

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

KARYA TULIS ILMIAH

SAFIRA ANASTASYA PRAMISWARI

NIM : P17240221018



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN KAMPUS

KAB. TRENGGALEK

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

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

SAFIRA ANASTASYA PRAMISWARI

NIM : P17240221018



KEMENTERIAN KESEHATAN RI

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN KAMPUS

KAB. TRENGGALEK

2025

CURICULUM VITAE

Nama :Safira Anastasya Pramiswari

Tempat, Tanggal Lahir :Trenggalek, 20 Oktober 2004

Agama :Islam

Alamat :RT03 RW 01 Desa Ngentrong
Kec. Karanganyar Kab.Trenggalek



Riwayat Pendidikan :

1. TK lulus tahun 2010 : Dharma Wanita 2 Ngentrong
2. SD lulus tahun 2016 : SDN 2 Ngentrong
3. SMP lulus tahun 2019 : SMPN 3 Trenggalek
4. SMA lulus tahun 2022 : SMAN 1 Karanganyar Trenggalek
5. 2022 lulus tahun 2025 : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3
Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek

Riwayat Organisasi :

1. Anggota Himpunan Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek
Divisi Sospol periode 2023-2025
2. Ketua UKM English Competition Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab.
Trenggalek periode 2023-2025
3. Anggota UKM PIK-M Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek
periode 2023-2025

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : Safira Anastasya Pramiswari

Nim : P172402221018

Program Studi : Diploma 3 Keperawatan Trenggalek Jurusan

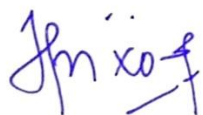
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui,

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



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

Yang membuat pernyataan



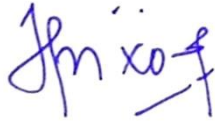
Safira Anastasya Pramiswari
NIM.P17240221018

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Safira Anastasya Pramiswari (P172402221018) dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan pada tanggal

Trenggalek, 22 April 2025

Pembimbing



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

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Safira Anastasya Pramiswari (P17240221018) dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada 09 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep
NIP. 197706042005011013

Anggota Penguji



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

Mengetahui

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Barang siapa belajar sesuatu semata-mata karena Allah, mencari ilmu yang ada Bersama-Nya, maka dia akan menang. Dan barang siapa yang belajar sesuatu karena selain Allah, maka dia tidak akan mencapai tujuannya, juga pengetahuan yang diperolehnya tidak akan membawanya lebih dekat kepada Allah.”

(Hasan al-Basri)

“Hai orang-orang yang beriman, jadikanlah sabar dan shalat sebagai penolongmu, sesungguhnya Allah bersama orang-orang yang sabar”

(Q.S Al-Baqarah:153)

“Libatkan Allah dalam setiap prosesmu, maka nanti Allah akan selalu memudahkan setiap langkahmu”

(Sfrantsya)

PERSEMBAHAN

Allah SWT

Alhamdulillah, segala puji syukur kepada Allah SWT atas rahmat dan karunia-Nya yang telah Engkau berikan pada hamba-Mu sehingga dapat menyelesaikan KTI ini dengan kemudahan dan kelancaran. Sebagai sujud syukurku atas takdirmu telah kau jadika aku manusia yang senatiasa berfikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalankan kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi salah satu langkah awal untuk meraih cita-cita besarku.

Kepada Kedua Orang Tuaku

Ayah, Ibu terimakasih atas semua usaha yang kau berikan untuk anakmu ini. Terimakasih atas usaha, kasih sayang, perhatian, dan dukunganmu yang sangat berarti bagiku. Tidak pernah ada kata lelah untuk membiayai semua kebutuhan kuliahku ini. Karya kecil ini adalah bentuk hadiah kecilku untukmu, bentuk bukti bahwa aku mampu mewujudkan cita-citaku dan impianmu yang sangat menyukai anaknya kuliah di kesehatan.

Ayah, Ibu percayalah aku sangat bangga dan bersyukur telah lahir dari keluarga yang sangat cemara ini. Mempunyai ayah yang tidak mengenal kata lelah untuk mengusahakan apa mauku, ayah yang menjadi sosok benteng pelindungku, dan cinta pertamaku yang aku lihat saat pertama kali lahir. Sangat bersyukur bisa lahir dari rahim ibu peri yang selalu mengajariku untuk bersabar, berkata pelan, dan selalu ingat dengan Allah. Aku juga bangga mempunyai adik, yaitu Adik Albio Desenda Abrilian yang selalu perhatian dan sayang denganku. Selain itu ada kakung, uti, om, dan tante yang selalu mendukung dan bangga atas semua pencapaianku. Sekali lagi aku ucapkan, aku bangga dan bersyukur lahir dari

keluarga cemara dan penuh kehangatan kasih sayang. Ayah, Ibu doakan aku agar bisa menjadi seorang perawat yang baik, dan sukses seperti impianmu saat ini.

Kepada Bapak Ibu Dosen

Kepada Bapak Ibu Dosen terimakasih atas segala bimbingan, bantuan, motivasi serta seluruh nasihat – nasihat dan kesabarannya selama ini, tanpa adanya bimbingan dari bapak ibu dosen tidak akan mungkin terselesaikan karya tulis ilmiah ini. Serta terimakasih atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama saya menjadi mahasiswa di kampus ini.

Kepada Orang Terdekatku

Kepada “**Tiara, Putri, Ajeng, Mifrokhah, Dhimas, Sabrina dan Maria**” terimakasih atas bantuan dan dukungannya untuk mengerjakan tugas akhir ini. Terimakasih sudah menjadi teman sekaligus sahabat yang sangat baik dan sangat mendukungku, semoga kita bisa menjadi orang sukses yang selalu rendah hati.

Teman-Teman Angkatan

Terimakasih kuucapkan kepada teman-teman seperjuangan telah kita lalui bersama dalam suka maupun duka, tangis, canda dan tawa. Kini kita sudah memasuki masa pendewasaan yang mana artinya perjuangan ini dimulai untuk mencapai cita-cita kita. Ingatlah kita pernah berjuang bersama.

Terima Kasih Semuanya.....

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah pada program D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Penulis menyadari dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan selesai tanpa bantuan dan masukan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan terima kasih kepada :

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 D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Kepala Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggara Pendidikan.
3. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

4. Ns. Ixora S.Kep., M.Kep., selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurkan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ns.Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep selaku Ketua Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah.
6. Herdwiasih, A.Md. Kep selaku Kepala Ruang Dahlia yang telah memberi izin untuk melaksanakan penelitian di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo.
7. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kab. Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
8. Seluruh teman – teman yang telah memberikan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kata sempurna, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Trenggalek 2025

Safira Anastasya Pramiswari

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KAB.
TRENGGALEK POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
2025**

ABSTRAK

Oleh : Safira Anastasya Pramiswari

Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Kejang demam merupakan kejang yang disertai dengan peningkatan suhu tubuh lebih dari 38 °C, sehingga mengakibatkan infeksi pada sistem saraf pusat yang berbahaya ketika kejang disertai demam. Peningkatan frekuensi kejang mempengaruhi kerusakan sel otak dan beresiko menyebabkan keterlambatan perkembangan, retardasi mental, dan proses pikir. Tujuan dari penelitian untuk memberikan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam dan menganalisa adanya kesenjangan.

Metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Sumber data yang di dapat yaitu data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi.

Hasil penelitian muncul diagnosa keperawatan hipertermi, dan resiko tinggi terjadinya kejang demam berulang. Intervensi ditulis sesuai dengan teori yang ada. Implementasi dilakukan sesuai dengan kondisi klien, dan sesuai rencana keperawatan. Evaluasi dilakukan selama satu hari dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Catatan perkembangan dilakukan di hari selanjutnya sampai klien keluar dari RS. Berdasarkan hasil analisa, ditemukan kesenjangan pada bagian pengkajian.

Kesimpulan dari penelitian ini klien dengan kejang demam memerlukan pengawasan khusus demi tercapainya kesembuhan secara optimal. Untuk itu penting adanya informasi yang adekuat dan tindakan yang tepat dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien kejang demam.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Kejang Demam, Anak.

**PROGRAM STUDI DIPLOMA 3 KEPERAWATAN KAMPUS KAB.
TRENGGALEK POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
2025**

ABSTARCT

By : Safira Anastasya Pramiswari

***Nursing care for children with febrile seizures in the Dahlia Room of Dr. Soedomo
Trenggalek Hospital*****Introduction**

Febrile seizures are seizures accompanied by an increase in body temperature of more than 38 °C, resulting in an infection of the central nervous system which is dangerous when the seizure is accompanied by fever. Increased frequency of seizures affects brain cell damage and is at risk of causing developmental delays, mental retardation, and thought processes. The purpose of this study was to provide nursing care to children with febrile seizures and analyze the gaps.

The research method used was descriptive qualitative with a case study approach including interviews, observations, and documentation studies. The data sources obtained were primary and secondary data, primary data from interviews and physical examinations, while secondary data from laboratory examination results and documentation.

The results of the study showed a nursing diagnosis of hyperthermia, and a high risk of recurrent febrile seizures. Interventions were written in accordance with existing theories. Implementation was carried out according to the client's condition, and according to the nursing plan. Evaluation was carried out for one day with the nursing diagnosis that emerged. Progress notes were made the following day until the client was discharged from the hospital. Based on the results of the analysis, gaps were found in the assessment section.

The conclusion of this study is that clients with febrile seizures require special supervision in order to achieve optimal recovery. For this reason, it is important to have adequate information and appropriate actions in providing nursing care to clients with febrile seizures.

Keywords : *Nursing care, febrile seizures, children.*

DAFTAR ISI

SAMPUL	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN 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 LAMPIRAN	xviii
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR ISTILAH	xx
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah	5
1.4 Tujuan Penulisan	5
1.4.1 Tujuan Umum	5

1.4.2	Tujuan Khusus	6
1.5	Manfaat Penelitian	6
1.5.1	Manfaat Teoritis Hasil	6
1.5.2	Manfaat praktis	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA		9
2.1	Konsep Kejang Demam	9
2.1.1	Definisi Penyakit	9
2.1.2	Klasifikasi	10
2.1.3	Etiologi	11
2.1.4	Patofisiologis	13
2.1.5	Manifestasi Klinis	16
2.1.6	Komplikasi	18
2.1.7	Pemeriksaan Penunjang	19
2.1.8	Penatalaksanaan	19
2.2	Konsep Anak	20
2.2.1	Definisi Anak	20
2.2.2	Prinsip Keperawatan Anak	21
2.2.3	Paradigma Keperawatan Anak	22
2.2.4	Tumbuh Kembang Anak	25
2.3	Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam	34
2.3.1	Pengkajian	34
2.3.2	Analisis Data	45
2.3.3	Diagnosa Keperawatan	45
2.3.4	Intervensi Keperawatan	53

2.3.5 Implementasi Keperawatan	63
2.3.6 Evaluasi	63
BAB III METODE PENELITIAN	65
3.1 Desain Penelitian	65
3.2 Batasan Istilah	66
3.3 Partisipan	66
3.4 Lokasi Dan Waktu	67
3.4.1 Lokasi Penelitian	67
3.4.2 Waktu Penelitian	67
3.5 Pengumpulan Data	67
3.5.1 Bahan Instrumen	67
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	67
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	68
3.6 Analisis Data	70
3.7 Keabsaan Data	70
3.8 Etika Penelitian	72
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	74
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Pelaksanaan	74
4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian	74
4.1.2 Pengkajian	74
4.1.3 Riwayat Penyakit.....	75
4.1.4 Pola Aktivitas Sehari-hari	79
4.1.5 Pemeriksaan Fisik	81
4.1.6 Pemeriksaan Penunjang.....	84

4.1.7 Penatalaksanaan Terapi Medis	84
4.1.8 Analisa Data	86
4.1.9 Diagnosa Keperawatan.....	87
4.1.10 Intervensi Keperawatan.....	89
4.1.11 Implementasi Keperawatan	92
4.1.12 Evaluasi	94
4.1.13 Catatan Perkembangan	95
4.1.14 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori	98
4.2 Pembahasan	110
4.2.1 Pengkajian Klien	110
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	113
4.2.3 Intervensi	113
4.2.4 Implementasi	115
4.2.5 Evaluasi	116
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	118
5.1 Kesimpulan	118
5.2 Saran	119
DAFTAR PUSTAKA	122
LAMPIRAN	126

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam	14
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Pembimbing	121
Lampiran 2 Lembar Konsultasi Penguji	124
Lampiran 3 Lembar Inform Consent.....	126
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	127
Lampiran 5 Lembar Surat Izin Penelitian Akademik	128
Lampiran 6 Lembar Surat Izin Penelitian Rumah Sakit	129
Lampiran 7 Lembar Pengkajian Format Askep Anak.....	130

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Perkembangan Anak	31
Tabel 4.1 Pengkajian.....	74
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	75
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari	79
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	81
Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang	84
Tabel 4.6 Analisa Data	86
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	87
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan.....	89
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan.....	92
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan.....	94
Tabel 4.11 Catatan Perkembangan.....	95
Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori.....	98

DAFTAR ISTILAH

<i>Antipiretik</i>	: Mencegah demam
<i>Bronkitis</i>	: Radang selaput saluran bronkial, yang membawa udara dari paru-paru
<i>Compos metis</i>	: Kesadaran penuh
<i>Disgenesis</i>	: Perkembangan organ yang tidak normal selama pertumbuhan dan perkembangan embrionik.
<i>Edema</i>	: Cairan yang biasanya di rongga paru-paru atau ekstermitas bawah karena volume air yang berlebihan
<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>	: Kondisi dimana ada mikroorganisme atau benda asing yang masuk ke dalam tubuh dan menimbulkan penyakit tertentu.
<i>Imunisasi</i>	: Upaya pencegahan penyakit menular dengan memberikan vaksin sehingga terjadi kekebalan terhadap penyakit tersebut
<i>Inkontinensia</i>	: Kehilangan control kandung kemih, yang bervariasi mulai keluarnya sedikit urine saat bersin, batuk, atau tertawa sehingga tidak dapat menahan kencing.
<i>Letargi</i>	: Keadaan lemah badan dan tidak ada dorongan
<i>Meningitis</i>	: Radang selaput otak
<i>Otitis Media Akut</i>	: Infeksi yang terjadi pada telinga tengah.
<i>Prognosis</i>	: Ramalan tentang peristiwa yang terjadi terkait dengan penyakit atau penyembuhan setelah dilakukan tindakan pengobatan.
<i>Prenatal</i>	: Periode awal perkembangan manusia yang dimulai sejak konsepsi.

<i>Postnatal</i>	: Setelah kelahiran.
<i>Ronkhi</i>	: Suara nafas tambahan yang bernada rendah karena adanya penyumbatan pada jalan nafas
<i>Sianosis</i>	: Kebiruan
<i>Tonsilitis</i>	: Peradangan pada dua bantalan jaringan bentuk oval di belakang tenggorokan.
<i>Tonik-Klinik</i>	: Salah satu penyakit kejang terhadap epilepsy yang dimulai dengan adanya kontraksi otot secara tiba-tiba
<i>Tympani</i>	: Perut kembung yang biasanya terdengar seperti berisi udara saat diketuk.

