* bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasi kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta pendokumentasian dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.
- 2) *Transferbility* adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskripsi kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan

dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskripsi kualitatif lain yang sesuai.

- 3) *Dependability* adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif. Peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan diagnose kejang demam sederhana. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya
- 4) *Confirmability* mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

1) *Informed Consent*

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Informed consent secara tertulis tidak dilakukan pada peneliti ini, karena data penelitian pada penelitian ini diambil pada saat peneliti/mahasiswa melakukan praktik klinik. Sehingga, peneliti tidak dapat melampirkan lembar informed consent, tetapi sebelum melakukan proses asuhan keperawatan tahap pertama yang dilakukan oleh peneliti/mahasiswa adalah

memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga tentang maksud dan tujuan dari proses asuhan keperawatan yang akan diberikan. Setelah klien menyetujui maka proses asuhan keperawatan bisa dilakukan.

2) Tanpa nama (*Anonymity*)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan

3) Kerahasiaan (*confidentiality*)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan/dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah (Hidayat, 2008).

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian Karya Tulis Ilmiah ini dimulai dari pengkajian, menganalisis data, merumuskan diagnosa keperawatan, merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi hasil tindakan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam pada anak usia 3,5 tahun yang telah dilakukan pada tanggal 10 Februari sampai dengan 12 April 2025.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 1 orang klien. Dengan judul Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Dengan partisipan anak “R”. ruang Dahlia merupakan ruang anak yang memberikan perawatan khusus anak. Jumlah petugas di Ruang Dahlia yaitu 16 perawat dan 1 administrasi dengan kapasitas tempat tidur 32 bed. Di HCU 6 bed. Di kelas 1 (ruang A) ada 2 bed. Di kelas 2 (ruang B) ruang B ada 4 bed. Di kelas 3 (ruang C,D,E) Ruang C ada 6 bed. Ruang D ada 6 bed. Dan ruang Isolasi ada 4 bed. Pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan ini klien An. R di ruang kelas 2 (ruang B) di bed B1.

4.1.1 Pengkajian

Tabel 4.1 Pengkajian

IDENTITAS KLIEN	
1. Biodata Klien	
a. Nama	An R
b. Umur	3,5 Tahun
c. Jenis Kelamin	Laki-laki
d. Anak ke	Pertama
e. Dx. Medis	<i>Febris Convulsi</i>

f. Reg	467229
g. Tgl datang	20 Maret 2025 / Jam 05 :26 WIB
h. Tgl pengkajian	20 Maret 2025 / Jam 10 : 00 WIB
2. Biodata Orang Tua	
a) Nama Ayah	Tn T
a. Umur	30 Tahun
b. Agama	Islam
c. Pendidikan	SLTA
d. Pekerjaan	Wiraswata
e. Suku bangsa	Jawa
f. Alamat	RT 2 RW 1 Sumbergedong, Karanganyar Trenggalek
b) Nama Ibu	Ny.W
a. Umur	28 Tahun
b. Agama	Islam
c. Pendidikan	SMK
d. Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
e. Suku bangsa	Jawa
f. Alamat	RT 2 RW 1 Sumbergedong, Karanganyar Trenggalek

4.1.2 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	
3. Keluhan utama	
a. Saat MRS	Ibu klien mengatakan anaknya panas dari malam dan disertai kejang 1x dan muntah 1x
b. Saat dikaji	Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C dan tidak kejang
4. Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan anaknya panas sejak malam hari disertai kejang dan muntah 1x pada tanggal 19 Maret 2025 lama kejang sekitar 5 menit, kejang seluruh tubuh dan pada saat kejang anak tidak merespon sama sekali. Pada saat itu keluarga klien segera membawa klien ke IGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek sekitar pukul 02 :15 WIB. Di IGD anak mendapatkan perawatan selanjutnya, setelah diobservasi dan kondisi anak mulai stabil anak di pindahkan ke ruang Dahlia pada tanggal 20 Maret 2025 sekitar jam 05:26 WIB untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Di ruang Dahlia kondisi anak dalam keadaan masih panas. P: Kejang terjadi saat anak tidur Q: Kejang sampai mata mendelik R: Kejang seluruh badan S: Kejang sampai kelojotan T: Kejang terjadi selama 5 menit
5. Riwayat Penyakit Dahulu	Ibu klien mengatakan klien sebelumnya pernah panas tapi tidak sampai kejang.

6. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

- | | |
|---------------|---|
| a. Prenatal | Ibu klien mengatakan jika selama kehamilan tidak ada masalah atau gangguan. Tempat periksa selama hamil ke dokter. Ibu klien mengatakan selama hamil periksa kandungannya sebanyak 8x tepatnya setiap bulan sekali. |
| b. Natal | Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara SC (Sectio Caesarea) di RSUD dr. Soedomo Trenggalek. |
| c. Post natal | Ibu klien mengatakan saat lahir anaknya baik dan sehat dengan berat 4 kg 3 gram dan panjang 50 cm. |

Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan

- | | |
|-----------------|--|
| a. Pertumbuhan | Ibu klien mengatakan tidak ada gangguan pertumbuhan yang dialami anaknya. Ibu klien mengatakan anaknya lahir dengan berat 4 kg 3 gram. Berat badan klien setiap bulannya selalu bertambah setiap dilakukan penimbangan di Posyandu. Berat Badan (BB) sekarang 12,4 kg dan Tinggi Badan (TB) saat ini 90 cm. |
| b. Perkembangan | Ibu klien mengatakan saat umur 3 bulan klien sudah bisa tengkurap, saat usia 7 bulan sudah bisa duduk, saat usia 9 bulan bisa berdiri, saat usia 9,5 bulan sudah mulai berbicara, saat usia 12 bulan sudah bisa berjalan dan saat usia 18 bulan klien sudah bisa berbicara dengan jelas, sudah bisa lari, sudah bisa menangkap bola, sudah bisa belajar naik tangga. |

8. Riwayat Imunisasi

Ibu klien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap. Hepatitis B 4x (0 bulan, 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan). BCG 1x (2 bulan). DPT 3x (2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Polio 4x (1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Campak 1x (9 bulan).

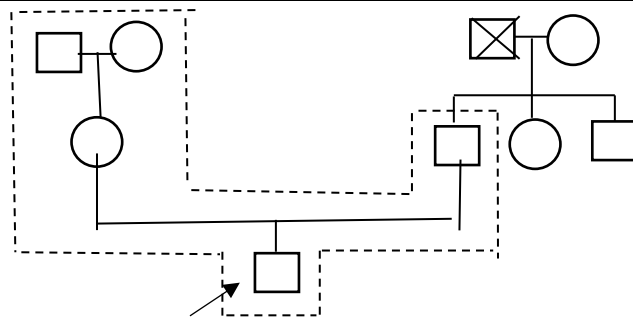
9. Riwayat Pemberian Nutrisi

Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI eksklusif Pada usia 0-6 bulan lalu dilanjutkan dengan penambahan MPASI hingga umur 2 tahun, klien sekarang makan nasi, telur, daging/ayam, sayur hijau, minum air putih.

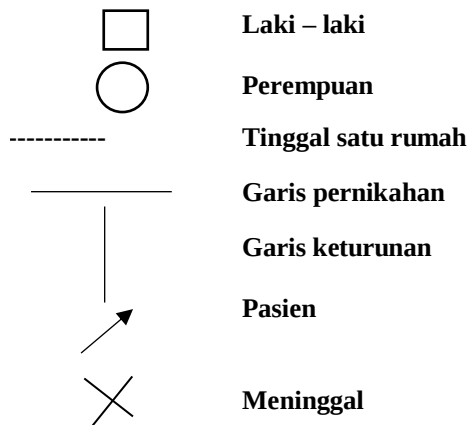
10. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram

Ibu klien mengatakan keluarganya serta kakek neneknya belum pernah mengalami penyakit seperti penyakit yang diderita anaknya.

Genogram



Keterangan :



11. Riwayat Psikososial	Ibu klien mengatakan bahwa dirinya sedih melihat anaknya lagi sakit, orang yang terdekat dengan anaknya yaitu ibu dan neneknya.
12. Riwayat Sosial Budaya	Klien diasuh oleh orang tuanya sendiri. Saat dirumah klien merupakan anak yang aktif.
13. Riwayat Spiritua	Ibu klien mengatakan semua anggota keluarga menganut agama islam dan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

4.1.3 Pola Aktivitas Sehari hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Sehari – hari		
	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1. Nutrisi	Ibu klien mengatakan anaknya makan 3x/hari dengan porsi $\pm$ 1 piring kecil	Ibu klien mengatakan anaknya makan $\frac{1}{2}$ porsi habis dan minum 1 botol susu formula $\pm$

	dengan komposisi nasi, sayur hijau, telur, ayam/daging. Tidak ada alergi makanan	50 ml dan minum ½ gelas air putih ± 100 ml. Tidak ada alergi makanan
2. Eliminasi	Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x/hari, warna feses coklat kekuningan, lunak, bau khas feses. Sedangkan BAK 5-6x/hari dengan output ± 500-600 cc/hari, warna kuning jernih bau khas urin.	Saat dikaji klien sudah BAB 1x, warna kuning kecoklatan, lunak, dan bau khas feses saat dikaji klien sudah BAK, dengan total output ± 250 cc, warna kuning jernih, bau khas urin.
3. Istirahat/tidur	Ibu klien mengatakan klien tidur siang sekitar jam 12.00 – 14.00 WIB. Dan malam hari pada jam 20.00 – 05.00 WIB	Ibu klien mengatakan tidur siang jam 10.30 – 14.00 WIB. Dan malam hari sekitar jam 22.00 – 05.30 WIB. Mudah terbangun jika suhu tubuhnya naik.
4. Aktivitas	Ibu klien mengatakan saat di rumah anaknya aktif bermain dengan teman sebayanya di sekitar rumah	Ibu klien mengatakan ketika sakit klien hanya minta gendong dan berbaring di tempat tidur.
5. Personal hygiene	Ibu klien mengatakan mandi 2x/hari menggunakan sabun cair, gosok gigi 2x/hari saat mandi, keramas 3x/minggu, potong kuku 1 minggu sekali.	Ibu klien mengatakan selama di RS hanya disibin menggunakan air hangat 2x/hari pagi dan sore hari.

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Status Kesadaran	keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, GCS E ₄ V ₅ M ₆ , terpasang infus D5 ½ NS 1.300 cc/24 jam ditangan kanan
2. Tanda tanda Vital (TTV)	
a. Suhu	38,2°C
b. Nadi	152x/menit
c. Respiratory Rate	26x/menit
d. SpO ₂	99%
3. Status Gizi	Tinggi badan 90 cm, usia 3,5, berat badan 12,4 kg B/U = 12,4 kg/3,5 tahun = (bb normal 11,1kg – 14,4kg) = 1,18 (gizi baik) PB/U = 90 cm/3,5 tahun = (normal 89,5 -99,6) = 1,53 (normal) B/TB = 12,4 kg/90 cm
4. Kepala	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, tidak ada luka, ubun-ubun

	sudah menutup				
5. Mata	Mata simetris simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata tidak cowong.				
6. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat secret pada hidung, tidak ada kelainan				
7. Mulut	Mukosa bibir kering, tidak sianosis, tidak ada stomatitis, reflek menelan baik				
8. Telinga	Telinga simetris, telinga bersih				
9. Leher	Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis				
10. Thorax					
a. Paru					
- Inspeksi	Bentuk dada normal cest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal.				
- Palpasi	Vocal fremitus teraba sama getarannya disemua lapang paru				
- Perkusi	Para paru sonor				
- Auskultasi	Suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan.				
b. Jantung					
- Inspeksi	Bentuk dada simetris, tidak ada sianosis				
- Palpasi	Untuk meraba ictus cordis, ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan				
- Perkusi	Suara jantung pekak				
- Auskultasi	Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4 Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup Tidak terdengar bunyi jantung tambahan				
11. Abdomen					
a. Inspeksi	Perut datar, tidak terlihat banyangan pembuluh darah, tidak ada bekas luka				
b. Auskultasi	Bising usus terdengar 8x/menit				
c. Palpasi	Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan				
d. Perkusi	Suara tympani				
12. Ekstremitas atas dan bawah					
a. Warna	Tidak pucat				
b. Bentuk	Simetris				
c. Pergerakan	Lemah				
d. CRT	Kembali < 3 detik				
e. Kelainan kongenital	Tidak ada				
f. Kekuatan otot	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				
13. Kulit					
a. Warna	Tidak pucat (tidak terdapat sianosis)				
b. Kelembaban	Kering				
c. Turgor	Kembali < 2 detik				

d. Akral	Hangat
e. Kelainan kulit	Tidak terdapat luka
14. Genetalia dan anus	Tidak ada peradangan dan kelainan pada anus dan genetalia
15. Neurologi	Tidak ada kerusakan pada saraf. Klien dapat merasakan sentuhan/rangsangan

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 20 Maret 2025 Jam 02:49:56

Pemeriksaan DL	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hemoglobin	12,3	g/dl	10,7- 14,7
Lekosit	18,0	$10^3/\mu\text{L}$	5,5 -15,5
Trombosit	481	$10^3/\mu\text{L}$	217- 497
Hematokrit	33,2	%	31,0- 34,0
Eritrosit	5,07	Juta/ μL	3,70 – 5,70
M C V	75,9	fl	72,0 – 88,0
M C H	24,2	Pg	23,0 -31,0
M C H C	31,9	g/dL	32,0 – 36,0
RDW-SD	36,5	fL	37,0 – 54,0
RDW-CV	13,3	%	11,0 – 16,0
PDW	16,0	fL	9,0 – 17,0
MPV	10,0	fL	8,0 – 11,0
Basofil#	0,0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0,1
Eosinofil#	0,0	$10^3/\mu\text{L}$	< 0,7
Neutrofil#	14,4	$10^3/\mu\text{L}$	1,4 – 6,6
Limfosit#	4,6	$10^3/\mu\text{L}$	1,0 – 5,5
Monosit#	2,1	$10^3/\mu\text{L}$	< 1,0