DAFTAR SINGKATAN

<i>WHO</i>	: World Health Organization
<i>RSUD</i>	: Rumah Sakit Umum Daerah
<i>ILAE</i>	: The International League Against Epilepsy
<i>ISPA</i>	: Infeksi Saluran Pernafasan Akut
<i>KDS</i>	: Kejang Demam Simpleks
<i>KDK</i>	: Kejang Demam Kompleks
<i>EEG</i>	: Elektro Ensefalografi
<i>BAB</i>	: Buang Air Besar
<i>BAK</i>	: Buang Air Kecil
<i>DPT</i>	: Difteri, Pertusis, dan Tetanus

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses pelayanan keperawatan yang meliputi pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan yang terakhir evaluasi. Penyakit yang sering dijumpai pada anak yaitu kejang demam atau *febrile convulsion* yang mana terjadi kejang karena kenaikan suhu tubuh lebih dari 38°C (Fitriana, 2021). Menurut waktu masa anak-anak dimulai dari usia 2 sampai 6 tahun (Murni, 2017). Kejang demam merupakan penyakit yang umum terjadi pada anak usia 6 bulan-5 tahun. Kejang demam didefinisikan oleh *The International League Against Epilepsy (ILAE)* sebagai kejang yang terjadi pada masa kanak-kanak setelah usia satu bulan, berhubungan dengan penyakit demam yang tidak disebabkan oleh infeksi sistem saraf pusat, tanpa adanya kejang neonatal sebelumnya atau penyakit sebelumnya yang tidak beralasan. Kejang demam merupakan suatu kejadian yang berkaitan dengan peningkatan suhu tubuh pada anak di sistem saraf pusat, dan tidak ada hubungannya dengan kejang simtomatik yang lain, umumnya terjadi pada anak usia diatas 1 bulan (Kusyani, 2022). Kejang demam atau *febrile convulsion* merupakan suatu kelainan ekstrakranial yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh yaitu diatas 38°C (Kusyani, 2022). Umumnya suhu normal pada anak-anak berkisar antara 36,6-37°C, sehingga jika suhu tubuh anak melebihi 36,6-37°C maka dikatakan demam. Di Indonesia kejang demam paling banyak terjadi di usia 18 bulan (Dewi, 2021). Sebagian besar kejang demam tidak mengakibatkan penurunan IQ, kematian,

dan epilepsy. Namun kejang demam berulang biasanya terjadi karena tingkat kecemasan dan ketakutan pada keluarga. Demam tinggi ialah penyebab kejang yang sering dialami anak serta mempunyai prognosis baik, infeksi sistem saraf pusat merupakan diagnosis deferensial yang berbahaya ketika kejang disertai demam, umumnya terjadi pada balita serta usia 14 hingga 18 bulan (Kusyani, 2022). Pada umumnya kejang demam tidak lebih dari 5 menit, namun kejang dapat berlangsung lebih lama dan sulit untuk berhenti.

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2023 diperkirakan jumlah anak mengalami kejang demam di dunia lebih dari 18,3 juta. Kejang demam di Amerika diperkirakan meningkat 4-5%, sedangkan angka kejadian kejang demam tertinggi di Asia berada di Guam yaitu 14%, India 5-10%, dan Jepang 6- 9%. Persentase angka kejadian demam di bawah umur 4 tahun berkisar 3-4 % dan setelah usia 4 tahun, persentase angka kejadian demam sekitar 6- 15 % (Aprilia, 2022). Angka kejadian kejang demam pada anak di Asia pada tahun 2023 mencapai 8,3-9,9%. Menurut data riskesdas tahun 2019 jumlah kejang demam di Indonesia sebanyak 14.252 kasus. Sedangkan pada tahun 2021 sebesar 5%. Di Jawa Timur penderita kejang demam pada tahun 2021 sebesar 2-3% dari 100 anak dan menjadi penyebab kematian anak umur 1-5 tahun (Widyanto, 2023). Di Kabupaten Trenggalek berdasarkan data yang diperoleh data kasus kejang demam di Ruang Dahlia (ruang anak) di RSUD Soedomo pada 10 Februari - 12 April 2025 terdapat 20 kasus klien dengan kejang demam (Data Ruang Dahlia RSUD dr.Soedomo Tahun 2025). Sehingga dapat disimpulkan bahwa terjadi peningkatan kasus kejang demam secara signifikan.

Pemicu utama kejang demam adalah demam itu sendiri. Faktor genetic memiliki pengaruh besar terhadap kejadian kejang demam, karena berdasarkan hasil penelitian anak memiliki risiko 6,09 kali lebih besar untuk kembali mengalami kejang demam apabila memiliki riwayat kejang demam di keluarga. Penyebab kejang demam terbanyak karena infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) yang mencapai 80% dari seluruh anak yang mengalami kejang demam. Berdasarkan studi kejang demam lama berkaitan dengan peningkatan risiko kejang demam berulang, epilepsy, dan FSE (*febrile status epilepticus*). Apabila anak sering kejang, akan semakin banyak sel otak yang rusak dan mempunyai risiko menyebabkan keterlambatan perkembangan, retardasi mental, kelumpuhan dan juga sebanyak 2-10% dapat berkembang menjadi epilepsy (Setiawati, 2020). Kejang demam disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam diantaranya yaitu infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti otitis media akut, bronkitis dan tonsilliti (Rosa, 2020). 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 kejang demam bisa dilakukan secara farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologis seperti memberikan obat antipiretik dan

antikonvulsan. Pemberian antipiretik tanpa disertai pemberian antikonvulsan atau diazepam dosis rendah tidak efektif untuk mencegah timbulnya kejang demam berulang. Pemberian obat antikonvulsan jangka panjang dapat mencegah timbulnya epilepsi maupun cacat neurologis akibat kejang demam. Sedangkan tindakan non farmakologis dengan memberikan minuman yang banyak, ditempatkan dalam ruangan bersuhu normal, menggunakan pakaian yang tidak tebal, dan memberikan kompres hangat (Windawati, 2020). Pemberian kompres hangat dan tepid sponge efektif dalam menurunkan suhu tubuh, namun penelitian menjelaskan bahwa tepid sponge jauh lebih efektif dikarenakan menggunakan metode seka sehingga mempercepat vasodilatasi pembuluh darah perifer sehingga mempercepat proses evaporasi (Eltrikanawati, 2022). Oleh sebab itu, pentingnya edukasi dalam penatalaksanaan kejang demam pada anak yang dilakukan kepada orangtua, sehingga dapat meningkatkan pengetahuan orangtua dalam penanganan kejang demam, dengan melibatkan peran serta tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanannya (Eltrikanawati, 2022). Menurut penelitian yang dilakukan (Eltrikanawati, 2022) menyatakan bahwa merekomendasikan intervensi ketika anak mengalami kejang demam seperti memalingkan atau memiringkan kepala ke satu sisi, menempatkan anak pada tempat yang datar, memberikan diazepam rektal, serta orang tua bersikap tenang. Berdasarkan uraian pada latar belakang masalah tersebut, maka penulis mengambil kasus tentang masalah keperawatan

**“Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada Anak di Ruang
Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah merupakan aspek kasus yang dibatasi dalam ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga peneliti lebih focus pada masalah yang diteliti. Masalah pada penelitian ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada Anak di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan pernyataan peneliti yang umumnya ditulis dalam bentuk kalimat tanya, pernyataan akan menjadi arah kemandirian peneliti dibawa, dan apa saja yang ingin dikaji dari peniliti. Berdasarkan latar belakang masalah diatas, penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Kejang Demam Pada Anak di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan kejang demam pada anak serta menganalisa kesenjangan antara fakta dan teori di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat pada anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisa kesenjangan antara teori yang ada dengan fakta yang terjadi pada anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam meningkatkan ilmu keperawatan terutama pada ilmu keperawatan anak yang berhubungan dengan asuhan keperawatan pada anak dengan *Kejang Demam*.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat berguna sebagai bahan masukan serta evaluasi dalam peningkatan kualitas pelayanan pada klien dengan kejang demam dan dapat memberikan perawatan pada klien dengan *Kejang Demam* secara optimal dalam rangka peningkatan kesembuhan klien.

2) Bagi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam memberikan asuhan keperawatan serta dalam melakukan proses keperawatan terutama pada perawatan klien yang berhubungan dengan *Kejang Demam*, serta dapat berguna sebagai dokumentasi dan bahan bacaan juga bahan referensi guna menambah wawasan mahasiswa Program Diploma Keperawatan.

3) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini merupakan hasil pengalaman ilmiah yang dapat digunakan sebagai bahan dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta keterampilan mengenai asuhan keperawatan pada klien dengan *Kejang Demam*.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini dapat berguna dalam memberikan informasi dan masukan serta motivasi untuk kesembuhan klien dengan *Kejang Demam*.

5) Bagi Penelitian Yang Akan Datang

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.

BAB II

TINJAUAN TEORI

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Kejang demam atau *febrile convulsion* merupakan bangkitan yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (38°C) pada anak sehingga mengakibatkan kejang yang disebabkan oleh suatu proses ektrakranium yang terjadi diluar sistem saraf pusat atau otak. Kejang demam banyak terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 22 bulan. Sedangkan insiden bangkitan kejang demam tertinggi pada usia 18 bulan (Maghfirah, 2022).

Kejang dapat diartikan sebagai perubahan fungsi otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktifitas yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebal yang sangat berlebihan. Kejang demam merupakan tipe kejang yang mayoritas ditemukan pada masa kanak-kanan (Indrayati, 2019). Demam diartikan sebagai suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang (Maghfirah, 2022).

Kejang demam merupakan suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat menyebabkan aktivitas otak menjadi abnormal serta adanya

pelepasan listrik serebal yang sangat berlebihan. Kejang demam merupakan kejang yang terjadi karena kondisi demam tetapi tanpa disertai adanya infeksi atau ketidakseimbangan elektrolit akut (Casman, 2023). Kejang demam juga merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, otak pada anak sangat rentang terhadap peningkatan suhu tubuh yang tinggi secara mendadak sehingga nantinya bisa menyebabkan terjadinya kejang demam pada anak (Tampake, 2023).

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Kusyani (2022) kejang demam dibagi menjadi dua jenis, diantaranya yaitu kejang demam simpleks (KDS) dan kejang demam kompleks (KDK) :

1) Kejang Demam Simpleks

Kejang Demam Simpleks atau *Simple Febrile Seizure* (80%) berdurasi tidak lebih dari 15 menit, bersifat umum, bentuk kejang demam *Tonik-klinik* atau klonik, akan berhenti sendiri, tanpa gerakan fokal, dan tidak berulang dalam waktu 24 jam.

2) Kejang Demam Kompleks

Kejang Demam Kompleks atau *Complex Febrile Seizure* (20%) durasinya lebih dari 15 menit, anak menjadi tidak sadar, kejang terjadi pada area otak saja, serta kejang berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam.

Menurut proses terjadinya, kejang demam ada 2 jenis, intrakranial dan ekstrakrania. Intrakranial disebabkan karena trauma atau

perdarahan ventrikuler, serta infeksi akibat virus, parasit, bakteri, dan bisa karena kelainan kongenital misal pembesaran pada otak, kelainan disgenesis. Sedangkan ekstrakranial disebabkan karena adanya gangguan metabolik misalnya kekurangan ataupun kelebihan kalium dalam darah, kekurangan kadar magnesium dalam darah, gangguan kadar elektrolit dalam tubuh (natrium dan kalium) pada pasien yang memiliki riwayat diare, keracunan, bius lokal, penghentian pemberian obat, kelainan kongenital karena kekurangan obat peridoksin sehingga menyebabkan gangguan asam basa atau ketergantungan. Pengelompokkan tidak lagi berdasar kejang demam simpleks dan epilepsi yang distimulus demam lain halnya dipisah selaku pasien yang membutuhkan serta tidak membutuhkan penyembuhan rumat (Perdana, 2022).

2.1.3 Etiologi

Penyebab kejang demam yang paling sering yaitu, infeksi virus saluran pernapasan atas, roseola, dan otitis media akut (Arvin, 2018). Infeksi virus atau bakteri yang berkaitan dengan hipertermi dapat mengakibatkan peningkatan suhu tubuh (Kusyani, 2022). Penyebab lain dari kejang demam meliputi, hipoglikemi, hypoksia, infeksi sistem saraf pusat, racun, epilepsy, gangguan metabolic, cacat perkembangan, dan trauma kepala (Kurniati, 2018).

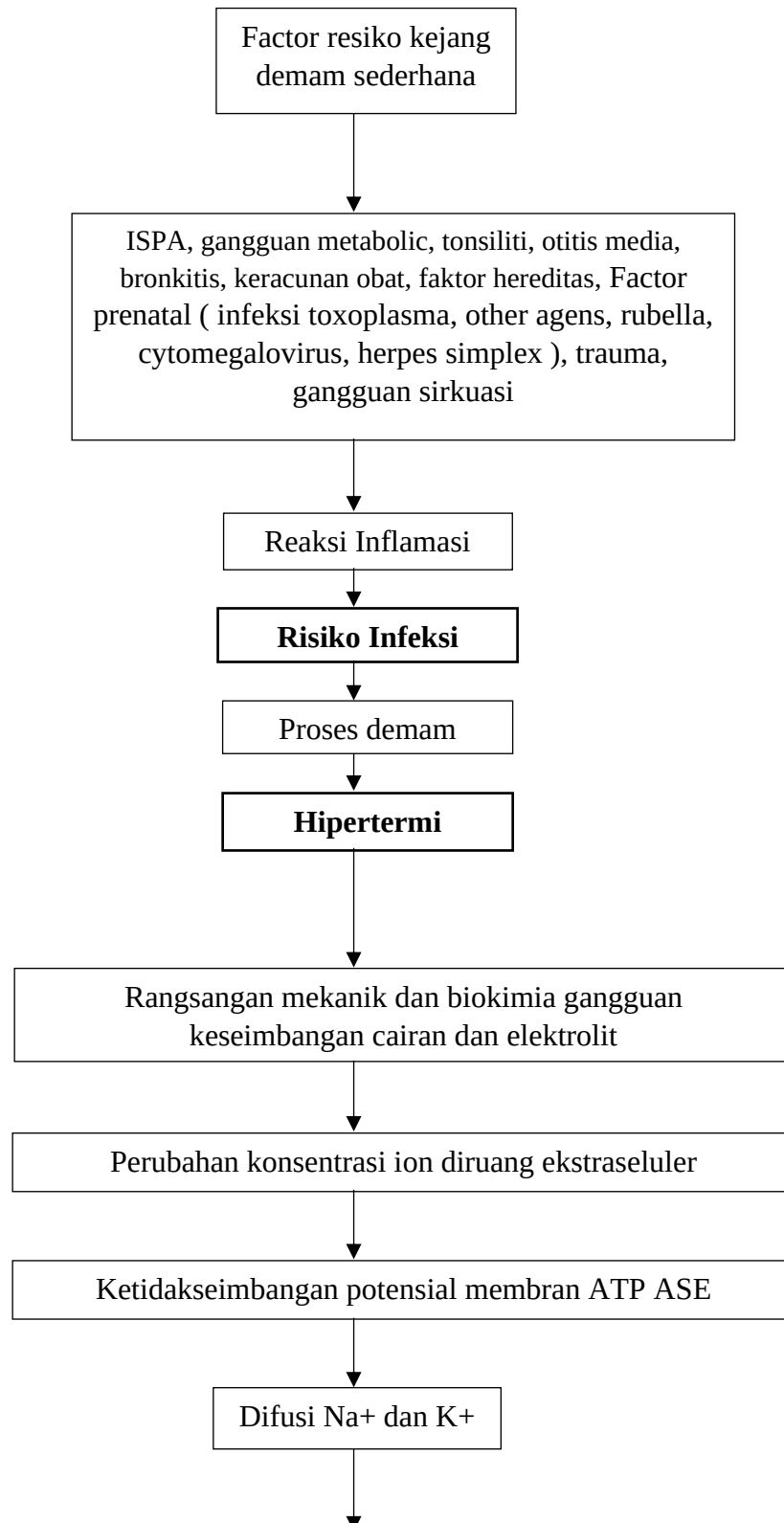
Menurut Nurarif (2016) penyebab kejang demam antara lain:

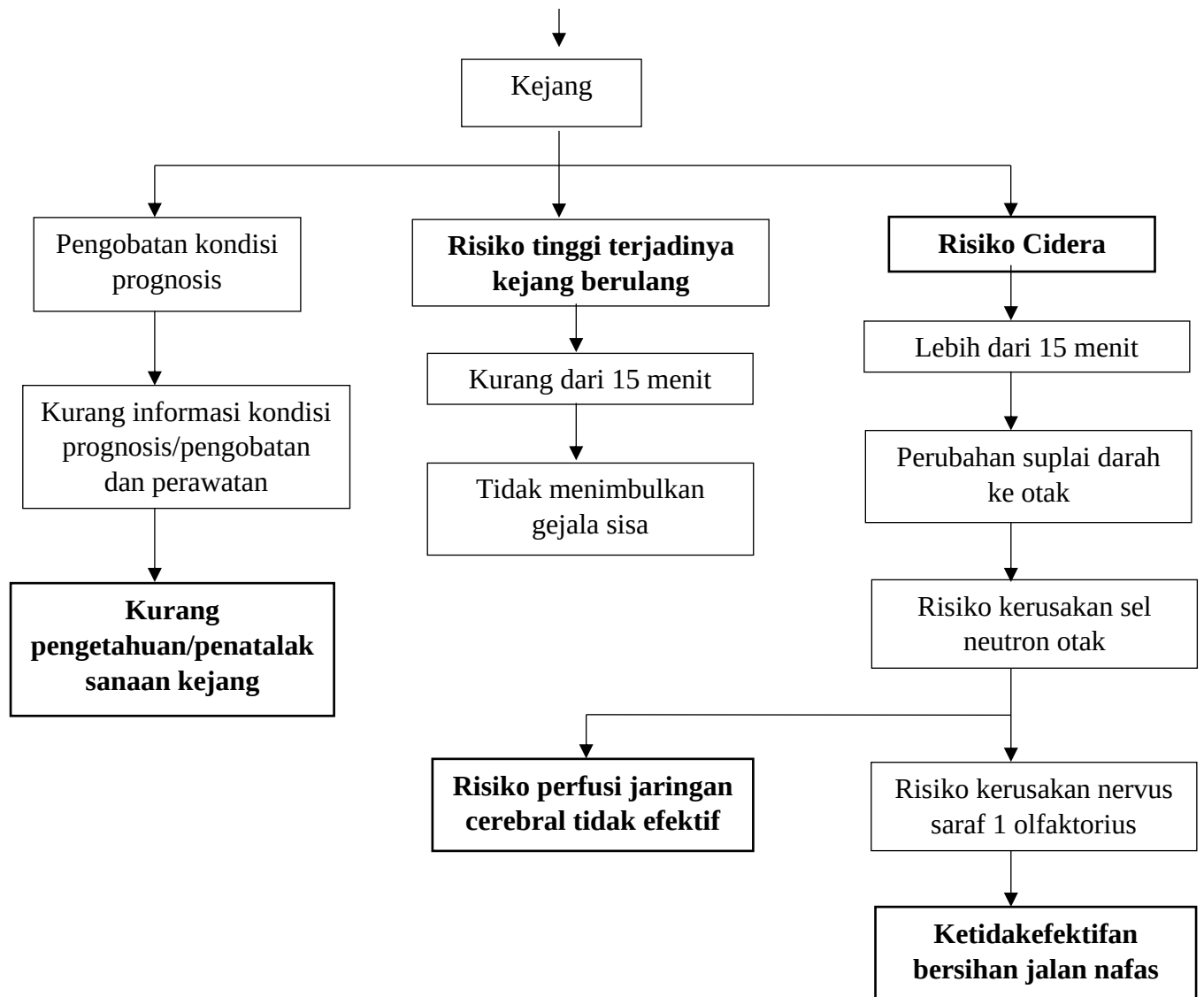
1. Riwayat keluarga dengan kejang

2. Anak usia kurang dari 18 bulan
3. Jika suhu tubuh meningkat sebelum kejang terjadi, maka kemungkinan risiko kejang demam berulang makin kecil.
4. Semakin singkat jarak kenaikan suhu tubuh dengan kejang, maka risiko kejang demam berulang semakin besar.

2.1.4 Patofisiologi

1) Pathway Kejang Demam





Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam

2. Uraian Patofisiologi

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 ditangani 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 neuron otak dan muncul diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan cerebral. Dari resiko kerusakan sel neuron otak dapat menimbulkan resiko kerusakan nervus saraf 1 olfaktorius sehingga dapat muncul diagnosa keperawatan ketidak efektifan bersihan jalan nafas.

2.1.5 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Sulastien (2022) dapat ditemukan pada anak dengan kejang demam sebagai berikut :

- 1) Suhu tubuh anak $>38^{\circ}\text{C}$.
 - a) Salah satu tanda gejala yang sering terjadi yaitu suhu tubuh lebih dari 38°C sehingga memunculkan masalah keperawatan hipertermi.
 - (1) Tanda gejala pada masalah keperawatan Hipertermi dan Resiko Infeksi
 - (a) Suhu tubuh lebih dari 38°C
 - (b) Kulit pucat atau kemerahan
 - (c) Menggigil
- 2) Anak sering hilang kesadaran saat kejang
 - b) Pada saat kejang maka timbul ketidakseimbangan membran ATP dan ASE, sehingga terjadi disfungsi Na^{+} dan K^{+}

(2) Tanda gejala yang terjadi pada masalah keperawatan Risiko Tinggi Terjadi Kejang Berulang dan Risiko Cedera, apabila:

- (a) Kejang lebih dari 15 menit
- (b) Memposisikan anak pada tempat yang tidak rata
- (c) Kaku pada otot otot tubuh
- (d) Adanya infeksi pada bagian otak, seperti meningitis

3) Infeksi virus saluran pernafasan

- c) Virus saluran pernafasan pada saat kejang bisa mudah masuk dalam tubuh anak, karena infeksi virusnya mudah berkembang biak dan menimbulkan proses penyakit.

(3) Tanda gejala lain yang terjadi pada masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, apabila:

- (a) Pada saat terjadi kejang namun anak tidak segera dimiringkan, maka akan menyebabkan terjadi sedakan atau muntahan
- (b) Tidak segera membebaskan jalan nafas, sehingga mengakibatkan risiko kerusakan nervus saraf penciuman
- (c) Adanya infeksi virus saluran akut

Manifestasi klinis lain menurut Apriany (2023) yang sering muncul pada anak diantaranya yaitu: Gerakan spontan dengan kedua tangan menggenggam ke atas kepala dan terlihat seperti “kelojotan” dengan mata yang tampak seperti terbalik ke atas.

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi kejang demam diantaranya yaitu :

1) Kerusakan neurotransmitter

Lepasnya muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas keseluruhan sel ataupun membran sel yang menyebabkan kerusakan pada neuron

2) Epilepsi

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

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

5) Kematian yang tidak terduga

6) Asma

7) Ensefalopati

Kelompok penyakit yang menyebabkan kerusakan atau malfungsi otak pada anak (Samanta, 2024).

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mencari penyebab kejang demam atau menyingkirkan infeksi susunan saraf pusat (SSP). Pemeriksaan penunjang meliputi pemeriksaan laboratorium, fungsi lumbal, *elektroen sefalografi (EEG)*, dan pencitraan (Apriany, 2023).

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan yaitu pemeriksaan darah rutin (kadar hemoglobin, hematocrit, leukosit, dan trombosit), elektrolit, disertai gula darah.

2) Fungsi Lumbal

Terdapat tanda rangsang meningeal, adanya kecurigaan infeksi SSP (susunan saraf pusat), dipertimbangkan pada anak yang telah mendapat antibiotik dengan kecurigaan kearah meningitis.

3) Pemeriksaan Rekaman *Eletroen Sefalografi EEG*

Dilakukan pada kejang demam fokal atau kejang demam kompleks yang sering berulang.

2.1.8 Penatalaksanaan

Prinsip penanganan kejang demam antara lain:

- 1) Memberantas kejang secepat mungkin. Bila pasien datang dalam keadaan status convulsi, obat pilihan utama yaitu diazepam. Bisa diberikan per-rektal apabila belum ada akses vena.
- 2) Baringkan klien pada tempat yang rata dan jangan melawan gerakan klien saat kejang.
- 3) Bila klien muntah miringkan klien untuk mencegah aspirasi ludah atau muntahan.
- 4) Bebaskan jalan napas dengan segera:
 - (a) Buka seluruh pakaian klien
 - (b) Pasang tongue spatel atau oropharyngeal (guedel/mayo) sesuaikan ukuran pada anak.
 - (c) Bersihkan jalan napas dari lendir dengan suction atau manual dengan cara finger sweep dan posisikan kepala head tilt-chin lift (jangan menahan bila sedang dalam keadaan kejang).
- 5) Oksigenasi segera secukupnya.
- 6) Observasi ketat tanda-tanda vital.
- 7) Observasi ketat kesadaran.
- 8) Kompres hangat.
- 9) Memberikan cairan yang cukup bila kejang berlangsung cukup lama (>10 menit) melalui akses intravena (Sulastien, 2022).

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Pengertian Anak

Pengertian anak menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 sebagai berikut, dikatakan anak yaitu seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang dimulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain/oddler (1-2,5 tahun), pra sekolah 2,5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan yang lain mengingat latar belakang anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola coping dan perilaku sosial (Hidayat, 2005).

2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak

Menurut Ferasinta (2021) Prinsip Keperawatan Anak diantaranya yaitu :

- 1) Anak bukan miniature orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- 2) Anak sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik,

anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain-lain, sedangkan kebutuhan psikologis, social dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.

- 3) Pelayanan keperawatan anak berorientasi pada upaya pencegahan penyakit dan peningkatan derajat kesehatan yang bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian pada anak.
- 4) Keperawatan anak merupakan disiplin ilmu kesehatan yang berfokus pada kesejahteraan anak sehingga perawat bertanggung jawab secara komprehensif dalam memberikan asuhan keperawatan anak. Dalam mensejahterakan anak maka keperawatan selalu mengutamakan kepentingan anak dan upayanya tidak terlepas dari peran keluarga sehingga selalu melibatkan keluarga.
- 5) Praktik keperawatan anak mencakup kontrak dengan anak dan keluarga untuk mencegah, mengkaji, mengintervensi dan meningkatkan kesejahteraan hidup, dengan menggunakan proses keperawatan yang sesuai dengan aspek moral (etik) dan aspek hukum (legal).
- 6) Tujuan keperawatan anak dan keluarga yaitu untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak

dan remaja sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak yaitu dengan cara selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.

- 7) Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak .

2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak

1) Manusia (Anak)

Anak merupakan manusia yang berumur antara 0 sampai 18 bulan, yang sedang bertumbuh kembang. Anak-anak memperoleh kognitif, konsep diri, strategi coping, dan perilaku sosial sepanjang perkembangan mereka, dimana setiap anak mungkin berbeda satu sama lainnya. Pada anak, respon emosional terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia anak dan tingkat pencapaian tugas perkembangan. Setiap anak berhak mendapatkan pelayanan secara individual serta masih bergantung dengan orang lain dan lingkungannya (Natalia, 2023).

2) Konsep Sehat Sakit

Rentang sehat-sakit dapat dipakai sebagai alat ukur dalam menilai status kesehatan yang dapat bersifat dinamis setiap waktu. Selama dalam rentang tersebut, anak membutuhkan

bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung dengan melakukan bimbingan antisipasi pada orang tuanya. Misalnya anak dalam rentang sehat, maka upaya perawat dalam meningkatkan derajat kesehatannya seperti pelayanan imunisasi atau peningkatan pengetahuan tentang kebersihan perseorangan dan gizi yang memenuhi syarat kesehatan. Begitupun sebaliknya ketika anak dalam kondisi kritis atau meninggal, maka perawat juga memberikan bantuan dan dukungan kepada keluarga yang ditinggalkan (Natalia, 2023).

3) **Lingkungan**

Dalam paradigma keperawatan anak, lingkungan yang dimaksud ialah lingkungan internal dan eksternal yang memiliki peran dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti saat anak lahir dengan kelainan bawaan, genetik (keturunan), jenis kelamin, intelektual, emosi, dan adanya predisposisi atau resistensi terhadap penyakit, maka dikemudian hari terdapat perubahan status kesehatan mental yang cenderung sakit. Perkembangan anak dipengaruhi rangsangan terutama dari lingkungan eksternal, yaitu lingkungan yang aman, peduli, dan penuh dengan kasih sayang. Lingkungan eksternal diantaranya gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya, disiplin yang diterapkan orang tua, agama, budaya, status sosial-ekonomi, iklim, cuaca sekitar. lingkungan fisik/biologis baik rumah maupun sanitasi di

sekelilingnya dan masyarakat akan memengaruhi status kesehatan anak (Natalia, 2023).

4) **Keperawatan**

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. (Damanik, 2019)

2.2.4 **Tumbuh Kembang Anak**

1) **Pengertian Pertumbuhan**

Pertumbuhan (*growth*) merupakan perubahan yang terjadimasalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, *pound*, kilogram), ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolic (retensi kalsium dan nitrogen tubuh) (Soetjiningsih, 2022).

2) **Pengertian Perkembangan**

Perkembangan (*development*) merupakan bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih

kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya (Soetjiningsih, 2022).

3) Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

a) Faktor Genetik

Faktor genetik merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang anak. Faktor genetik ditentukan oleh pembawa faktor keturunan (gen) yang terdapat dalam sel tubuh. Gen akan diwariskan orang tua mempunyai anak yang posturnya menyerupai dirinya. Sebaliknya, orang tua yang bertubuh kecil akan memiliki anak yang tubuhnya relatif kecil pula. Hal tersebut disebabkan oleh gen yang diturunkan orang tua kepada anaknya (Widyastuti, 2020).

b) Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang berperan pada proses pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dapat beraneka ragam, antara lain tempat tinggal, lingkungan pergaulan, sinar matahari yang diterima, status gizi, tingkat kesehatan orang tua, serta tingkat emosi dan latihan fisik. Lingkungan ini merupakan lingkungan “bio-fisiko-psiko-sosial” yang

mempengaruhi individu setiap hari, mulai dari konsepsi sampai akhir hayatnya.

- (1) Lingkungan pranatal (faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan). Faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi gizi ibu pada waktu hamil. Faktor mekanis, toksin atau zat kimi, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.
- (2) Lingkungan postnatal (lingkungan setelah lahiran)
 - (a) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
 - (b) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah, dan radiasi.
 - (c) Lingkungan psikososial meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
 - (d) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah keluarga, kepribadian orang tua (Soetjiningsih, 2022).
 - (e) Faktor kesehatan, status kesehatan dapat berpengaruh pada pencapaian tumbuh kembang. Pada anak dengan kondisi tubuh sehat, percepatan untuk tumbuh kembang sangat mudah dan sebaliknya ada anak dengan

kondisi kurang baik, percepatan tumbuh kembang akan sulit.

4) **Tahap-Tahap Tumbuh Kembang Manusia**

Menurut Soetjiningsih (2023) proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap antara lain yaitu :

a) Masa prenatal atau masa intra uterin (masa janin dalam kandungan)

Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:

- 1) Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
- 2) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovurn yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.
- 3) Masa janin fetus, dibagi menjadi 2 periode yaitu :
 - (a) Masa fetus dini sejak kehamilan usia 9 minggu sampai trimester ke 2
 - (b) Masa fetus lanjut pada trimester akhir kehamilan.

b) Masa bayi (*Infancy*) umur 0-11 bulan.

Masa bayi dibagi menjadi 2 periode:

- 1) Masa neonatal, umur 0-28 hari.
- Pada masa ini terjadi adaptasi terhadap lingkungan dan terjadi perubahan sirkulasi darah serta mulai berfungsinya organ-organ. Masa neonatal dibagi menjadi dua periode:

(a) Masa neonata/dini, umur 0-7 hari.

(b) Masa neonata/lanjut, umur 8-28 hari

2) Masa post neonatal, umur 29 hari sampai 11 bulan.