4.1.6 Penatalaksanaan Medis

- 1) Infus D5 ½ NS 1.300 cc/24 jam
- 2) Injeksi Ranitidine 2 x 20 mg
- 3) Ondansetron 2 x 2 mg
- 4) Paracetamol 4 x 200 mg

4.1.7 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
S :	Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C.	Hipertermi	Proses penyakit (reaksi inflamasi)
O :	a. K/u lemah		

b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Tanda-tanda vital S : 38,2°C N : 152 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 99% e. CRT < 3 detik f. Turgor kulit < 2 detik g. WBC : 18.0		
S :	Resiko terjadinya kejang berulang	Peningkatan suhu tubuh
Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C dan kejang 1x saat dirumah		
O :		
a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Tanda-tanda vital S : 38,2°C N : 152 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 99% e. CRT < 3 detik f. Turgor kulit < 2 detik		

4.1.8 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
	20/03/2025	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi) ditandai dengan : S : Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C. O : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Tanda-tanda vital S : 38,2°C N : 152 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 99% e. CRT < 3 detik f. Turgor kulit < 2 detik g. WBC : 18.0		
	20/03/2025	Resiko terjadinya kejang berulang		

berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan :

S :

Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C dan kejang 1x saat dirumah

O :

- a. K/u lemah
 - b. Kesadaran composmetis
 - c. Akral hangat
 - d. Tanda-tanda vital
 - S : 38,2°C
 - N : 152 x/menit
 - RR : 26x/menit
 - SpO2 : 99%
 - e. CRT < 3 detik
 - f. Turgor kulit < 2 detik
-

4.1.9 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
	20/03/2025	1	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C). b. Suhu kulit dalam batas normal	Obervasi 1. Monitor suhu tubuh 2. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman) 3. Longgarkan atau lepaskan pakaian 4. Basahi atau kipasi permukaan tubuh 5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila) Edukasi 7. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, jika perlu	1. TTV yang meningkat merupakan manifestasi kejang 2. Dapat membantu pasien dan keluarga mengurangi rasa cemas 3. Memudahkan terjadinya pelepasan panas ke udara 4. Mengurangi rasa panas di tubuh 5. Mencegah terjadinya hipotermi 6. Kompres dapat menurunkan suhu tubuh 7. Memenuhi istirahat yang cukup 8. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit pasien	

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
	20/03/2025	2	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kejang berulang : a. Anak tidak kejang lagi b. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C).	1. Monitor TTV 2. Monitor temperature tubuh anak setiap 2-3 jam terhadap perubahan temperature tubuh yang tiba-tiba 3. Berikan seka air hangat jika dibutuhkan untuk mengurangi demam 4. Anjurkan keluarga memantau dan mangawasi kondisi klien 5. Kolaborasi pemberian obat penurun panas dan antikonvulsan (paracetamol)	1. TTV yang meningkat merupakan manifestasi kejang dan adanya komplikasi 2. Perubahan temperature yang tiba-tiba bisa menyebabkan kejang 3. Mandi seka air hangat mendinginkan permukaan tubuh melalui konduksi dengan memindahkan panas tubuh ke air seka dan handuk seka, maka panas akan turun 4. Segera mengetahui perubahan status anak 5. Mengurani panas	

4.1.10 Impekemntasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1.	20/03/2025	1	1. Mengkaji keluhan yang dialami klien - klien mengatakan bandannya masih panas	
	10.00			
	10.05		2. Mengajukan pada keluarga klien untuk pemberian kompres hangat - Agar panas klien cepat turun	
	10.30		3. Mengobservasi TTV : S : 38,2°C N : 100x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 99%	
	10.45		4. Mengajukan kepada keluarga/Ibu agar anaknya banyak istirahat dan memberikan minum ± 1.000 cc/hari -agar kebutuhan istirahat dan cairan klien terpenuhi	
	11.00			
	15.15		5. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan -Klien di berikan injeksi Paracetamol 100 mg	
			6. Mengobservasi TTV S : 37,7°C N : 98x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 99%	
	15.30			
	15.40		7. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan -Klien diberikan Injeksi Ampicilin 350 mg	
			8. Mencatat porsi makanan yang dimakan (07.00-14.00) klien makan ¼ porsi makanan dari RS dan minum air putih ± 100 ml dan susu formula ± 200 ml -Agar mengetahui sudah cukup atau kurang nutrisi / cairan yang di peroleh klien	
	20/03/2025	2	1. Mengkaji keadaan umum klien -ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang	
	15.55		2. Mengobservasi TTV S : 38°C N : 96x/menit RR : 26x/menit SpO2 : 99%	
	16.00			
	16.05		3. Memberikan seka air hangat -Agar panas klien cepat turun	
	16.10		4. Memberikan pengaman pada sisi tempat tidur klien -Agar klien tidak terjatuh	
	16.15		5. Memberikan injeksi IV - Memberikan Paracetamol 100 mg dan Injeksi Ranitidine 10 mg	
	16.20		6. Memantau dan mengawasi kondisi anak -untuk mengetahui perubahan anak	

4.1.11 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	20/03/2025 16.25	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi)	S: Ibu klien mengatakan anaknya panas O: - K/u lemah - Akral hangat - Mukosa bibir kering - CRT < 3 detik - Turgor kulit < 2 detik - TTV : S : 37,8°C N : 98x/menit RR : 26x/mnt SpO2 : 98% - Ma/mi (+) - BAB/BAK (+) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2.	2/03/2025 16.26	Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang O : - K/u lemah - Kesadaran composmetis - Klien tampak tenang A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

4.1.12 Catatan Perkembangan

Tabel 4.11 Catatan Perkembangan

No	Tgl/ jam	Go Dx	Implementasi	Evaluasi
	21/03/2025 08:12	1.	Mengkaji keluhan yang dialami klien -ibu klien mengatakan panas anaknya naik turun	S : Ibu klien mengatakan panas anaknya naik turun O :
	08:20	2.	Menganjurkan pada keluarga klien untuk pemberian kompres hangat -agar panas klien cepat turun	a. K/u lemah b. Akral hangat c. Mukosa bibir lembab d. CRT < 3 detik e. Turgor kulit < 2 detik f. TTV :
	09:00	3.	Mengobservasi TTV : S : 37,4°C N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	S : 37,4°C N : 96x/menit RR : 24x/mnt SpO2 : 97%
	09:15	4.	Menganjurkan kepada keluarga/Ibu agar anaknya banyak istirahat dan memberikan minum ± 1.000 cc/hari -agar kebutuhan cairan klien terpenuhi	g. Ma/mi (+) h. BAB/BAK (+) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
	10:00	5.	Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan -memberikan Inj ondan 2 mg	
	10:20	6.	Mencatat porsi makanan yang dimakan (07.00-14.00). anak makan ½ porsi makanan dari RS dan minum air putih ± 200 ml dan susu dari RS ± 50 ml -agar mengetahui nutrisi yang masuk	
	11:00	7.	Mengobservasi TTV : S : 36,6oC N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 98%	
	21/03/2025 11:30	1.	Mengkaji keadaan umum klien -ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang O :
	12:00	2.	Mengobservasi TTV S : 37,0°C N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	a. K/u cukup b. Kesadaran composmetis c. Klien tampak tenang A : Masalah belum tertasi P: Lanjutkan intervensi
	12:15	3.	Memberikan injeksi IV	