Pada masa ini terjadi pertumbuhan yang pesat dan proses pematangan berlangsung secara terus-menerus terutama meningkatnya fungsi sistem saraf. Selain itu untuk menjamin berlangsungnya proses tumbuh kembang optimal, bayi membutuhkan pemeliharaan kesehatan yang baik termasuk mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan, diperkenalkan pada makanan pendamping ASI sesuai dengan umurnya, mendapatkan imunisasi sesuai jadwal serta mendapatkan pola asuh yang sesuai. Masa ini juga masa dimana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

c) Masa anak *toddler* (umur 1-3 tahun)

Hockenberry (2019) menyebut bahwa *toddler* mengacu pada anak usia kurang 1 tahun-3 tahun atau sering disebut dengan masa kanak-kanak awal (*early preschool age*). Pada masa ini anak mampu berjalan tegak, mulai mengamati benda, menggunakan ibu jari dan telunjuk untuk memegang suatu benda. Anak mampu meniru dan mengenal responsif orang lain, mampu mengkombinasi kata-kata, serta mampu menggosok gigi dan memakai baju sendiri (Hermalinda, 2024).

d) Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun)

Menurut Hockenberry (2019) istilah lain kelompok usia ini yaitu later preschool age. Dimana mereka mampu berdiri dengan satu kaki, mampu menggambar orang, menggambar 2 atau 3 bagian, menirukan berbagai bunyi kata, serta sudah mengenali anggota keluarga, dan cemas terhadap perpisahan (Hermalinda, 2024).

e) Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada usia ini anak mengalami peningkatan keterampilan fisik, kemampuan intelektual, dan fantasi. Beberapa masalah sudah mampu diatasi sendiri, sudah mulai mempunyai rasa tanggung jawab dan percaya diri, dan aktivitas fisik semakin tinggi untuk memperkuat kemampuan motorik (Suryati, 2024).

f) Masa anak usia remaja (12-18 tahun)

Pada masa ini anak akan mengalami masa pubertas. Pada anak laki-laki ditandai dengan tumbuhnya rambut pubis, ukuran penis dan testis mulai membesar. Sedangkan pada anak perempuan perubahan ukuran buah dada dan mulai tumbuhnya rambut pubis. Masalah fisik yang mengganggu psikologis anak remaja biasanya jerawat, perubahan bentuk tubuh, adanya kelainan tulang, infeksi, defisiensi zat besi, obesitas dan kenakalan remaja. Sehingga peran orang tua sangat diperlukan karena masa remaja merupakan masa krisis identitas (Hermalinda, 2024).

Tabel 2.1 Perkembangan Anak Usia 1 – 5 tahun

Bulan	Perkembangan Kognitif	Perkembangan Motorik	Perkembangan Personal-Sosial	Perkembangan Bahasa
0-3 bulan	a. Mulai mengembangkan konsep, misalnya menjadi sadar akan sensasi fisik seperti rasa lapar, b. Melakukan kontak mata dan menangis untuk menunjukkan kebutuhan, c. Senang bermain, d. Memasukkan mainan kedalam mulut.	a. Mengangkat kepala setinggi 45° dan dada ditumpu lengan pada waktu tengkurap b. Menggerakkan kepala dari kiri/kanan ke tengah	a. Mulai tersenyum, membalas senyuman b. Melihat dan menatap wajah c. Berteriak bila senang d. Merasa senang pada orang yang sudah dikenal	a. Respon terhadap suara b. Ketertarikan sosial terhadap wajah dan orang c. Menoleh ke arah pembicara
3-6 bulan	a. Meningkatkan minat terhadap lingkungan b. Menunjukkan minat pada mainan c. Berusaha meraih benda yang jaraknya jauh	a. Berbalik dari tengkurap ke telentang b. Mengangkat kepala setinggi 90o c. Mempertahankan posisi kepala tetap tegak dan stabil	a. Lebih menyukai ibu b. Tersenyum spontan c. Suka tertawa keras d. Menyukai cermin e. Berceloteh f. Tersenyum spontan	a. Respon terhadap suara b. Babbling (mengulang konsonan/kombinasi vokal)
6-9 bulan	a. Makan kue sendiri b. Bermain tepuk tangan/cilikba c. Bergembira dengan melempar benda d. Mencari mainan	a. Duduk sendiri b. Belajar berdiri c. Merangkak meraih mainan	a. Menyukai ibu b. Senang bercemin c. Makan kue sendiri d. Bermain tepuk tangan e. Mengambil sesuatu dan dibawa kemulut	a. Respon terhadap suara b. Babbling (mengulang konsonan/kombinasi vocal) c. Memahami perintah verbal

9-12 bulan	a. Menemukan benda yang disembunyikan b. Menirukan gerakan tubuh dengan mudah c. Memasukkan benda ke mulut d. Bermain bola yang simpel	a. Mengangkat badannya ke posisi berdiri b. Belajar berdiri selama 30 detik c. Dapat berjalan dengan dituntun	a. Berespon bila Namanya dipanggil b. Senang diajak bermain ciluk ba c. Menunjukkan kasih sayang	a. Memahami perintah verbal b. Menunjuk
12-18 bulan	a. Membedakan bentuk dan warna b. Memberi respons terhadap instruksi sederhana c. Dapat menemukan objek yang ditemukan	a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan b. Membungkuk untuk memungut mainan kemudian berdiri Kembali c. Berjalan mundur 5 langkah	a. Bermain sendiri didekat orang dewasa b. Menunjukkan apa yang diinginkan dengan menangis/merengek c. Memeluk orang tua d. Memperlihatkan rasa cemburu/bersaing	a. Memproduksi kata-kata tunggal b. Menunjuk bagian-bagian tubuh c. Memahami kata-kata tunggal
18-24 bulan	a. Menggelindingkan bola ke arah sasaran b. Menirukan pekerjaan rumah tangga c. Memegang cangkir sendiri d. Mengetahui bagian – bagian tubuh	a. Berdiri sendiri tanpa berpegangan selama 30 detik b. Berjalan tanpa terhuyung-huyung	a. Minum dari cangkir dengan kedua tangan b. Belajar makan sendiri c. Mampu melepas sepatu dan kaos kaki d. Belajar bernyanyi e. Meniru aktivitas dirumah f. Muncul control buang air kecil g. Mampu mengontrol buang air besar	a. Memahami kalimat sederhana b. Mengucapkan kalimat yang terdiri dari 2 kata/lebih
24-36 bulan	a. Dapat menunjuk satu atau lebih bagian tubuhnya Ketika ditanya	a. Jalan menaiki tangga sendiri b. Dapat bermain dan menendang bola kecil	a. Menunjukkan kemarahan jika terhalang b. Mampu dengan baik minum dari cangkir	a. Pengertiannya bagus terhadap percakapan yang sudah familiar pada keluarga

	b. Menggabungkan 2-3 kata menjadi kalimat c. Menggunakan nama sendiri untuk menyebutkan dirinya		c. Makan nasi sendiri tanpa banyak tumpah d. Melepas pakaian sendiri e. Mampu bermain pura-pura	b. Percakapan melalui tanya jawab
36-48 bulan	a. Mengenal 2-4 warna b. Menyebutkan nama, umur, tempat tinggal c. Mencuci tangan sendiri d. Bermain Bersama teman e. Mengenakan sepatu sendiri	a. Berdiri pada satu kaki selama 2 detik b. Melompat dengan kedua kaki diangkat c. Mengayuh sepeda roda tiga	a. Memainkan permainan sederhana b. Mampu mengenakan celana Panjang, kemeja, baju c. Mampu mengenakan sepatu sendiri d. Bisa mencuci dan mengeringkan tangan sendiri	a. Mampu bercerita pendek, atau mampu bertanya “mengapa” b. Pengertiannya bagus terhadap kata-kata yang belum familiar
48-60 bulan	a. Menggambar garis lurus b. Bertanya arti kata c. Menggambar rumah yang dapat dikenal	a. Berdiri pada satu kaki selama 6 detik b. Melompat lompat dengan satu kaki c. Menari	a. Bermain dengan beberapa anak dengan memulai b. Mengembangkan suatu rasa humor c. Pergi ke toilet sendiri d. Menggosok gigi tanpa bantuan	a. Mampu membuat kalimat yang sempurna
60-72 bulan	a. Menggambar segi empat b. Mengerti arti lawan kata c. Mampu menulis nama d. Memahami angka-angka	a. Berjalan lurus b. Berdiri dengan satu kaki selama 11 detik	a. Suka cekcok dengan para teman b. Menanyakan mengenai arti kata-kata c. Berpakaian dan melepas pakaian tanpa bantuan d. Mengungkapkan simpati kepada orang lain	a. Mampu memproduksi konsonan dasar dengan benar

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam

Konsep keperawatan merupakan bentuk pelayanan yang professional berupa kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan psikis, fisik, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Proses keperawatan merupakan metode keperawatan yang sistematis, berpusat pada pasien, dan berorientasi pada tujuan yang menyediakan kerangka kerja dalam praktik keperawatan (Siregar, 2021).

Proses keperawatan merupakan serangkaian tindakan sistematis, berkesinambungan, yang meliputi tindakan identifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, merencanakan tindakan untuk menyelesaikan atau mencegah terjadinya masalah baru, dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi keberhasilan tindakan (Polopadang, 2019).

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistic dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien (Togubu, 2019).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya mengumpulkan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, psikososial, dan spiritual dapat ditentukan (Togubu, 2019).

Langkah langkah pengkajian :

1) Pengumpulan Data

a) Biodata Pasien

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.

b) Riwayat Kesehatan

(1) Keluhan Utama

Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$, anak biasanya mengalami kejang dan bahkan pada anak dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami kesadaran

(2) Riwayat Penyakit Sekarang

Pada kasus kejang demam pada anak ditemukan keluhan utama kejang karena panas, lama terjadinya kejang biasanya tergantung pada jenis demam yang dialami anak

(3) Riwayat Penyakit Dahulu

Ada faktor predisposisi pada kejang demam antara lain yaitu riwayat trauma kepala, radang selaput otak, otitis media akut (OMA) dan lain-lain.

c) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Keadaan ibu saat hamil pertrimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi, panas pada saat kehamilan. Apakah ada riwayat trauma, perdarahan pervaginam sewaktu kehamilan, penggunaan obat dan bahkan jamu saat hamil. Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (forcep/vakum), perdarahan pada ante partum, asfiksi dan lain-lain. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau menetek dan kejang-kejang.

d) Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari imunisasi tersebut. Pada umumnya saat mendapatkan imunisasi DPT efek samping yang didapat biasanya panas sehingga dapat menimbulkan kejang.

e) Riwayat Perkembangan

1) Kognitif

Perkembangan kognitif pada anak usia (1 sampai 5 tahun) masuk pada tahap sensori motoric. Pada tahap

ini anak mempunyai kemampuan dalam mengasimilasi dan mengakomodasi informasi dengan cara melihat, mendengar, menyentuh dan aktivitas motorik.

2) 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 terhadap moral yang bisa diterima secara social, control emosi didapatkan dari luar

3) 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.

4) 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, 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.

5) Gerakan Motorik Halus

Motoric halus pada anak usia 15 bulan antara lain sudah bisa memegangi cangkir, memasukkan jari ke lubang, membuka kotak, melempar bola. 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 tangannya sendiri, menggosok gigi.

6) Gerakan Motorik Kasar

Motoric 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 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.

f) Riwayat Kesehatan Keluarga

Apakah ada riwayat kejang pada salah satu anggota keluarga, biasanya penderita kejang demam mempunyai faktor turunan. Apakah ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit saraf dan apakah ada yang menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang bisa menyebabkan terjadinya kejang demam.

g) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

(1) Pola Nutrisi

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.

(2) Pola Eliminasi

(a) BAK

Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang signifikan pada saat BAK (Kyle, 2022).

(b) BAB

Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami inkontinensia (Kyle, 2022).

(3) Pola Aktivitas dan Latihan

Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas sehari-harinya

(4) Pola Tidur/Istirahat

Kaji waktu tidur penderita, lama tidur, kualitas tidur dan kebiasaan sebelum tidur

2) Pemeriksaan Fisik

a.) 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.

b.) Kepala

Biasanya pada penderita riwayat kejang demam sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala.

c.) Rambut

Pemeriksaan rambut dimulai dari warna, kelembatan, dan karakteristik lain rambut. Pasien dengan malnutrisi energi protein mempunyai rambut yang jarang, kemerahan seperti

rambut rambut jagung dan mudah dicabut tanpa menyebabkan rasa sakit pada pasien.

d) Wajah

Paralisis fasialis menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehinggawajah tertarik ke sisi sehat. Adakah tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus, apakah ada gangguan *nervus cranial*.

e) Mata

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

f) 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

g) Hidung

Apakah ada pernapasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan napas, apakah keluar sekret, bagaimana konsistensinya, jumlahnya.

h) Mulut

Adakah tanda-tanda *sardonicus*, *cyanosis*, bagaimana keadaan lidah, adakah stomatitis, berapa jumlah gigi yang tumbuh, apakah ada caries gigi.

i) Tenggorokan

Adakah tanda-tanda peradangan tonsil, adakah tanda-tanda infeksi faring, cairan eksudat.

j) Leher

Adakah tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, adakah pembesaran vena jugulans.

k) Thorak (paru-paru)

(1) 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.

(2) Palpasi

Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru.

(3) Perkusi

Suara sonor

(4) Auskultasi

Suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi.

l) Jantung

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

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

(3) Perkusi : suara jantung terdengar pekak

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

m) Abdomen

(1) Inspeksi : bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak

(2) Auskultasi : biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 5-12x/menit)

(3) Palpasi : biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen.

(4) Perkusi : suara abdomen tympani

n) Genetalia

Kaji kelengkapan (laki-laki : penis, skrotum ; perempuan: labia mayora, labia minora, klitoris, sekret yang keluar dari vagina) kaji juga tanda-tanda infeksi lainnya

o) Integumen (Kyle, 2022)

(1) Warna : pucat sampai sianosis

(2) Suhu : hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal ($<36,5^{\circ}\text{C}$)

3) Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada kejang demam berdasarkan rekomendasi UKK Neurologi IDAI (2016) yaitu:

a.) Pemeriksaan laboratorium

1. Pemeriksaan darah perifer.
2. Pemeriksaan elektrolit
3. Pemeriksaan gula darah (Monalisa, 2023).

b.) Pemeriksaan cairan cerebro spinal

Untuk menyingkirkan kemungkinan terjadinya meningitis, mendeteksi tanda infeksi, pendarahan penyebab kejang (Monalisa, 2023).

c.) Elektroensefalografi (EEG)

Pemeriksaan EEG dilakukan untuk mengidentifikasi fokus kejang di otak yang perlu dievaluasi lebih lanjut (Monalisa, 2023).

d.) CT Scan

Pemeriksaan dilakukan apabila ditemukan indikasi kelainan neurologis fokal yang menetap seperti *hemiparesis* atau *paresis nervus cranialis* (Monalisa, 2023).

e) Skull Ray

Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak.

f) BUN

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

2.3.2 Analisis Data

Analisa data merupakan upaya mencari dan menata secara sistematis hasil observasi, wawancara dan hasil lainnya untuk meningkatkan pemahaman peneliti tentang kasus yang diteliti dan menyajikannya dalam temuan bagi orang lain.

Analisis data juga dapat dikaitkan data pasien dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menemukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan sehingga menjadi diagnosa keperawatan.

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnose keperawatan. Diagnosa yang sering muncul pada kasus anak dengan kejang demam :

1) 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

2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas D.0001

Definisi :

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

Penyebab :

Fisiologi

- a. Spasme jalan nafas
- b. Hipersekresi jalan nafas
- c. Disfungsi neuromuskuler
- d. Benda asing dalam jalan nafas
- e. Adanya jalan nafas buatan
- f. Sekresi yang tertahan
- g. Hyperplasia dinding jalan nafas
- h. Proses infeksi
- i. Respon alergi
- j. 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

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif

- 4.1 Gelisah, sianosis
- 4.2 Bunyi nafas menurun
- 4.3 Frekuensi nafas berubah
- 4.4 Pola nafas berubah

3) 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. Fibriliasi 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)

4) 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

- a. Terpapar pathogen
- b. Terpapar zat kimia toksik
- c. 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

5) 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) Imununosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat

6) 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

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

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

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

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan. Intervensi keperawatan harus spesifik dan dinyatakan dengan jelas. Tahap perencanaan berfokus pada memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan dan kriteria hasil, membuat instruksi keperawatan, dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.

1.) Hipertemia

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

- a) Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluaran urine

b. Terapeutik

- a) Sediakan lingkungan yang dingin

- b) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- c) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- d) Berikan cairan oral
- e) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih)
- f) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- g) Batasi oksigen, *jika perlu*

c. Edukasi

- a) Anjurkan tirah baring

d. Kolaborasi

- a) Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

2. 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

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)
- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, weezing, ronkhi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)

b. Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma cervical)
- b) Posisikan semi-Fowler atau Fowler
- c) Berikan minum hangat
- d) Lakukan fisioterapi dada, jika perlu
- e) Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik
- f) Lakukan hiperoksigenasi sebelum
- g) Penghisapan endotrakeal
- h) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsepmcGill
- i) Berikan oksigen, *jika perlu*

c. Edukasi

- a) Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi.
- b) Ajarkan teknik batuk efektif

d. Kolaborasi

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

3. Risiko perfusi 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 membaik
- b) Sakit kepala menurun
- c) Gelisah menurun
- d) Kecemasan menurun
- e) Demam menurun

Intervensi

a. Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c) Monitor MAP (mean arterial pressure)
- d) Monitor CVP (central venous pressure)
- e) Monitor PAWP, jika perlu
- f) Monitor PAP, jika perlu

- g) Monitor ICP (intra cranial pressure)
- h) Monitor gelombang ICP
- i) Monitor status pernapasan
- j) Monitor intake dan output cairan
- k) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

b. Terapeutik

- a) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- b) Berikan posisi semi fowler
- c) Hindari manuver valsava
- d) Cegah terjadinya kejang
- e) Hindari penggunaan PEEP
- f) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- g) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- h) Pertahankan suhu tubuh normal

c. Kolaborasi

- a) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- b) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- c) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

4. Risiko 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

- a) Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera
- b) Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera
- c) Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah

b. Terapeutik

- a) Sediakan pencahayaan yang memadai
- b) Gunakan lampu tidur selama jam tidur
- c) Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis: penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan, dan lokasi kamar mandi)
- d) Gunakan alas kaki jika berisiko mengalami cedera serius
- e) Sediakan alas kaki antislip

- f) Sediakan pispot dan urinal untuk eliminasi di tempat tidur, jika perlu
 - g) Pastikan bel panggilan atau telepon mudah terjangkau
 - h) Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau
 - i) Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan
 - j) Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci
 - k) Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan
 - l) Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi
 - m) Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan
 - n) Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis: tongkat atau alat bantu jalan)
 - o) Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien
 - p) Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan
- c. Edukasi
- a) Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga

- b) Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri

5. Risiko 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

- a) Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi
- b) Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi
- c) Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan

b. Terapeutik

- a) Berikan suntikan pada pada bayi dibagian paha anterolateral
- b) Dokumentasikan informasi vaksinasi
- c) Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat

c. Edukasi

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi, jadwal dan efek samping

- b) Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah
- c) Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah
- d) Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus
- e) Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
- f) Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan vaksin gratis.

6. Kurang pengetahuan

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

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

Intervensi

- a. Observasi

- a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
 - b) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Terapeutik
 - b) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
 - c) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
 - d) Berikan kesempatan untuk bertanya
- c. Edukasi
 - a) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan
 - b) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
 - c) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

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.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan, menentukan tahap perencanaan membutuhkan 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.

Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat dan bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Sedangkan tindakan kolaborasi merupakan tindakan keperawatan yang di dasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Larasaty, 2023).

2.3.6 Evaluasi

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. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing).

- S (Subyektif) : yaitu keluhan-keluhan klien (apa saja yang dikatakan klien, keluarga klien dan orang terdekat klien)
- O (Obyektif) : yaitu segala sesuatu yang dapat dilihat, di cium, di raba, dan di ukur oleh perawat
- A (Analisis/Assesment) : yaitu suatu kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat tentang kondisi pasien
- P (Planning) : yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

BAB III

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan suatu cara atau jalan untuk mendapatkan kembali pemecahan terhadap segala permasalahan yang diajukan Subagyo (2015). Sedangkan menurut Sugiyono (2017) metode penelitian adalah cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat kata kunci yang perlu diperhatikan yaitu cara ilmiah, data, tujuan, dan kegunaan. Pada bab ini akan menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, uji keabsahan data, analisa data. Metode pada penelitian diskripsi kualitatif ini meliputi: wawancara, observasi langsung dan studi dokumentasi.

3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Desain atau rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini merupakan deskriptif kualitatif. Penelitian deskriptif bertujuan untuk membuat deskripsi, gambaran secara sistematis, faktual dan akurat mengenai fakta-fakta, sifat serta hubungan antar fenomena yang diselidiki. Penelitian deskriptif kualitatif mendeskripsikan seluruh gejala dan keadaan yang ada, yaitu keadaan gejala menurut apa adanya saat dilakukan penelitian. Studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian yang meneliti permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal. Penelitian kualitatif dilakukan untuk menggali secara mendalam terhadap suatu kasus yang bertujuan mendapatkan jawaban yang akurat. Penulis menggunakan

penelitian deskriptif kualitatif dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien yang dalam pelaksanaannya sesuai dengan kaidah proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Perkembangan anak sangat penting dan 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 sering ditemukan pada anak umur 1-5 tahun, ciri khas kejang demam ini biasanya terjadi ketika anak mengalami demam $>38^{\circ}\text{C}$. Tanda dan gejala yang muncul pada kasus ini antara lain mata mendelik, suhu tubuh anak $>38^{\circ}\text{C}$, kulit pucat dan membiru kejut serta akral dingin yang sedang dirawat di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, dimana asuhan keperawatan tersebut meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan orang yang diikuti sertakan dalam suatu perencanaan, pelaksanaan dan memikul tanggung jawab sesuai dengan tingkat kematangan dan kewajibannya. Partisipan yang digunakan dalam

penelitian ini dilakukan pada An.A usia 1,5 tahun dengan kejang demam yang dirawat di Ruang Dahlia dengan kriteria:

- 1) Klien bersedia menjadi responden dibuktikan tanda tangan informed consent
- 2) Klien dengan riwayat kejang demam sederhana
- 3) Klien dalam keadaan kesadaran penuh (composmetis)
- 4) Klien diberikan perawatan selama 3 hari di Ruang Dahlia RSUD

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu Pelaksanaan

Pengumpulan data penelitian dilaksanakan pada tanggal 17 Februari s/d 8 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Bahan Instrumen

Instrument penelitian pada penelitian kualitatif merupakan peneliti itu sendiri (human instrument). Human instrument merupakan peneliti sebagai alat dalam melakukan pengumpulan data atau informasi dari responden (Creswell, 2021). Dalam penelitian instrumen ini menggunakan format asuhan keperawatan anak.

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini terdapat dua metode yaitu data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi), dan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan klien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data

Pada pengumpulan data dalam penelitian kualitatif ini diperlukan teknik observasi, wawancara, atau gabungan. Prosedur pengumpulan data merupakan suatu proses pengkajian dengan mengumpulkan informasi tentang status kesehatan secara sistematis dan terus menerus. Prosedur pengumpulan data pada penelitian ini, didasarkan pada prosedur melakukan proses asuhan keperawatan pada saat peneliti melakukan praktik klinik. Prosedur pengumpulan data meliputi:

- 1) Peneliti mengurus surat izin penelitian dibagian TU Kampus Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek. Telah diterbitkannya surat izin penelitian dari kampus dengan nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/43/2025, peneliti mendapatkan surat sebanyak tiga item yaitu surat untuk direktur, surat untuk kepala ruang dahlia, dan surat untuk peneliti. Pertama, surat untuk Direktur RSUD dr. Soedomo diberikan melalui kordik (koordinator pendidikan) rumah sakit. Kedua, surat untuk peneliti untuk peneliti sendiri. Setelah surat izin dari kampus

mendapat balasan dari Direktur RSUD dr. Soedomo dengan nomor 000.9/69/406.010.001/18.00/2025 peneliti mendapatkan surat sebanyak 3 item yaitu surat balasan untuk penelitian, surat untuk kaprodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek dan lembar kode etik penelitian yang disampaikan melalui kordik (koordinator pendidikan) rumah sakit. Sebelum ke tahap penelitian, peneliti diwajibkan untuk membayar penelitian sebesar nominal yang sudah dicantumkan di surat balasan. Setelah membayar, peneliti memberikan kwitansi kepada kordik rumah sakit sebagai bukti kalau sudah membayar untuk penelitian. Selanjutnya surat dari Prodi D3 Keperawatan Trenggalek untuk Kepala Ruang Dahlia diberikan setelah mendapatkan surat izin dari Direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dan sudah membayar penelitian.

- 2) Setelah mendapatkan klien, peneliti melakukan tindakan preorientasi atau membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya. Peneliti memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien. Kemudian peneliti memberikan informed consent berkaitan dengan meminta ketersediaan klien untuk diberikan asuhan keperawatan. Setelah klien dan keluarganya mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka peneliti melakukan tahap asuhan keperawatan pada klien.

- 3) Tahap kontrak, peneliti melakukan kontrak waktu dengan klien yang akan diberikan asuhan keperawatan.
- 4) Tahap pelaksanaan, peneliti 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 diagnosa, kemudian menyusun rencana tindakan, melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana, setelah itu dilakukan evaluasi hasil dari tindakan keperawatan yang sudah dilakukan.
- 5) Tahap terminasi, peneliti mengakhiri proses asuhan keperawatan pada klien, setelah pasien dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

3.6 Analisis Data

Prinsip yang harus dipegang dalam analisa studi kasus dengan jenis penelitian kualitatif merupakan proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan menggunakan teori dan fakta yang kemudian diinterpretasikan secara jelas dan mudah dipahami peneliti dan orang lain.

3.7 Keabsahan Data

Keabsahan data bertujuan 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*).

1) Derajat Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility merupakan suatu kepercayaan hasil identifikasi kenyataan yang sesungguhnya. Dilihat dari kemampuan penulis mengeksplor sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah – langkah, serta dokumentasi dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.

2) Keteralihan (*Transferbility*)

Transferbility merupakan hasil penerapan sejauh mana studi kasus pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. 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) Ketergantungan (*Dependability*)

Dependability merupakan kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Sebelum melakukan penelitian, peneliti sudah mendapatkan izin dari berbagai pihak sampai dengan ke respondennya.

4) Kepastian (*Confirmability*)

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 karya tulis ilmiah ini untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan acuan moral bagi peneliti dalam melaksanakan proses penelitian untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Etika penelitian berkaitan dengan beberapa norma, yaitu norma sopan-santun yang memperhatikan konvensi dan kebiasaan dalam tatanan di masyarakat, norma hukum mengenai pengenaan sanksi ketika terjadi pelanggaran, dan norma moral yang meliputi etika dan kesadaran yang baik dan jujur dalam penelitian.

1) *Informed Consent*

Merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai obyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Dengan cara 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) (*Anonymity*) Tanpa nama

Nama dari informan tidak perlu dicantumkan pada lembar pengumpulan data, untuk mengetahui keikut sertaannya maka peneliti cukup menuliskan nama inisial.

3) (*Confidentiality*) Kerahasiaan

Artinya kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Lokasi pengambilan data dilakukan di RSUD dr. Soedomo Trenggalek. RSUD dr. Soedomo Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek, dan tergolong kedalam Rumah Sakit kelas C. RSUD dr. Soedomo Trenggalek bertempat di Jl. Dr. Sutomo No. 2, Cengkong, Tamanan, Kecamatan Trenggalek, Kabupaten Trenggalek. Ruang yang digunakan sebagai pengambilana data yaitu Ruang Dahlia. Ruang Dahlia merupakan ruang anak yang memberikan perawatan khusus anak. Jumlah petugas di Ruang Dahlia yaitu 15 perawat dan 1 administrasi dengan bermacam ruangan, diantaranya ruang HCU (High Care Unit) dengan 4 bed elektrik, ruang isolasi (kamar E) untuk pasien dengan gangguan pencernaan dan HIV/AIDS yang berisi 4 bed, 2 kamar mandi. Kamar A untuk pasien kelas 1 berisi 2 bed, 2 kamar mandi. Kamar B untuk pasien kelas 2 dengan gangguan pernafasan berisi 4 bed, kamar C untuk pasien kelas 3 dengan penyakit infeksi seperti DHF, faringitis akut berisi 4 bed, kamar D untuk pasien kelas 3 dengan penyakit non infeksius seperti thalassemia anemia berisi 4 bed.

4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Pengkajian

IDENTITAS KLIEN		
1) Biodata Pasien		
a. Nama	An. A	
b. Umur	18 bulan (1,5 tahun)	
c. Jenis kelamin	Laki – Laki	
d. Anak ke	Pertama	
e. Dx. Medis	<i>Febris Convulsi + GEA</i>	
f. Reg	53XXXX	
g. MRS	05 Maret 2025 / Jam 22.00 WIB	
h. Tanggal pengkajian	06 Maret 2025 / Jam 16.30 WIB	

2) Biodata Orang Tua

Ayah

a. Nama Ayah	Tn. F
b. Umur	30 Tahun
c. Agama	Islam
d. Pendidikan	SMA
e. Pekerjaan	Polri
f. Suku bangsa	Jawa / Indonesia
g. Alamat	Desa Ngadirenggo, Kec. Pogalam Kab. Trenggalek

Ibu

a. Nama Ibu	Ny. H
b. Umur	28 tahun
c. Agama	Islam
d. Pendidikan	Sarjana
e. Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
f. Suku bangsa	Jawa / Indonesia
g. Alamat	Desa Ngadirenggo, Kec. Pogalan Kab. Trenggalek

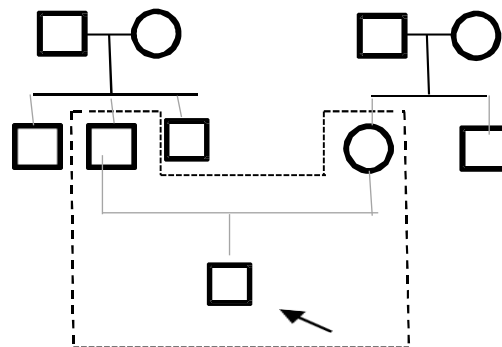
4.1.3 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN
1. Keluhan utama	
a. Saat MRS	Ibu klien mengatakan An.A datang ke RS dengan keluhan demam tinggi disertai kejang 1x dirumah, muntah 1x, dan diare 4x.
b. Saat dikaji	Ibu klien mengatakan An. A demam dan rewel.
2. Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan An. A panas sejak hari Rabu pagi tanggal 5 Maret 2025. Pada sore harinya dibawa ke dr.Anak dan diberi obat. Namun belum sempat diminum, An.A muntah 1x dan kejang 1x dirumah dengan suhu 39,2°C dijam 18.40 WIB, kejangnya berdurasi tidak ada 1 menit. Ibu klien mengatakan saat kejang mata klien melihat keatas serta seluruh tubuh terjadi lonjatan. Setelah sadar dari kejang, klien langsung menangis. Dan pada saat setelah kejang langsung dibawa ke RSUD dr.Soedomo Trenggalek, selama diperjalanan klien tidak

	mengalami kejang berulang. Tiba di UGD klien diobservasi selama 3 jam, klien tidak kejang lagi dan kondisi mulai stabil. Klien dipindah ke Ruang Dahlia (ruang anak) untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Di Ruang Dahlia klien sudah tidak kejang lagi namun keadaan masih demam.
3. Riwayat Kesehatan yang Lalu	Ibu klien mengatakan An.A pernah mengalami kejang demam pada usia 7 bulan tapi tidak sampai masuk RS. Setelah itu pernah panas lagi atau tidak itu tidak terkaji.
4. Riwayat Kehamilan dan Persalinan	Ibu klien mengatakan selama hamil rutin control bidan desa dan dr.SPOG. Selama kehamilan kondisi kandungannya baik dan masih mampu melakukan aktivitas.
a. Prenatal	
b. Natal	Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara spontan di RS.
c. Post natal	Ibu klien mengatakan setelah melahirkan tidak ada masalah dalam hal nifas, dan saat lahir kondisi An.A baik, sehat dengan berat 3 kg 7 gram.
5. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan	
a. Pertumbuhan	Ibu klien mengatakan tidak ada gangguan atau permasalahan dalam pertumbuhan yang dialami An.A. Ibu klien mengatakan anaknya lahir dengan BB 3 kg 7 gram dan BB sekarang 10kg, TB sekarang 77cm.
b. Perkembangan	Ibu klien mengatakan : a) Perkembangan Bahasa : klien sudah mengucap 4-7 kata dan memanggil ayah, ibu. b) Perkembangan Psikososial : klien mampu mengenal ayah, ibu, kakung, uti, dan keluarga terdekat. c) Motoric Kasar : klien mampu berjalan,

	menendang bola, dan melempar mainan.
	d) Motorik Halus : klien mampu menyusun mainannya yang kecil dan mulai belajar makan sendiri.
6. Riwayat Imunisasi	Ibu klien mengatakan An. A sudah diberi imunisasi lengkap (Hepatitis B, BCG, Polio 1, DPT-HB-Hib 1, Polio 2, DPT-HB-Hib 2, Polio 3, DPT-HB-Hib3, IPV dan campak, serta imunasisa DPT-HB-Hib dan campak).
7. Riwayat Pemberian Nutrisi	Ibu klien mengatakan An.A masih diberi ASI dan dibantu susu formula hingga sekarang. Usia 6 bulan An.A mulai diberi makan bubur tim, sayur dan buah yang sudah dihaluskan. Usia 1 tahun, An.A mulai makan nasi halur, sayur, lauk, dan minum air putih cukup banyak.
8. Riwayat Kesehatan Keluarga dan Genogram	Ibu klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita kejang demam maupun penyakit saraf dan penyakit menurun lainnya.