13:45	-memberikan Injeksi Ranitidine 10 mg 4. Memantau atau mengawasi kondisi anak -agar mengetahui perkembangan anak	
22/03/2025 08.00	1. Mengkaji keluhan yang dialami klien -ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak panas	S : Ibu klien mengatakan anaknya tidak panas lagi
08.15	2. Mengobservasi TTV : S : 36,5°C N : 96x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	O : a. K/u cukup b. Akral hangat c. Mukosa bibir lembab d. CRT < 3 detik e. Turgor kulit < 2 detik
08.30	3. Memberikan injeksi IV -memberikan Injeksi Ranitidine 10 mg	f. TTV : S : 36,5°C N : 96x/menit RR : 22x/mnt SpO2 : 99%
08.40	4. Mengobservasi CRT, Turgor -CRT < 3 detik, turgor kulit < 2 detik	g. Ma/mi (+) h. BAB/BAK (+)
11.00	5. Mengobservasi TTV : S : 36,5°C N : 96x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	A : Masalah teratsi P : Hentikan intervensi
22/03/2025 10.30	1. Mengkaji keadaan umum klien -ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang
15.00	2. Mengobservasi TTV S : 36,5°C N : 94x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 98%	O : a. K/u baik b. Kesadaran composmetis c. Klien tampak tenang
15.15	3. Persiapan KRS	A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (px krs)

4.1.13 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori

Analisis			
No	Teori	Fakta	Keterangan
	Identitas Klien : Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal MRS, tanggal pengkajian, diagnose medis, dan nomer registrasi. Orang tua meliputi nama ayah, nama ibu, usia ibu, agama ibu, pendidikan ibu, pekerjaan ibu, alamat ibu. (Suharso D, 2012)	a. Biodata Klien : Nama : An. R Umur : 3,5 tahun Jenis Kelamin : Laki-laki Anak ke : Pertama Dx. Medis : <i>Febris Convulsi</i> Reg : 467227 Tgl datang : 20/03/2025 jam 05:26 Tgl pengkajian : 20/03/2025 jam 10.00	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
No	Teori	Fakta	Teori
	riwayat Kesehatan keluhan utama : Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh >38°C, anak biasanya mengalami kejang dan bahkan pada anak dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami kesadaran (Suharso D, 2012)	Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu 38,2°C dan kejang dua kali disertai muntah 1x saat dirumah	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
	Riwayat Penyakit Sekarang : Pada kasus kejang demam pada anak ditemukan keluhan utama kejang karena panas. Kaji juga apakah ada muntah, diare, truma kepala, gagap bicara (khususnya pada penderita epilepsi), gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dan lain-lain. (Suharso D, 2012)	Ibu klien mengatakan anaknya panas sejak malam hari disertai kejang dan muntah 1x pada tanggal 19 Maret 2025 lama kejang sekitar 5 menit, kejang seluruh tubuh dan pada saat kejang anak tidak berespon sama sekali. Pada saat itu keluarga klien segera membawa klien ke IGD RSUD dr. soedomo Trenggalek sekitar pukul 02 :15 WIB. Di IGD anak mendapatkan perawatan selayaknya, setelah diobservasi dan kondisi anak mulai stabil anak di pindahkan diruang Dahlia pada tanggal 20 Maret 2025 sekitar jam 05:26 WIB untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Di ruang Dahlia	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

kondisi anak dalam keadaan masih panas.			
4.	Riwayat Penyakit Dahulu Ada faktor predisposisi terjadinya kejang demam antara lain trauma kepala, infeksi dan reaksi terhadap imunisasi. Selain itu kejang demam juga bisa muncul akibat hipertermi	Ibu klien mengatakan klien sebelumnya belum pernah mengalami penyakit seperti ini	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
5.	Riwayat Kehamilan dan Persalinan Riwayat prenatal, nata dan post natal : Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ. Pada masa post natal apgar skor <6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau prematur memiliki resiko 10 kali lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan (Arif, 2017).	Prenatal : Ibu klien mengatakan jika selama kehamilan tidak ada masalah atau gangguan. Tempat pemeriksaan selama hamil ke dokter. Ibu klien mengatakan selama hamil pemeriksaan kandungannya sebanyak 8x tepatnya setiap bulan sekali. Natal : Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara SC (Sectio Caesarea) di RSUD dr. Soedomo Trenggalek Post natal : Ibu klien mengatakan saat lahir anaknya baik dan sehat dengan berat 4 kg 3 gram dan panjang 50cm.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
6.	Teori Riwayat Imunisasi Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari	Fakta Ibu klien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap. Hepatitis B 4x (0 bulan, 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan). BCG 1x (2 bulan). DPT 3x (2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Polio 4x (1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan).	Keterangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

	imunisasi tersebut. Pada umumnya saat mendapatkan imunisasi DPT efek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang (Suharso D, 2012)	Campak 1x (9 bulan).	
7.	Teori Pola Nutrisi Penderita akan sensitive terhadap makanan yang memicu kejang, adanya hiperplasi gingiva sebagai akibat efek samping dilatin (Lumbangtobing, 2012). Makanan pada umumnya jarang menyebabkan kejang, tetapi ada beberapa makanan yang harus di hindari yaitu, makanan yang tinggi lemak, minuman yang mengandung kafein, makanan yang mengandung adiktif (Neuropsychiatric Disiase and Treatment, 2020).	Fakta Ibu klien mengatakan anaknya bisa memakan semua jenis makanan dan tidak ada alergi atau pantangan makanan ibu klien mengatakan anaknaya makan ½ porsi habis dan minum 1 botol susu formula ± 50 ml dan minum ½ gelas air putih ± 100 ml.	Keterangan Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
8.	Teori BAK Ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apa terdapat darah dalam urin. Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing. Peningkatan tekanan bladder dan tonus springter akan terjadi pada fase ictal.(Ngastiyah, 2012). BAB Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia.(Ngastiyah, 2012).	Fakta Saat dikaji klien sudah BAB 1x, warna kuning kecoklatan, lunak, dan bauk has feses Saat dikaji klien sudah BAK, dengan total ouput ± 250 cc, warna kuning jernih, bau has urin.	Keterangan Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
9.	Teori Pola istirahat tidur	Fakta Ibu klien mengatakan tidur siang jam 10.30 – 14.00	Keterangan Tidak terdapat