Keterangan :

- : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 — : Menikah
 | : Garis Keturunan
 ↘ : Identitas Klien
 ||| : Serumah

9. Riwayat Psikososial	Ibu klien mengatakan An. A tinggal dengan kedua orang tua. Pada saat dikaji ibu klien mengatakan khawatir anaknya sakit, dan ekspresi wajah tampak cemas.
10. Riwayat Sosial Budaya	Ibu klien mengatakan An.A diasuh oleh ibunya dan terkadang diasuh oleh pengasuhnya. An.A sangat aktif dan ingin mengetahui banyak hal dengan cara bermain.
11. Riwayat Spiritual	Ibu klien mengatakan An.A menganut agama yang sama dengan orang tuanya yaitu agama islam.

4.1.4 Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Sehari – hari		
	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1. Nutrisi	Ibu klien mengatakan An.A minum susu formula dan makan 3x sehari dengan nasi halus, sayur, lauk disertai minum air putih serta minum ASI. An.A tidak memiliki riwayat alergi makanan	Saat dikaji ibu klien mengatakan An.A mau makan sedikit sedikit tapi sering. Minum air putih dan susu formula, klien mendapat diit dari RS tinggi kalori dan protein dalam bentuk lunak.
2. Eliminasi	Ibu klien mengatakan saat di rumah BAB 4x dalam sehari, dengan konsistensi warna kuning, sedikit berampas, dan bau khas feses. Sedangkan BAK 5-7x dalam sehari, warna kuning jernih dan bau khas urine.	Saat dikaji klien BAB 2x dengan warna feses kuning berampas dan bau khas feses. Sedangkan BAK sudah 4x dengan pengeluaran urine 160ml, warna urine kuning jernih, lancar, dan bau khas urine.
3. Istirahat/tidur	Ibu klien mengatakan An.A tidur siang sekitar pukul 11.00 – 13.00 WIB. Dan malam hari pukul 21.00 – 06.00 WIB.	Ibu klien mengatakan An.A rewel dan tidur sewaktu-waktu. Terkadang tidur 3-4 jam asal tidak terdengar suara berisik.

4. Aktivitas	Ibu klien mengatakan jika pagi hari An.A bermain di halaman rumah, terkadang menonton HP dan sore harinya bermain puzzle dan dibacakan buku.	Saat dikaji klien tampak berbaring ditempat tidur, dan terkadang mengajak jalan jalan keluar kamar.
5. Personal hygiene	Ibu klien mengatakan An.A mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 4x seminggu, selalu menggunakan air hangat saat mandi.	Ibu klien mengatakan selama di RS hanya disibin menggunakan air hangat 1x/hari dan ganti baju.

4.1.5 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Status Kesadaran	Keadaan umum klien lemah, kesadaran composmetis, GCS E4 ₄ V5 ₅ M6 ₆ , tampak berbaring ditempat tidur, terkadang digendong, tampak rewel, dan terpasang infus D5 1/2 NS 1.000 cc/24 jam ditangan kiri.
2. Tanda tanda Vital (TTV)	
a. Suhu	38°C
b. Nadi	100x/menit
c. RR	24x/menit
d. SpO2	98%
3. Status Gizi	Tinggi badan 77cm, usia 1,5 tahun (18 bulan), berat badan 10 kg BB/U = 10 kg/1,5 tahun = (normal 8,9 – 11,5kg) PB/U = 77 cm/1,5 tahun = (75,9 – 82,4cm) BB/TB = 10 kg/77 cm IMT = BB/TB^2 = $10 / (0,77 \times 0,77)$ = 10/0,5929 = 16 (normal)
4. Kepala	Bentuk kepala oval, ubun ubun sudah menutup, rambut berwarna merah kehitaman, kepala bersih, rambut lembut, tidak ada pembesaran kepala, tidak terdapat luka kepala.

5. Mata	Kedua mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata tidak cowong, pupil isokor.
6. Hidung	Tulang hidung dan septum nasi berada di tengah, tidak terdapat secret, tidak ada pernafasan cuping hidung.
7. Mulut	Mukosa bibir lembab, lidah berwarna merah muda, tidak terjadi vomiting, reflek menelan baik, dan tidak ada stomatitis
8. Telinga	Telinga simetris kanan kiri, terdapat sedikit secret pada lubang telinga, tidak ada tanda-tanda infeksi telinga, mampu mendengar dengan baik.
9. Leher	Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis, dan nadi carotis teraba kuat.
10. Thorax	
a. Paru	
- Inspeksi	Bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, tidak ada lesi, pergerakan dada simetris kanan kiri, pernafasan tidak dangkal.
- Palpasi	Vocal fremitus teraba sama getarannya kanan kiri, tidak terdapat nyeri tekan
- Perkusi	Suara paru sonor
- Auskultasi	Suara nafas normal vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan.
b. Jantung	
- Inspeksi	Bentuk dada normal chest, Nampak denyutan dada sebelah kiri.
- Palpasi	Teraba ictus cordis pada ICS V mid clavikula sinistra, 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 suara jantung tambahan
11. Abdomen	
a. Inspeksi	Bentuk perut datar, tidak terlihat banyangan pembuluh darah, tidak terdapat luka
b. Auskultasi	Bising usus terdengar 13x/menit
c. Palpasi	Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan
d. Perkusi	Suara perut tympani
12. Ekstremitas atas dan bawah	
a. Warna	Tidak pucat
b. Bentuk	Simetris
c. Pergerakan	Lemah
d. CRT	Kembali < 2 detik
e. Kelainan kongenital	Tidak ada
f. Kekuatan otot	5 | 5 5 | 5
13. Integumen	
a. Warna	Tidak pucat (tidak terdapat sianosis)
b. Kelembaban	Lembab
c. Turgor	Kembali < 2 detik
d. Akral	Hangat
e. Kelainan kulit	Tidak terdapat luka
14. Genetalia dan anus	Genetalia tidak menggunakan kateter serta tidak mengalami iritasi pada pantat.
15. Neurologi	Tidak ada kerusakan pada saraf. Klien dapat merasakan sentuhan/rangsangan, dan reflex babinski +

4.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 5 Maret 2025 Jam 19:40:29

Pemeriksaan DL	Hasil	Unit	Nilai Rujukan
HGB (Hemoglobin)	11,7	g/dl	10.7 - 13.1
WBC (Lekosit)	16.3	$10^3/\text{ul}$	6.0 - 17.5
PLT (Trombosit)	367	$10^3/\text{ul}$	217 – 497
HCT (Hematokrit)	37.2	%	35.0 - 43.0
Eritrosit	4.63	juta/ul	3.60 - 5.20
MCV	80.3	fL	74.0 - 102.0
MCH	25.3	pg	23.0 - 31.0
MCHC	31.5	g/dL	28.0 - 32.0
RDW	13.8	%	11.0 - 16.0
PDW	9.4	fL	9.0 - 17.0
MPV	8.4	fL	8.0 - 11.0
NEU%	48.6	%	17.0 - 60.0
LYMPH%	32.8	%	20.0 - 70.0
MXD%	18.6	%	1.0 - 11.0
NEUT#	8.0	$10^3/\text{ul}$	1.1 – 6.6
LYMPH#	5.3	$10^3/\text{ul}$	1.8 – 9.0
MXD#	3.0	$10^3/\text{ul}$	< 1.0

4.1.7 Penatalaksanaan Terapi Medis

- 1) Infus Ds $\frac{1}{2}$ NS 1000cc/24 Jam
- 2) Injeksi Bactesyn 3 x 350 mg
- 3) Injeksi Dexamethason 3 x 1 mg
- 4) Injeksi Ranitidin 2 x 10 mg
- 5) Injeksi Paracetamol 4 x 125 mg
- 6) Injeksi Diazepam 3 mg k/p jika kejang
- 7) Zinc 3 x 5 ml
- 8) L-Bio 1 x 1
- 9) Diet tinggi kalori tinggi protein (bentuk lunak)

4.1.8 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : Ibu klien mengatakan An.A demam disertai muntah 1x dan diare 4x DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. CRT < 2detik e. Turgor < 2 detik f. WBC 16.3 g. Ma/mi mau sedikit sedikit h. Muntah (-) i. BAB/BAK (+) j. Kulit merah k. Tanda-tanda vital S : 38°C N : 100 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98%	Hipertermi	Proses penyakit (infeksi)
2.	DS : a. Ibu klien mengatakan An.A kejang 1x dirumah dengan suhu 39,2 °C dan durasi kejang kurang dari 1 menit. b. Ibu klien mengatakan An.A pernah mengalami kejang demam pada usia 7 bulan. DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. CRT < 2detik e. Turgor < 2 detik f. Tanda-tanda vital S : 38°C N : 100 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98%	Resiko tinggi terjadinya kejang berulang	Peningkatan suhu tubuh

4.1.9 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	06/03/2025	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi) ditandai dengan DS : Ibu klien mengatakan An.A demam disertai muntah 1x dan diare 4x DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. CRT < 2 detik e. Turgor < 2 detik f. WBC 16.3 g. Ma/mi mau sedikit sedikit h. Muntah (-) i. BAB/BAK (+) j. Kulit merah k. Tanda-tanda vital S : 38°C N : 100 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98%		
2.	06/03/2025	Resiko tinggi terjadinya kejang berulang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan: DS : a. Ibu klien mengatakan An.A kejang 1x dirumah dengan suhu 39,2°C dan durasi kejang kurang dari 1		

menit.

- b. Ibu klien mengatakan An.A pernah mengalami kejang demam pada usia 7 bulan.

DO :

- a. K/u lemah
 - b. Kesadaran composmetis
 - c. Akral hangat
 - d. CRT < 2detik
 - e. Turgor < 2 detik
 - f. Tanda-tanda vital
 - S : 38°C
 - N : 100 x/menit
 - RR : 24 x/menit
 - SpO2 : 98%
-

4.1.10 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
1.	6/3/2025	1	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 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	Manajemen Hipertermi (I.15506) Obervasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermi 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine 5. Monitor komplikasi hipertermia Terapeutik : 6. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman) 7. Longgarkan atau lepaskan pakaian 8. Basahi atau kipasi permukaan tubuh 9. Berikan cairan oral 10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 11. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila) 12. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin	1. TTV yang meningkat merupakan manifestasi kejang dan adanya komplikasi hipertermi 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 dehidrasi 6. Antipiretik untuk menurunkan suhu tubuh dan antibiotic untuk pengobatan infeksi 7. Kompres dapat menurunkan suhu tubuh 8. Memenuhi istirahat yang cukup 9. Memenuhi kebutuhan cairan dan elektrolit pasien	

13. Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi :

14. Anjurkan tirah baring

Kolaborasi:

15. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, jika perlu

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
2.	6/3/2025	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).	Manajemen Kejang (1.06193) Observasi : 1. Monitor kejang berulang 2. Monitor karakteristik kejang (mis, aktivitas motoric, dan progresi kejang) 3. Monitor status neurologis 4. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : 5. Baringkan pasien agar tidak jatuh 6. Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan 7. Pertahankan kepatenan jalan nafas 8. Longgarkan pakaian terutama di bagian leher 9. Dampingi selama periode kejang 10. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam	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. Mengurasi panas dan antikejang	

-
11. Catat durasi kejang
 12. Reorientasikan setelah periode kejang
 13. Dokumentasikan periode terjadi kejang
 14. Pasang IV, *jika perlu*
 15. Berikan oksigen, *jika perlu*

Edukasi :

16. Anjurkan keluarga memantau dan mangawasi kondisi klien
17. Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang
18. Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien

Kolaborasi:

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

4.1.11 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1.	6-3-2025 18.00	Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga klien (Memberi salam pada klien dan keluarga, menanyakan nama, menanyakan kondisi klien) 2. Monitor suhu tubuh (TTV) : Hasil: S : 38°C N : 100 x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 98%	
	18.15		4. Monitor haluan urine Hasil: (ibu klien mengatakan An.A volume urine keluar 50ml) 9. Memberikan cairan oral (memberikan air minum sedikit sedikit)	
	18.30		14. Mengajarkan tirah baring (dengan cara mengedukasi keluarga agar klien bedrest)	
	20.00		2. Monitor suhu tubuh (TTV) : S : 37°C N : 96 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 98%	
	20.15		15. Memberikan cairan infus D5 ½ NS 6. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman dan tidak berisik)	

2.	6-3-2025	Risiko tinggi terjadi kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	1. Monitor kejang berulang Hasil: (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang) 3. Monitor status neurologis Hasil: (Tingkat kesadaran klien composmentis) 5. Membaringkan pasien agar tidak jatuh 6. Memberikan alas empuk dibawah kepala 16. Menganjurkan keluarga memantau dan mengawasi kondisi klien 17. Menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut klien saat kejang 18. Menganjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan saat menahan gerakan kejang klien 4. Monitor TTV Hasil: S : 37°C N : 96 x/menit RR : 26 x/menit SpO2 : 98% 19. Memberikan obat sesuai hasil kolaborasi : a. Injeksi Paracetamol 4 x 125 mg b. Injeksi Bactecyn 3 x 350 mg c. Injeksi Ranidin 2 x 10 mg	
	18.15			
	18.30			
	19.30			
	20.00			

4.1.12 Evaluasi

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	6-3-2025 20.50	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	S : Ibu klien mengatakan An.A masih panas O : - K/u lemah - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - CRT < 2 detik - Turgor kulit < 2 detik - TTV : S : 37,3°C N : 96 x/menit RR : 24 x/mnt SpO2 : 98% - Ma/mi mau sedikit sedikit - Muntah (-) - BAB/BAK (+) - Kulit merah A : Masalah belum teratasi
2.	6-3-2025 20.50	Resiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	P : Intervensi dilanjutkan 2,4,6, 9,15 S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak kejang O : - K/u lemah - Kesadaran composmetis - Klien tampak rewel menangis - TTV : S : 37,3°C N : 96 x/menit RR : 24 x/mnt SpO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1,3,4,5,6,16,17,18,19

4.1.13 Catatan Perkembangan

Tabel 4.11 Catatan Perkembangan

No	Diagnosa	Evaluasi Awal Dinas 07.00	Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Akhir Dinas 14.00	Tanda Tangan
1	Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	S : Ibu klien mengatakan An.A masih demam tinggi O : - K/u masih lemah - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - CRT <2 detik - Turgor <2 detik - Ma/mi kurang - Mutah (-) - BAB/BAK (+) - Kulit masih tampak merah - TTV : S: 37,9 °C N: 100 x/menit RR: 22 x/menit SpO2: 98% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (2.4.6.9,15)	7-3-2025 08.00 08.20	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga klien (Memberi salam pada klien dan keluarga, menanyakan nama, dan kondisi klien) 2. Monitor suhu tubuh (TTV) Hasil: S: 37 °C N: 100 x/menit RR: 24 x/menit SpO2: 99% 15. Memantau tetesan cairan infus D5 ½ NS 4. Monitor haluan Urine Hasil: (Ibu klien mengatakan An.A BAK 600ml 9.Memberikan cairan	S : Ibu klien mengatakan An.A panas naik turun O : - K/u lemah - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - CRT <2 detik - Turgor <2 detik - TTV : S: 36,8 °C N: 98 x/menit RR: 23 x/menit SpO2: 98% - Ma/mi (+) - BAB/BAK (+) - Kulit merah tampak berkurang A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan No.(1,2.15,9)	