	Kaji waktu tidur penderita, lama tidur, kualitas tidur dan kebiasaan sebelum tidur (Ngastiyah, 2012)	WIB. Dan malam hari sekitar jam 22.00 – 05.30 WIB.	kesenjangan antara teori dan fakta
10.	Teori Keadaan Umum Umunya pada anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran letargi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau compos metis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan resepsi, dan juga suhu (Nursalam, 2012)	Fakta Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, terpasang infus D5 ½ NS 1.300 cc/24 jam ditangan kanan, GCS E4V5M6 TTV : S:38,2°C N : 152x/menit RR :28x/menit SpO2 : 99%	Keterangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
11.	Teori Kepala dan Leher Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala (Ngastiyah, 2005) Umumnya pada penderita dengan kejang demam tidak mengalami gangguan atau masalah yang signifikan pada leher (Ngastiyah, 2005)	Fakta Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, tidak ada luka, ubun-ubun sudah menutup Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	Keterangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
12.	Teori Mata Saat serangan kejang terjadi dilatasi pupil, untuk itu periksa pupil dan ketajaman penglihatan, Gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah (Ngastiyah, 2005)	Fakta Mata simetris simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata tida cowong	Keterangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
13.	Teori Mulut dan lidah Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka mukosa	Fakta Mukosa bibir kering, tidak sianosis, tidak ada stomatitis, reflek menelan baik	Keterangan Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

	bibir akan kering, reflek menelan dan menghisap mungkin sedikit berkurang, ataupun terjadi vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan sianosis mukoso mulut (Kyle & Carman, 2015)		
14.	Teori	Fakta	Keterangan
	Thorax Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya retraksi intercostal, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : takipnea, dyspnea progresif, pernafasan dangkal, dada corong (pectus ekskavatum) dada burung (pectus karanatum), barrel chest Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. Perkusi : Suara sonor Auskultasi : Suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi.	a. Inspeksi : Bentuk dada normal cest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal. b. Palpasi : Vocal fremitus teraba sama c. Perkusi : Suara paru sonor d. Auskulasi : Suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
15.	Teori	Fakta	Keterangan
	Jantung : inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah Perkusi : suara jantung terdengar pekak Auskultasi : takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lopdup	Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada sianosis Palpasi : Untuk meraba ictus cordis, ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan Perkusi : Suara jantung pekak Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4 Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup Tidak terdengar bunyi jantung tambahan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
16.	Teori	Fakta	Keterangan
	Abdomen	Inspeksi : Perut datar, tidak terlihat banyangan	Tidak terdapat

	Inspeksi : bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak Auskultasi : biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 5-12x/menit) palpasi : biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen. Perkusi : suara abdomen tympani (Lumbantobing, 2009)	pembuluh darah, tidak ada bekas luka Auskultasi : Bising usus terdengar 8x/menit Palpasi : Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan Perkusi : Suara tympani	kesenjangan antara teori dan fakta																																				
17.	Teori Integumen Warna : pucat sampai sianosis Suhu : hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal (<36,5oC) turgor : cenderung normal (Kembali < 2 detik) (Mahyar,2010)	Fakta Warna : Tidak pucat (tidak terdapat sianosis) Kulit : Kering Suhu :38,2 oC Turgor : Kembali < 2 detik Akral : Hangat	Keterangan Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta																																				
18.	Teori Pemeriksaan Penunjang a) Glukuso Darah Pada kasus kejang demam sering didapati hipoglikemia pada pemeriksaan gula darah. Hipoglikemia merupakan faktor predisposisi kejang (N<200mq/dl). b) BUN Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi neprotocsic akibat dari pemberian obat. c) Elektrolit (K, Na) Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal=3,80-5,00 mq/dl) dan Natrium	Fakta <table> <tr> <th>Pemeriksaan DL</th><th>Hasil</th><th>Satuan</th><th>Nilai Rujukan</th></tr> <tr> <td>Hemoglobin</td><td>12,3</td><td>g/dL</td><td>10,7-14,7</td></tr> <tr> <td>Lekosit</td><td>18,0</td><td>10³/uL</td><td>5,5-15,5</td></tr> <tr> <td>Trombosit</td><td>481</td><td>10³/uL</td><td>217-497</td></tr> <tr> <td>Hematokrit</td><td>33,2</td><td>%</td><td>31,0-34,0</td></tr> <tr> <td>Eritrosit</td><td>5,07</td><td>Juta/uL</td><td>3,70-5,70</td></tr> <tr> <td>M C V</td><td>75,9</td><td>fL</td><td>72,0-88,0</td></tr> <tr> <td>M C H</td><td>24,2</td><td>pg</td><td>23,0-31,0</td></tr> <tr> <td>M C H C</td><td>31,9</td><td>g/dL</td><td>32,0-36,0</td></tr> </table>	Pemeriksaan DL	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	Hemoglobin	12,3	g/dL	10,7-14,7	Lekosit	18,0	10 ³ /uL	5,5-15,5	Trombosit	481	10 ³ /uL	217-497	Hematokrit	33,2	%	31,0-34,0	Eritrosit	5,07	Juta/uL	3,70-5,70	M C V	75,9	fL	72,0-88,0	M C H	24,2	pg	23,0-31,0	M C H C	31,9	g/dL	32,0-36,0	Keterangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
Pemeriksaan DL	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan																																				
Hemoglobin	12,3	g/dL	10,7-14,7																																				
Lekosit	18,0	10 ³ /uL	5,5-15,5																																				
Trombosit	481	10 ³ /uL	217-497																																				
Hematokrit	33,2	%	31,0-34,0																																				
Eritrosit	5,07	Juta/uL	3,70-5,70																																				
M C V	75,9	fL	72,0-88,0																																				
M C H	24,2	pg	23,0-31,0																																				
M C H C	31,9	g/dL	32,0-36,0																																				

	(Normal=135-144 mq/dl) d) Cairan Cerebro Spinal Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS, tanda infeksi, perdarahan penyebab kejang. e) Skull Ray Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak. f) EEG Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang.	RDW-SD RDW-CV PDW MPV Basofil# Eosinofil# Neutrofil# Limfosit# Monosit#	36,5 13,3 16,0 10,0 0,0 0,0 14,4 4,6 2,1	fL % fL fL $10^3/\mu\text{L}$ $10^3/\mu\text{L}$ $10^3/\mu\text{L}$ $10^3/\mu\text{L}$ $10^3/\mu\text{L}$	37,0-54,0 11,0-16,0 9,0-17,0 8,0-11,0 <0,1 <0,7 1,4-6,6 1,0-5,5 <1,0
19.	Teori Diagnosa Keperawatan Hipertensi Resiko infeksi Resiko kejang berulang Resiko cidera Resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Kurang pengetahuan/penatalaksanaan kejang	Fakta Hasil pengkajian dan observasi pada tanggal 20 Maret 2025 ditegakkan diagnosa a. Hipertensi b/d proses penyakit (reaksi inflamasi) b. Resiko kejang berulang b/d peningkatan suhu tubuh	Keterangan Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta		
20.	Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Rusmiyati, 2010)	Sesuai dengan yang disusun penulis.	Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh pasien		
21.	Implementasi Keperawatan	Tindakan atau implementasi dilakukan pada saat	Dari semua		

	Implementasi adalah langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan ketrampilan diantaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktek keperawatan, peran dari tenaga Kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecah masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan serta memilih dan membuat tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain (Hidayat, 2007)	penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena disesuaikan dengan kondisi klien	perencanaan yang dibuat. Peneliti melakukan Tindakan sesuai intervensi, akan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan, disesuaikan dengan kondisi klien
22.	Evaluasi keperawatan Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing) (Rusmiyati, 2010)	Pada waktu dilakukan evaluasi selama 3 hari, klien mengalami keadaan membaik. Di hari pertama klien masih panas dengan suhu 38,2°C dan akral hangat, di hari kedua klien panasnya masih naik turun dengan suhu 37°C, dan di hari ketiga klien sudah membaik dengan suhu 36,5°C.	Hal ini dilakukan Tindakan yang sama selama 3 hari. Klien mengalami proses penyembuhan dan dihari terakhir klien mengalami penurunan suhu dengan suhu dalam batas normal

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil dari penelitian yang dilaksanakan pada anak usia 3,5 tahun dengan Kejang Demam (*Febris Convulsi*) pada klien An. R diruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, didapatkan hasil sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian Klien

4.2.1.1 Riwayat kehamilan dan persalinan

Berdasarkan hasil penelitian, didapatkan bahwa ibu klien mengatakan selama hamil tidak ada gangguan kehamilan dan selalu periksa ke dokter kurang lebih 8 kali. Saat persalinan dilakukan dengan bantuan tindakan SC (*Sectio Caesarea*) di RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Bayi lahir dengan berat 4,3 kg dan panjang 50 cm.

Menurut teori (Arif, 2017) Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ. Pada masa post natal apgar skor <6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau prematur memiliki resiko 10 kali lebih besar untuk menderita

bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan

Peneliti berasumsi bahwa ibu klien tidak mengalami gangguan kehamilan dan persalinan dikarenakan ibu klien rutin kontrol kedokter dan ibu klien tidak memiliki riwayat penyakit menurun

4.2.1.2 Pola makan dan minum

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa ibu klien mengatakan tidak adanya kesensitifan terhadap makanan yang dapat memicu kejang, tidak adanya hiperplasi gingiva pada klien. Klien mengalami demam disebabkan karena bakteri dan di buktikan dengan hasil Lab yang menyatakan lekosit klien $18,0 \times 10^3/uL$ sedangkan normalnya (5,5-15,5)

Menurut teori (Lumbangtobing, 2012). Penderita akan sensitive terhadap makanan yang memicu kejang, adanya *hiperplasi gingiva* sebagai akibat efek samping dilatin. Makanan pada umumnya jarang menyebabkan kejang, tetapi ada beberapa makanan yang harus di hindari yaitu, makanan yang tinggi lemak, minuman yang mengandung kafein, makanan yang mengandung adiktif.

Peneliti berasumsi terjadinya kejang demam pada anak disebabkan oleh demam bukan karena sensifitas terhadap makanan. Sehingga, meskipun anak makan makanan seperti biasa tidak menjadi penyebab kejangnya.

4.2.1.3 Pola Eliminasi

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa saat pengkajian pada pola eliminasi, didapatkan bahwa data Saat dikaji Klien sudah BAK dengan pengeluaran urine 250 cc, lancar, spontan, warna kuning jernih, tidak adanya nyeri saat kencing. Saat dikaji Klien sudah BAB 1x, warna kuning kecoklatan dan lunak bau khas fases, klien tidak mengalami BAB inkontinensia

Menurut teori (Ngastiyah, 2012), BAK ditanyakan frekuensinya, jumlahnya, secara makroskopis ditanyakan bagaimana warna, bau, dan apa terdapat darah dalam urin. Serta ditanyakan apakah disertai nyeri saat anak kencing. Peningkatan tekanan bladder dan tonus springter akan terjadi pada fase ictal. BAB Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia.

Peneliti berasumsi bahwa BAB dan BAK yang normal pada klien terjadi karena klien pada saat pengkajian bukan pada saat fase kejang (4 jam setelah kejang). Sehingga tidak ada permasalahan pada pola eliminasi.

4.2.1.4 Pemeriksaan Mulut dan Lidah

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan informasi saat pengkajian pada pemeriksaan mulut dan lidah, didapatkan klien tidak sianosis mukosa bibir, tidak muntah (vomiting), dan tidak ada stomatitis.

Menurut teori (Ngastiyah 2015) Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka terjadi sianosis mukosa bibir, vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan stomatitis

Peneliti berasumsi bahwa klien tidak mengalami sianosis pada mukosa bibir karena klien sudah tidak kejang dan sianosis itu terjadi ketika seseorang terjadi kejang sehingga otak kekurangan suplai oksigen. sedangkan yang lainnya ada riwayat muntah pada klien tetapi pada saat pengkajian klien tidak muntah karena klien masih bisa memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolitnya dengan baik.

4.2.1.5 Integumen

Berdasarkan hasil Penelitian didapatkan bahwa saat pengkajian pada integument, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Pada An R didapatkan warna tidak pucat, kulit kering, suhu: 38,2oC, Turgor: kembali< 2detik, Akral hangat

Menurut teori (Mahyar, 2010) pemeriksaan integument warna : pucat sampai sianosis, Suhu Hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal (>37,5oC), Turgor cenderung normal (kembali< 2 detik)

Peneliti berasumsi bahwa klien tidak mengalami sinosis dikarenakan klien sudah tidak kejang dan sianosis itu terjadi ketika seseorang terjadi kejang sehingga otak kekurangan suplai oksigen sehingga klien tidak ada gangguan pada integument.

4.2.1.6 Pemeriksaan Thorax

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa saat pengkajian pada pemeriksaan thorax, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Pada klien An. R didapatkan pemeriksaan thorax (paru) Inspeksi : Bentuk dada normal cest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal, Palpasi : Vocal fremitus teraba sama disemua lapang paru, Perkusi : Suara paru sonor, Auskultasi : suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan.

Dan pada pemeriksaan Jantung didapatkan, Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada sianosis, Palpasi : Untuk meraba ictus cordis, ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan, Perkusi : Suara jantung pekak, Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4, Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri, Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

Menurut teori (Ngastiyah, 2005) pemeriksaan thorak (paru-paru) Inspeksi : terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya *retraksi intercostal*, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : *takipnea*, *dyspnea progresif*, pernafasan dangkal, dada corong (*pectus ekskavatum*) dada burung (*pectus karanatum*), *barrel chest*. Palpasi : terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. Perkusi : suara

sonor. Auskultasi : suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi. Pada pemeriksaan Jantung, Inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri. Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah. Perkusi : suara jantung terdengar pekak. Auskultasi : takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lopdup.

Peneliti berasumsi bahwa pada klien tidak mengalami kejadian tersebut, karena klien tidak memiliki riwayat gangguan system kardiovaskuler dan respirasi, dan pada saat kejang terjadi klien segera mendapatkan penanganan, sehingga system kardiovaskuler klien tidak terganggu.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Pada faktanya ditemukan diagnosa keperawatan pertama hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi). Pada diagnosa kedua resiko kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.

Sedangkan menurut SDKI ada beberapa diagnosa keperawatan pada klien dengan Kejang Demam adalah hipertermi, resiko infeksi, resiko kejang berulang, resiko cedera, risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif, ketidakefektifan bersihan jalan nafas, kurang pengetahuan/penatalaksanaan kejang.

Dari hasil penelitian, penulis berpendapat bahwa adanya kesenjangan antara fakta dan teori karena diagnosa yang muncul

disesuaikan dengan data yang diperoleh dan keadaan klien pada saat dilakukan pengkajian.

4.2.3 Intervensi

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil

- a. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37,5°C).
- b. Suhu kulit dalam batas normal.

Rencana Tindakan

Obervasi

- a. Monitor suhu tubuh

Terapeutik

- b. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman)
- c. Longgarkan atau lepaskan pakaian
- d. Basahi atau kipasi permukaan tubuh
- e. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
- f. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila)

Edukasi

- g. Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- h. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, jika perlu

2. Resiko tinggi kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.

Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kejang berulang :

- a. Anak tidak kejang lagi
- b. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C).

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Monitor TTV
- b) Monitor temperature tubuh anak setiap 2-3 jam terhadap perubahan temperature tubuh yang tiba-tiba

Terapeutik

- c) Berikan seka air hangat jika dibutuhkan untuk mengurangi demam

Edukasi

- d) Anjurkan keluarga memantau dan mangawasi kondisi klien

Kolaborasi

- e) Kolaborasi pemberian obat penurun panas dan antikonvulsan (paracetamol dan diazepam)

Berdasarkan kondisi klien dengan kejang demam muncul dua diagnosa keperawatan 13 intervensi yang menyertai. Peneliti berpendapat bahwa kondisi klien saat dikaji tidak terjadi kejang sehingga mendapat penanganan yang adekuat. Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada.

Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh klien.

4.2.4 Implementasi

Berdasarkan teori implementasi keperawatan memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Pada tatan implementasi ini seorang perawat harus memahami dan memiliki skill keperawatan mengenai tindakan yang dilakukan terhadap kasus yang sedang ditangani. Sehingga semua intervensi yang sudah tersusun bisa dilakukan dengan baik dan bisa menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien, namun tidak semua intervensi dapat dilakukan semua karena menyesuaikan kondisi dari klien sendiri.

4.2.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama satu hari. Hasil dari evaluasi satu hari, kondisi klien sudah ada perubahan dan masalah keperawatan belum teratasi.

Pelaksanaan evaluasi menurut (Rusmiyati, 2010). Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil di

buat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing).

Terdapat kesesuaian antara teori dan fakta dikarenakan penulis melakukan evaluasi sesuai dengan teori.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis penelitian asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah dilaksanakan mulai tanggal 26 Februari sampai dengan 14 Maret 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut

5.1.1 Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada penderita Kejang Demam terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yang peneliti temukan saat dilapangan. Kesenjangan tersebut adalah pada riwayat kehamilan dan persalinan ,pola makan dan minum, pola eliminasi, pemeriksaan mulut dan lidah, Integumen, pemeriksaan thorax.

5.1.2 Diagnosa

Pada diagnosa keperawatan, terdapat kesenjangan antara teori dan fakta. Dan yang sesuai dengan kondisi klien yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi inflamasi) dan resiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.

5.1.3 Intervensi

Pada tahap intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori-teori kepustakaan yang ada, sehingga tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Akan tetapi tidak semua intervensi dapat dilakukan. Implementasi dilakukan sesuai dengan kondisi pasien.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum kondisi pasien mulai menunjukkan tanda-tanda baik. Pelaksanaan evaluasi pada pasien dilakukan selama satu hari. Pada hari pertama klien masih mengalami panas dan tidak kejang.

5.1.6 Analisis

Pada tahap analisis ini, dalam melaksanakan asuhan keperawatan terdapat perbedaan digunakan berdasarkan fakta, teori dan opini sehingga ditemukan adanya kesenjangan pada asuhan keperawatan anak dengan kejang demam di Ruang Dahlia dr. Soedomo Trenggalek selama 3 hari yaitu kesenjangan antara pada bagian riwayat kehamilan dan persalinan, pola makan dan minum, pola eliminasi, pemeriksaan mulut dan lidah, integumen, pemeriksaan thorax

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian bagi institusi rumah sakit diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam dengan masalah hipertermi dan resiko terjadinya kejang berulang, serta

dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan khususnya memberikan asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam .

5.2.3 Bagi Klien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan keluarga tentang perawatan, pencegahan dan penanganan penyakit kejang demam pada anak.

5.2.4 Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini, peneliti dapat menemukan perbandingan-perbandingan antara fakta dan teori yang ditemukan selama penelitian, serta sebagai bahan pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan yang akan datang

5.2.5 Bagi Peneliti yang akan datang

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variable yang berbeda

DAFTAR PUSTAKA

- Arif, 2017. “ Penatalaksanaan Kejang Demam ”. Continuing Medical Education. (2015):<https://media.neliti.com/media/publications/399153-penatalaksanaan-kejang-demam-bccb99c2.pdf> .Diakses Pada 17 Februari 2023 pukul 22.15 WIB
- Fida, & Maya. (2012). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jogjakarta: Medica.
- Fitriana, R. (2021). *Perilaku Ibu Dalam Penanganan Kejang Demam Pada Anak*. Journal of Telenursing, 492.
- Ginting, E. G. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Kejang Demam Yang Mengalami Masalah Peningkatan Suhu Tubuh Dengan Tindakan Pemberian Kompres Air Hangat di ruang Anggrek RSUD UKI Jakarta*. Skripsi D3, 5.
- Gunawan, P. I., & Saharso, D. 2012. *Faktor Risiko Kejang Demam Berulang pada Anak*. *Media Med*, 46(2), 75–79
- Hidayat. (2005). *Pengantar Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Lumbantobing. 2012. *Neurologi Klinik Pemeriksaan Fisik dan Mental*. cetakan ke 15. FKUI. Jakarta
- Mahyar. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 2. Jilid 1* . Jakarta: Media Aesculapius.
- Ngastiyah. (1997). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran (EGC)
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam. 2009. Manajemen Keperawatan : Aplikasi dan Praktik Keperawatan. Profesional, Edisi Kedua. Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam. 2011. Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Rosa, L. F. (2020). *Asuhan Keperawatan Hipertermia Pada Anak Kejang Demam Di Ruang Anggrek RSUD dr. Soegiri Lamongan*. Laporan Tugas Akhir, 2.
- SDKI DPP PPNI. 2017 . Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia.
- SIKI DPP PPNI. 2018. Standart Intervensi Keperawatan Indonesia.
- SLKI DPP PPNI. 2019 .Standart Luaran Keperawatan Indonesia.
- Sirait. (2020). *Hubungan Pengetahuan Ibu Dengan Penanganan Kejang Demam Anak Rentang Usia 1-5 Tahun di Desa Tengah Kecamatan Pancur Batu Tahun 2020*. Jurnal Ilmu Keperawatan, 73.
- Sudarkomo. (2014). *Kejang Demam Sederhana Pada Anak Usia Satu Tahun*. Jakarta: Juke Kedokteran.
- Sugiyono. (2010). *Metode Peneltian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung : Alfabeta.
- Suharso D. (2012). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Tarwoto. 2013. Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Widagdo. (2012). Masalah dan Tatalaksana Penyakit Anak dengan Demam. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*.
- Windawati, W., & Alfianti, D. 2020. *Penurunan Hipertermia Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat*. Ners Muda, 1(1), 59
- Wulandari, D. & Erawati, M. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar

*Lampiran 1***Lembar Informed Consent**

Nama saya Hanif Achlis Rofidah. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek Program Studi D-III Keperawatan Trenggalek mengharapkan partisipasi saudara sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD dr Soedomo Trenggalek”** dan juga mengharapkan tanggapan dan jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang saudara rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas serta informasi yang klien berikan hanya akan digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa pasien telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Tanda tangan : 
Tanggal :
20 Maret 2025

Lampiran 2

Lembar Persetujuan Menjadi Responden

Setelah saya membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari mahasiswa Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama HANIF ACHLIS ROFIDAH yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr Soedomo Trenggalek” saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan bersedia menjadi responden dan menandatangani surat perjanjian ini

Trenggalek, 20.03.2025


: Tn. T

Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN TRENGGALEK
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEDOMO
Jl. Dr. Soetomo No. 02 Telp. (0355) 793110
Email : rsuddrsoedomo_trenggalek@yahoo.co.id
TRENGGALEK 66312

SURAT KETERANGAN

Nomor : 400.7.22.1/ *233* /406.010.001/18.00/2025

Yang bertandatangan di bawah ini Direktur RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek:

Nama : **dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S.**
NIP : 196710302002121002
Pangkat/Gol. Ruang : Pembina Tk. I (IV/b)
Jabatan : Direktur
Unit Kerja : RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa nama yang tercantum di bawah ini:

Nama : **HANIF ACHLIS ROFIDAH**
NIM : P17240223065
Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
Institusi Pendidikan : Poltekkes Kemenkes Malang

sehubungan dengan pendidikan yang sedang dijalannya, benar-benar telah melaksanakan Praktik Klinik Keperawatan Medical Bedah, Keperawatan Anak, Keperawatan Maternitas, Keperawatan Jiwa, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Kegawatdaruratan RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek, terhitung mulai tanggal 10 Februari 2025 s.d 12 April 2025.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Trenggalek, *24* Maret 2025
DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
dr. MOKH. ROFIQ HINDIONO, M.M.R.S
Pembina Tk. I
NIP. 19671030 200212 1 002



Lampiran 4 Format Asuhan Keperawatan

Format Asuhan Keperawatan

A. PENGKAJIAN

01. Biodata pasien :
- a. Nama :
- b. Umur :
- c. Jenis kelamin :
- d. Dx. Medis :
- e. Reg :
- f. Tgl pengkajian :
02. Biodata keluarga :
1. Nama ayah :
- a. Umur :
- b. Agama :
- c. Pendidikan :
- d. Pekerjaan :
- e. Suku bangsa :
- f. Alamat :
2. Nama ibu :
- a. Umur :
- b. Agama :
- c. Pendidikan :

- d. Pekerjaan :
- e. Suku bangsa :
- f. Alamat :
- 3. Keluhan utama :
- a. Saat MRS :
- b. Saat dikaji :
- 4. Riwayat penyakit sekarang :
-
- 5. Riwayat kesehatan yang lalu :
- 6. Riwayat kehamilan dan persalinan :
- a. Prenatal :
- b. Natal :
- c. Post Natal :
- 7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan :
- a. Pertumbuhan :
- b. Perkembangan :
- 8. Riwayat imunisasi :
- 9. Riwayat pemberian nutrisi :
- 10. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram:
-
- Genogram :

11. Riwayat psikososial :

12. Riwayat sosial budaya :

13. Riwayat spiritual :

14. Pola kebiasaan sehari – hari :

No.	Pola sehari – hari	Di rumah	Di RS
1.	Nutrisi	.....	.....
			
			
			
2.	Eliminasi	.....	.....
			
			
			
3.	Istirahat / tidur	.....	.....
			
			
			
4.	Aktivitas	.....	.....
			
			
5.	Personal hygiene	.....	.....
			
			

Pemeriksaan Fisik :

1. Keadaan umum
2. Tanda – tanda vital
3. Status gizi
4. Kepala
5. Mata
6. Telinga
7. Hidung
8. Mulut
9. Leher
10. Dada

Paru :

- a. Inspeksi
- b. Palpasi
- c. Perkusi
- d. Auskultasi

Jantung :

- a. Inspeksi
- b. Palpasi
- c. Perkusi
- d. Auskultasi

11. Perut

- a. Inspeksi
- b. Auskultasi
- c. Palpasi
- d. Perkusi

12. Genetalia dan anus

.....

13. Ekstremitas

.....

.....

14. Integumen

.....

.....

15. Neurologi

.....

.....

Pemeriksaan penunjang:

.....

.....

Penatalaksanaan terapi :

.....

.....

Trenggalek,.....

NIM

ANALISA DATA

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

C. INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	SLKI	SIKI	Rasionalisasi	Tanda Tangan

D. IMPLEMENTASI

No.	Tanggal /Jam	No. Dx. Kep.	Implementasi	Tanda Tangan

E. EVALUASI

NO.	Tanggal / Jam	Diagnosa	Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi

Lampiran 5

119



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65112
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Hanif Achlis Rofidah
NIM : P17240223065
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di
RSUD dr Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Ns. Elok Yulidaningsih, S.Kep., M.Kep.

No	Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	07-01-2025	- Judul tabel ditaruh diatas - Batasan istilah - Penulisan bahasa asing - Batasan masalah - Revisi lokasi dan waktu penelitian	
2.	08-01-2025	- Revisi untuk BAB 1, 2, 3 - Keluhan utama dan konsep ASKEP ditambahkan - Lihat pembenarannya di setiap BAB	
3	16-01-2025	- Proses perizinan magang di benahi - Daftar pustaka ditambahkan - Sumber redaksi	
4.	17-01-2025	- ACC sempro - Dilengkapi daftar isi, daftar tabel, dll	

5.	24-02-2025	• Revisi After Sempro • ACC Penelitian	
6.	29-04-2025	• Revisi Untuk BAB 3, Kata Pengantar dan Analisa teori dan fakta	
7.	30-04-2025	• Abstrak • Kata pengantar (revisi sesuai dengan masukan) • Analisis data (revisi sesuai dengan masukan) • Daftar Pustaka + tanggal pelaksanaan penelitian	
8.	02-05-2025	• Revisi pembahasan pada point 1 • ACC Semhas	
9.	19-05-2025	• Abstrak sesuaikan panduan • Revisi pembahasan	
10.	19-05-2025	ACC	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

Jalan Besar Ijen 77C
Malang, Jawa Timur 65132
(0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Hanif Achlis Rofidah
NIM : P17240223065
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di
RSUD dr Soedomo Trenggalek
Dosen Pembimbing : Ns. Ixora, S.Kep., M.Kep.

No	Tanggal	Catatan Pembimbing	Paraf
1.	20-02-2025	Revisi sesuai masukan	<i>Hls</i>
2.	24-02-2025	• Siapkan / lanjutkan penelitian • ACC	<i>Hls</i>
3	15-05-2025	• Revisi abstrak • ACC	<i>Hls</i>