				11.45	oral (memberikan air minum sedikit) 2. Monitor suhu tubuh (TTV) Hasil: S: 36,8 °C N: 98 x.menit RR: 23 x/menit SpO2: 98%
				12.15	6. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman dan tenang)
2	Risiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak kejang O : - K/u masih lemah - Kesadaran composmentis - Klien tampak rewel - TTV : S: 37,9 °C N: 100 x/menit RR: 22 x/menit SpO2: 98% A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan No. (1,3,4,5,6,16,17,18,19)	7-3-2025 11.00		1. Monitor kejang berulang Hasil: (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang) 3. Monitor status neurologis Hasil: (Tingkat kesadaran klien composmentis) 19. Memberikan obat sesuai hasil kolaborasi: - Injeksi bactecyn 3 x 350 mg - Injeksi ranitidine 2 x 10 mg 4. Monitor TTV Hasil: S: 36,8 °C N: 98 x.menit
					S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak kejang O: - K/u lemah - Kesadaran composmentis - Klien tampak tenang - TTV : S: 36,8 °C N: 98 x/menit RR: 23 x/menit SpO2: 98% A: Masalah teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan No. (1,3,4,6,19)

			12.15	RR: 23 x/menit SpO2: 98% 5. Membaringkan pasien agar tidak jatuh 6. Memberikan alas empuk dibawah kepala	
			12.40	16. Menganjurkan keluarga memantau dan mengawasi kondisi klien 17. Menganjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut klien saat kejang 18. Menganjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan saat menahan Gerakan kejang klien	
1	Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)	S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak demam O : - K/u mulai membaik - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - CRT <2 detik - Turgor <2 detik - Ma/mi mau sedikit	8-3-2025 08.00	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan klien dan keluarga klien (Memberi salam pada klien dan keluarga, menanyakan nama, dan kondisi klien) 2. Monitor suhu tubuh (TTV)	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak panas O : - K/u cukup - Akral hangat - Mukosa bibir lembab - CRT <2 detik - Turgor <2 detik

		sedikit			Hasil:	- Ma/mi (+)
		- Mutah (-)			S: 37 °C	- BAB/BAK (+)
		- BAB/BAK (+)			N: 100 x/menit	- Kulit sudah tidak merah
		- Kulit sudah tidak merah			RR: 24 x/menit	- TTV :
		- TTV :			SpO2: 99%	S: 36,2°C
		S: 36°C	08.30	15. Memantau tetesan		N: 100 x/menit
		N: 100 x/menit		cairan infus D5 ½		RR: 24 x/menit
		RR: 24 x/menit		NS		SpO2: 99%
		SpO2: 99%	10.00	9. Memberikan cairan		
				oral (memberikan		A : Masalah teratasi
		A : Masalah teratasi sebagian		air minum sedikit		P: Hentikan intervensi
				sedikit)		(Klien KRS)
		P: Intervensi dilanjutkan	12.00	2. Monitor suhu tubuh		
		No. (1,2,15,9)		(TTV)		
				Hasil:		
				S: 36,2 °C		
				N: 100 x.menit		
				RR: 24 x/menit		
				SpO2: 99%		
2	Risiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lagi O : - K/u mulai membaik - Kesadaran composmentis - Klien tampak tenang dan sudah bermain - TTV : S: 36°C N: 100 x/menit RR: 24 x/menit	8-3-2025 10.00 12.00	1. Monitor kejang berulang Hasil: (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang) 3. Monitor status neurologis Hasil: (Tingkat kesadaran klien composmentis) 4. Monitor TTV Hasil: S: 36,2 °C N: 100 x.menit	S : Ibu klien mengatakan An.A sudah tidak kejang O : - K/u cukup - Kesadaran composmentis - Klien tampak tenang - TTV : S: 36,2°C N: 100 x/menit RR: 24 x/menit SpO2: 99%	

SpO2: 99%		RR: 24 x/menit SpO2: 99 %	
A: Masalah teratasi sebagian		6. Memberikan alas empuk dibawah kepala	A: Masalah teratasi
P: Intervensi dilanjutkan No. . (1,3,4,5,6,19)		19.Memberikan obat sesuai hasil kolaborasi: - Injeksi bactecyn 3 x 350 mg	P: Hentikan intervensi (Klien KRS)
	13.30	20. Persiapan KRS (Menyiapkan discharge planning untuk control, dan edukasi pada keluarga untuk minum obat rutin)	

4.1 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori

No	Teori	Analisis	
		Fakta	Keterangan
1.	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, 2022)	a. Biodata Klien : Nama : An. A Umur : 18 bulan (1,5 tahun) Jenis Kelamin : Laki-laki Anak ke : Pertama Dx. Medis : <i>Febris Convulsi + GEA</i> Reg : 53XXXX Tgl datang : 5-3-2025 jam 22.00 Tgl pengkajian : 6-3-2025 jam 16.30	Sesuai antara teori dan fakta
No	Teori	Fakta	Teori
2.	Riwayat Kesehatan Keluhan utama : 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, dan lain-lain. (Gunawan & Saharso, 2012).	Ibu klien mengatakan An.A datang ke RS dengan keluhan demam tinggi disertai kejang 1x, muntah 1x, dan diare 4x.	Sesuai antara teori dan fakta
3.	Riwayat Penyakit Sekarang : Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah demam yang dikarenakan infeksi . Dimana kejang dimulai	Ibu klien mengatakan An.A panas sejak hari Rabu tanggal 5 Maret 2025. Pada sore harinya dibawa ke dr.Anak dan diberi obat. Namun	Sesuai antara teori dan fakta

	dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya (Gunawan & Saharso, 2012).	belum sempat diminum, An.A mutah 1x dan kejang 1x dirumah dengan suhu 39,2°C dijam 18.40 WIB, kejangnya berdurasi tidak ada 1 menit. Ibu klien mengatakan saat kejang mataklien melihat keatas serta seluruh tubuh terjadi lonjatan. Setelah sadar dari kejang, klien langsung menangis. Dan pada saat setelah kejang langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, selama diperjalanan klien tidak mengalami kejang berulang. Tiba di UGD klien diobservasi selama 3 jam, klien tidak lagi dan kondisi mulai stabil. Klien dipindah ke Ruang Dahlia (ruang anak) untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Di Ruang Dahlia klien sudah tidak kejang lagi namun keadaan masih demam.	
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. (Gunawan, 2012)	Ibu klien mengatakan An.A pernah mengalami kejang demam pada usia 7 bulan tapi tidak sampai masuk RS. Setelah itu pernah panas lagi atau tidak itu tidak terkaji.	Sesuai antara teori dan fakta
No.	Teori	Fakta	Keterangan
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	Prenatal : Ibu klien mengatakan selama hamil rutin control bidan desa dan dr.SPOG. Selama kehamilan kondisi kandungannya baik dan masih mampu melakukan aktivitas. Natal : Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien	Sesuai antara teori dan fakta

perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi secara spontan di RS.
 penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, **Post natal :**
 umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat Ibu klien mengatakan setelah melahirkan
 yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas tidak ada masalah dalam hal nifas, dan saat
 organ. Pada masa post natal apgar skor <6 lahir kondisi An.A baik, sehat dengan berat 3
 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan kg 7 gram.
 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, 2000).

6.	Teori	Fakta	Keterangan
	Riwayat Imunisasi Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari imunisasi tersebut. Pada umumnya saat mendapatkan imunisasi DPT efek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang (Suharso D, 2012)	Ibu klien mengatakan An. A sudah diberi imunisasi lengkap (Hepatitis B, BCG, Polio 1, DPT-HB-Hib 1, Polio 2, DPT-HB-Hib 2, Polio 3, DPT-HB-Hib3, IPV dan campak, serta imunasisa DPT-HB-Hib dan campak).	Sesuai antara teori dan fakta

7.	Teori	Fakta	Keterangan
	Riwayat Kesehatan Keluarga : Kejang demam mempunyai faktor genetic dari faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50%. Kejang demam dapat diturunkan secara autosomal dominan sehingga anak yang memiliki salah satu orang tua yang pernah mengalami kejang demam saat kecil beresiko lebih tinggi mengalami kejang demam. (Suharso D, 2012)	Ibu klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita kejang demam maupun penyakit saraf dan penyakit menurun lainnya.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

8.	Teori	Fakta	Keterangan
	Pola Nutrisi 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).	Dirumah: Ibu klien mengatakan An. makan 3x sehari dengan nasi halus, sayur, lauk, minum air putih serta minum ASI dan susu formula. An.A tidak memiliki riwayat alergi makanan Di RS: Ibu klien mengatakan An.A mau makan sedikit sedikit tapi sering, minum air putih dan susu formula	Sesuai antara teori dan fakta
9.	Teori	Fakta	Keterangan
	Pola Eliminasi BAK Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang signifikas pada saat BAK (Kyle & Carman, 2020) BAB Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2020)	Dirumah: Ibu klien mengatakan saat driumah BAK 5-7x dalam sehari, warna kuning jernih dan bau khas urine. Sedangkan BAB 4x dalam sehari, dengan konsentasi warna kuning, sedikit berampas, dan bau khas feses. Di RS: BAK sudah 4x dengan pengeluaran urine 160ml, warna urine kuning jernih, lancar, dan bau khas urine. Sedangkan saat dikaji klien BAB 2x dengan warna feses kuning berampas dan bau khas feses.	Sesuai antara teori dan fakta
10.	Teori	Fakta	Keterangan
	Pola istirahat tidur Kaji waktu tidur penderita, lama tidur, kualitas tidur dan kebiasaan sebelum tidur (Ngastiyah, 2020)	Dirumah: Ibu klien mengatakan An.A tidur siang sekitar pukul 11.00 – 13.00 WIB. Dan malam hari pukul 21.00 – 06.00 WIB.	Sesuai antara teori dan fakta

		Di RS: Ibu klien mengatakan An.A rewel dan tidur sewaktu-waktu. Terkadang tidur 3-4 jam asal tidak terdengar suara berisik.	
11.	Teori	Fakta	Keterangan
	Keadaan Umum Umunya pada anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran <i>letargi, coma dan apatis</i> saat kejang berlangsung, dan akan kembali normal atau <i>compos metis</i> saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan nadi, respirasi, dan juga suhu (Nursalam, 2008)	Keadaan umum klien lemah, kesadaran composmetis, GCS E4 ₄ V5 ₅ M6 ₆ , tampak berbaring ditempat tidur, terkadang digendong, tampak rewel, dan terpasang infus D5 1/2 NS 1.000 cc/24 jam ditangan kiri. S : 38°C N: 100x/menit RR: 24x/menit	Sesuai antara teori dan fakta
12.	Teori	Fakta	Keterangan
	Kepala dan Leher Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala (Ngastiyah, 2020) Umumnya pada penderita dengan kejang demam tidak mengalami gangguan atau masalah yang signifikan pada leher (Ngastiyah, 2020)	Kepala : Bentuk kepala normal oval, ubun ubun sudah menutup, rambut berwarna merah kehitaman, kepala bersih, rambut lembut, tidak ada pembesaran kepala, tidak terdapat luka kepala. Leher : Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis, dan nadi carotis teraba kuat.	Sesuai antara teori dan fakta

13.	Teori	Fakta	Keterangan
	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, 2020)	Kedua mata simetris, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal, tidak ada kelainan, mata tidak cowong, pupil isokor.	Sesuai antara teori dan fakta
14.	Teori	Fakta	Keterangan
	Mulut dan Lidah 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 (Kyle & Carman, 2020).	Mukosa bibir lembab, lidah berwarna merah muda, tidak terjadi vomiting, reflek menelan baik, dan tidak ada stomatitis.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
15.	Teori	Fakta	Keterangan
	Thorax a. Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya <i>retraksi intercostal</i> , kedalaman dan upaya bernafas antara lain : <i>takipnea, dyspnea progresif</i> , pernafasan dangkal, dada corong (<i>pectus ekskavatum</i>) dada burung (<i>pectus karanatum</i>), <i>barrel chest</i> b. Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. c. Perkusi : Suara sonor d. Auskultasi : Suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi.	a. Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, tidak ada lesi, pergerakan dada simetris kanan kiri, pernafasan tidak dangkal. b. Palpasi : Vocal fremitus teraba sama getarannya kanan kiri. c. Perkusi : Suara paru sonor d. Auskulasi : Suara nafas normal vesikuler, tidak terdengar suara nafas tambahan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

16.	Teori	Fakta	Keterangan
	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	a. Inspeksi : Bentuk dada normal chest, nampak denyutan dada sebelah kiri. b. Palpasi : Teraba ictus cordis pada ICS V mid clavikula sinistra, tidak ada nyeri tekan c. Perkusi : Suara jantung pekak d. 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	Sesuai antara teori dan fakta
17.	Teori	Fakta	Keterangan
	Abdomen a. Inspeksi : Bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak b. Auskultasi : Biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltic usus c. Palpasi : Biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen. d. Perkusi : Suara abdomen <i>tympani</i> (Lumbangtobing, 2009)	a. Inspeksi : Bentuk perut datar, tidak terlihat banyangan pembuluh darah, tidak terdapat luka b. Auskultasi : Bising usus terdengar 13x/menit c. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan d. Perkusi : Suara perut tympani	Sesuai antara teori dan fakta

18.	Teori	Fakta	Keterangan																																																								
	Integumen a. Warna : pucat sampai sianosis b. Suhu : hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal (<36,5°C) c. CRT : cenderung normal (Kembali < 2 detik)	a. Warna : Tidak pucat (tidak terdapat sianosis) b. Kelembaban : Lembab c. Suhu : 38°C d. CRT : Kembali < 2 detik e. Akral : Hangat	Sesuai antara teori dan fakta																																																								
19.	Teori	Fakta	Keterangan																																																								
	Pemeriksaan Penunjang a) Glukuso Darah Pada kasus kejang demam sering didapati <i>hipoglikemia</i> pada pemeriksaan gula darah. <i>Hipoglikemia</i> merupakan faktor predisposisi kejang (N<200mq/dl). b) BUN Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi <i>neprotocsic</i> akibat dari pemberian obat. c) Elektrolit (K, Na) Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal=3,80-5,00 mq/dl) dan Natrium (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	<table> <tr> <th>Pemeriksaan</th><th>Hasil</th><th>Unit</th><th>Nilai Rujukan</th></tr> <tr> <td>DL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>WBC (Lekosit)</td><td>16.3 +</td><td>10³/ul</td><td>6.0 - 17.5</td></tr> <tr> <td>HGB (Hemoglobin)</td><td>11.7</td><td>g/dl</td><td>10.7 - 13.1</td></tr> <tr> <td>HCT (Hematokrit)</td><td>37.2</td><td>%</td><td>35.0 - 43.0</td></tr> <tr> <td>RDW</td><td>13.8</td><td>%</td><td>11.0 - 16.0</td></tr> <tr> <td>MCV</td><td>80.3</td><td>Fl</td><td>74.0 - 102.0</td></tr> <tr> <td>MCH</td><td>25.3</td><td>Pg</td><td>23.0 - 31.0</td></tr> <tr> <td>MCHC</td><td>31.5</td><td>g/dl</td><td>28.0 - 32.0</td></tr> <tr> <td>PLT (Trombosit)</td><td>367</td><td>10³/ul</td><td>217 – 497</td></tr> <tr> <td>PDW</td><td>9.4</td><td>Fl</td><td>9.0 - 17.0</td></tr> <tr> <td>MPV</td><td>8.4</td><td>Fl</td><td>8.0 - 11.0</td></tr> <tr> <td>NEU%</td><td>48.6</td><td>%</td><td>17.0 - 60.0</td></tr> <tr> <td>LYMPH%</td><td>32.8</td><td>%</td><td>20.0 - 70.0</td></tr> </table>	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan	DL				WBC (Lekosit)	16.3 +	10 ³ /ul	6.0 - 17.5	HGB (Hemoglobin)	11.7	g/dl	10.7 - 13.1	HCT (Hematokrit)	37.2	%	35.0 - 43.0	RDW	13.8	%	11.0 - 16.0	MCV	80.3	Fl	74.0 - 102.0	MCH	25.3	Pg	23.0 - 31.0	MCHC	31.5	g/dl	28.0 - 32.0	PLT (Trombosit)	367	10 ³ /ul	217 – 497	PDW	9.4	Fl	9.0 - 17.0	MPV	8.4	Fl	8.0 - 11.0	NEU%	48.6	%	17.0 - 60.0	LYMPH%	32.8	%	20.0 - 70.0	Sesuai antara teori dan fakta
Pemeriksaan	Hasil	Unit	Nilai Rujukan																																																								
DL																																																											
WBC (Lekosit)	16.3 +	10 ³ /ul	6.0 - 17.5																																																								
HGB (Hemoglobin)	11.7	g/dl	10.7 - 13.1																																																								
HCT (Hematokrit)	37.2	%	35.0 - 43.0																																																								
RDW	13.8	%	11.0 - 16.0																																																								
MCV	80.3	Fl	74.0 - 102.0																																																								
MCH	25.3	Pg	23.0 - 31.0																																																								
MCHC	31.5	g/dl	28.0 - 32.0																																																								
PLT (Trombosit)	367	10 ³ /ul	217 – 497																																																								
PDW	9.4	Fl	9.0 - 17.0																																																								
MPV	8.4	Fl	8.0 - 11.0																																																								
NEU%	48.6	%	17.0 - 60.0																																																								
LYMPH%	32.8	%	20.0 - 70.0																																																								

	Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang.	MXD%	18.6	%	1.0 - 11.0
		NEUT#	8.0	10 ³ /ul	1.1 – 6.6
		LYMPH#	5.3	10 ³ /ul	1.8 – 9.0
		MXD#	3.0	10 ³ /ul	< 1.0

20.	Teori	Fakta	Keterangan
	Diagnosa Keperawatan Diagnosa keperawatan yang dapat dibuat untuk kejang demam antara lain (PPNI, 2017) : - Hipertermi b/d Proses Penyakit (Infeksi) - Resiko Infeksi b/d Penurunan Hemoglobin - Resiko Tinggi Terjadinya Kejang Berulang b/d Peningkatan Suhu Tubuh - Resiko Cidera b/d Kejang Berulang - Risiko Perfusi Jaringan Cerebral Tidak Efektif b/d Perubahan Suplai Darah Ke Otak - Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas b/d Kerusakan Neuromuscular (Saraf Cranial Olfaktorius) - Kurang Pengetahuan/Penatalaksanaan Kejang b/d Keterbatasan Informasi	Hasil pengkajian dan observasi pada 06 Maret 2025 / Jam 16.30 WIB ditegakkan diagnosa: - Hipertermi b/d Proses Penyakit (Infeksi) - Resiko Tinggi Terjadinya Kejang Berulang b/d Peningkatan Suhu Tubuh	Sesuai antara teori dan fakta
21.	Intervensi Keperawatan Intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan evaluasi dari serangkaian intervensi keperawatan untuk pasien, berdasarkan analisa pengkajian, untuk membantu memecahkan masalah kesehatan dan keperawatan pasien (Amin Huda, H. K., 2016)	Sesuai dengan apa yang ditulis oleh penulis.	Perencanaan ditulis berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh pasien.

22. Implementasi Keperawatan Implementasi adalah langkah keempat dalam proses keperawatan. Tindakan yang dilakukan mungkin tidak dalam urutan yang sama seperti yang dilakukan dalam rencana. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan tindakan yang direncanakan, dalam keadaan terencana, tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien (Deborah, O., 2013).	Tindakan atau implementasi di lakukan pada saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena di sesuaikan dengan kondisi klien .	Dari semua perencanaan yang dibuat. Peneliti melakukan tindakan sesuai intervensi, akan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan, disesuaikan dengan kondisi klien.
23. 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. Evaluasi dalm bentuk SOAP (Subyektif, Obyejtif, Analisis, Planning).	Pada waktu di lakukan evaluasi selama 3 hari, klien mengalami keadaan membaik. Di hari pertama klien masih panas dengan suhu 38°C dan akral hangat, di hari kedua klien pansnya masih naik turun dengan suhu 37,4°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 18 bulan (1,5 tahun) dengan Kejang Demam (*Febris Convulsi*) pada klien An.A diruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, didapatkan hasil sebagai berikut:

4.2.1 Pengkajian Klien

Dari hasil pengkajian didapatkan kesenjangan pada bagian

1) Riwayat Kesehatan Keluarga

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit kejang demam maupun penyakit saraf dan penyakit menurun lainnya. An.A mempunyai riwayat kejang demam di usia 7 bulan yang disebabkan demam tinggi.

Berdasarkan teori Suharso (2012), kejang demam mempunyai factor genetik dari factor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50%. Kejang demam dapat diturunkan secara autosomal dominan sehingga anak yang memiliki salah satu orang tua yang pernah mengalami kejang demam saat kecil beresiko lebih tinggi mengalami kejang demam.

Peneliti berasumsi bahwa, klien mengalami kejang demam bukan karena adanya faktor keturunan dari keluarga, melainkan karena terjadi peningkatan suhu tubuh dan klien sudah pernah mengalami kejang demam pada saat panas sehingga akan berakibat terjadinya kejang demam berulang apabila terjadi peningkatan suhu tubuh.

2) Mulut dan Lidah

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa mukosa bibir lembab, refleks menelan pada klien baik, tidak terjadi vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva, tidak ada stomatitis, dan tidak terjadi sianosis mukosa bibir.

Berdasarkan teori Kyle dan Carman (2020) biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka terjadi mukosa bibir akan kering, reflex menelan dan menghisap mungkin sedikit berkurang, ataupun terjadi vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan sianosis mukosa mulut.

Peneliti berasumsi bahwa klien tidak mengalami penurunan kesadaran sehingga mukosa bibir klien lembab karena masih bisa minum dan dapat menelan dengan baik, tidak terjadi peningkatan produksi saliva ataupun terjadi sianosis.

3) Pemeriksaan Thorax

Faktanya saat pengkajian didapatkan pada pemeriksaan thorax (paru-paru) bagian inspeksi faktanya, bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, dan pernafasan tidak dangkal. Saat dilakukan auskultasi faktanya tidak terdengar suara nafas tambahan.

Berdasarkan teori Ngastiyah (2018) pada pemeriksaan thorak (paru-paru) bagian 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*. Saat dilakukan auskultasi menurut konsep teori terdapat suara nafas tambahan ronchi.

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

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

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

Berdasarkan teori PPNI (2017) ada beberapa diagnosa keperawatan pada klien dengan Kejang Demam adalah hipertermi berhubungan dengan reaksi inflamasi, resiko infeksi berhubungan dengan penurunan hemoglobin, resiko tinggi terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh, resiko cidera berhubungan dengan kejang berulang, risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif berhubungan dengan perubahan suplai darah ke otak, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan kerusakan neuromuscular (saraf cranial olfaktorius), dan kurang pengetahuan/penatalaksanaan kejang berhubungan dengan keterbatasan informasi.

Peneliti berasumsi bahwa adanya kesesuaian antara teori dan fakta, namun hanya beberapa diagnosa yang muncul dan disesuaikan dengan data yang diperoleh saat dilakukan pengkajian.

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan disusun berdasarkan teori-teori kepustakaan yang ada. Intervensi yang dilakukan pada klien sebagai berikut :

1. Hipertemia berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

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.

Tujuan : 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 2 diagnosa keperawatan 6 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

Faktanya implementasi dilakukan saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada, namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena disesuaikan dengan keadaan klien.

Berdasarkan teori implementasi keperawatan tindakan yang dilakukan mungkin tidak dalam urutan yang sama seperti yang dilakukan dalam rencana. Praktik keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang akan dilakukan sesuai dengan tindakan yang direncanakan, dalam keadaan terencana, tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien (Debora, O., 2013).

Peneliti berasumsi, dari semua perencanaan yang dibuat. Peneliti melakukan tindakan sesuai dengan intervensi akan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan, disesuaikan dengan kondisi 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 3 hari. Dari hasil evaluasi selama 3 hari, kondisi klien

sudah mulai ada perubahan dan masalah keperawatan teratasi klien pulang pada hari ke tiga.

Berdasarkan teori Debora, O, (2013) evaluasi adalah proses yang berkesinambungan mengukur dan memantau kondisi klien untuk mengetahui kesesuaian pengobatan, perbaikan tindakan pengobatan, kebutuhan klien saat ini, perlunya rujukan ke tempat kesehatan lain dan perlu menyusun kembali prioritas diagnosa sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi atau teratasi. Kerangka pembuatan kriteria hasil di buat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning).

Peneliti berasumsi, terdapat kesesuaian antara teori dan fakta dikarenakan evaluasi dilakukan sesuai teori. Evaluasi dilakukan selama 3 hari, sampai klien mengalami proses penyembuhan dan dihari terakhir kondisi klien sudah membaik dengan suhu tubuh dengan batas normal.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisa Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan *Kejang Demam* di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek selama tiga hari yang telah dilakukan maka peneliti dapat menarik kesimpulan sebagai berikut:

5.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang dilakukan secara komprehensif selama 3 hari kepada An. A di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo, didapatkan hasil:

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian didapatkan pada beberapa data terjadi kesenjangan antara fakta dan teori yang meliputi, riwayat kesehatan keluarga dikonsepsi teori kejang demam mempunyai faktor keturunan dari keluarga, tetapi faktanya didapatkan bahwa tidak ada anggota keluarga yang mempunyai penyakit kejang demam. Lalu pada pemeriksaan mulut dan lidah menurut konsep teori mukosa bibir kering, refleks menelan dan menghisap sedikit berkurang atau terjadi vomiting, namun pada faktanya mukosa bibir klien lembab, klien mampu menghisap dan menelan dengan baik tanpa mengalami muntah. Pada pemeriksaan thorax diparu paru pada saat di inspeksi menurut konsep teori terdapat retraksi intercosta sedangkan pada faktanya tidak ada retraksi intercosta pada saat dilakukan auskultasi menurut konsep teori terdapat suara nafas tambahan pada faktanya tidak terdengar suara nafas tambahan.

5.1.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan yang di temukan pada pasien yaitu:

- 1) Diagnosa pertama, hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (infeksi)

- 2) Diagnosa kedua, resiko tinggi terjadinya kejang demam berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

Pada tahap implementasi keperawatan, implementasi dilaksanakan berdasarkan intervensi yang telah disusun. Namun tidak semua intervensi dapat dilakukan.

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum sudah tidak terdapat tanda-tanda terjadi hipertermi dan resiko tinggi terjadinya kejang berulang.

5.2 Saran

Hasil studi ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada balita kejang demam dengan baik. Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam.

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian RSUD dr. Soedomo

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat berguna sebagai bahan masukan serta evaluasi dalam peningkatan kualitas pelayanan pada klien dengan kejang demam dan dapat memberikan perawatan pada klien dengan kejang demam secara optimal dalam rangka peningkatan kesembuhan klien serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam menambah informasi pengetahuan khususnya dalam pemberian Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam, serta dapat berguna sebagai dokumentasi dan bahan referensi guna menambah wawasan mahasiswa lainnya.

5.2.3 Bagi Peneliti

Dari hasil penelitian ini diharapkan sebagai bahan dalam meningkatkan pengetahuan dan menambah wawasan serta untuk mengembangkan ilmu tentang Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam, sehingga mampu menguasai secara optimal serta dapat mengaplikasikan ilmu yang didapat selama pendidikan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek.

5.2.4 Bagi Klien dan Keluarga

Dari hasil penelitian ini dapat berguna dalam memberikan informasi, motivasi untuk kesembuhan klien serta meningkatkan pengetahuan keluarga tentang pencegahan, dan penanganan pada klien kejang demam.

5.2.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi serta memperkaya ilmu dan dapat digunakan sebagai acuan bagi peneliti yang akan datang dengan variabel yang berbeda terutama untuk Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfiyanti, W. (2020). Penurunan Hipertermia Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat. *Studi Kasus*, 60.
- Apriany. (2023). *Buku Ajar Anak DII Keperawatan*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.
- Aprilia. (2022). Efektifitas Pendidikan Kesehatan Terhadap Pengetahuan Ibu Dalam Penanganan Kejang Demam Pada Anak Usia 1-5 Tahun Di Bidan Praktek Mandiri Yunita Kota Bekasi Tahun 2022. *Jurnal Pendidikan dan Konseling*, 59.
- Arvin, B. K. (2018). *Ilmu Kesehatan Anak* . Jakarta: Buku Kedokteran EGC .
- Asri Kusyani, Aimatur Robiyah, & Nisa, D. K. (2022). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam dan Diare*. Jakarta: EGC.
- Casman. (2023). *Buku Ajar Anak DIII Keperawatan Jilid III*. Jakarta Selatan: Mahakarya Citra Utama.
- Damanik, S. M. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. Jakarta: BMP.UKI : SDM.ES-29-KA-PK-2019.
- Deborah Siregar, Martina Pakpahan, & Mukhoirotin. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan Konsep, Teori dan Aplikasi* . Batam .
- Depkes. (2017). *Laporan Tugas Akhir*, 3.
- Dewi. (2021). Hubungan Berulangnya Kejang Demam pada Anak Dengan Riwayat Kejang di Keluarga. *Aesculapius Medical Journal*, 33.
- Dyna Apriany, Lia Herliana, Siti Rukayah, & Elyta, T. (2022). *Buku Ajar Anak DIII Keperawatan*. Jakarta: Mahakarya Citra Utama .

- Eltrikanawati. (2022). Edukasi Penanganan Kejang Demam Pada Balita dan Anak. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 184.
- Fakdawer, N. J. (2015). Laporan Kasus Kejang Demam. *ACADEMIA*, 1-2.
- Ferasinta. (2021). Aceh: EGC.
- Ferasinta, F., Nurnainah, N., & Rahim, R. (2021). *Konsep Dasar Keperawatan Anak* . Aceh.
- Ferasinta, Robin Dompas, Nurnainah, & Rahim, R. (2021). *Konsep Dasar Keperawatan Anak* . Aceh.
- Fitriana, R. (2021). Perilaku Ibu Dalam Penanganan Kejang Demam Pada Anak. *Journal of Telenursing*, 492.
- Hermalinda. (2024). *Deteksi Dini Tumbuh Kembang Anak Toddler* . Indramayu: Penerbit Adab .
- Indrayati, N. (2019). Peningkatan Kemampuan Orangtua Dalam Penanganan Pertama Kejang Demam Pada Anak. *Jurnal Peduli Masyarakat*, 7-12.
- Kurniati, A. (2018). *Keperawatan Gawat Darurat dan Bencana Sheehy*. Singapore.
- Kusyani. (2022). Jakarta: EGC.
- Kusyani. (2022). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam dan Diare*. Jakarta: EGC.
- Kyle. (2022). *Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Larasaty, D. (2023). *ASUHAN KEPERAWATAN ANAK DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG DAHLIA RSUD dr. SOEDOMO TRENGGALEK*. KTI, Trenggalek.
- Maghfirah. (2022). Kejang Demam Kompleks. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 71-80.

- Monalisa. (2023). *Bunga Rampai Keperawatan Anak*. Cilacap: Media Pustaka Indo.
- Murni. (2017). Perkembangan Fisik, Kognitif, dan Psikososial Pada Masa Kanak-Kanak Awal 2-6 Tahun. 19.
- Natalia. (2023). *Keperawatan Anak*. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia.
- Perdana, S. W. (2022). Penanganan Kejang Demam Pada Anak. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 703.
- Polopadang. (2019). *Proses Keperawatan Pendekatan Teori dan Praktik*. Gowa.
- Purwanti, O. S., & Maliya, A. (2008). Kegawatdaruratan Kejang Demam Pada Anak. *Berita Ilmu Keperawatan* , 98.
- Rosa, L. F. (2020). *Laporan tugas akhir*, 2.
- Samanta. (2024). Kejang Demam. 7.
- Setiawati, P. S. (2020). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Penanganan Kejang Demam Terhadap Self Efficacy Ibu di Rumah Sakit DKT TK IV 02.07.04 Kota Bandar Lampung. *MANUJU : MALAHAYATI NURSING JOURNAL*, P-ISSN : 2655-2728, 459-460.
- 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.
- Sirait, I. (2020). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 73.
- Siregar. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan Konsep, Teori dan Aplikasi*. Batam.
- Soetjiningsih. (2022). *Tumbuh Kembang Anak*. Surabaya: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).

Suharso D. (2012). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.

Sulastien. (2022). *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat*. Mataram: Guepedia.

Suryati, Dina Ramita, Sugeng Hadisaputra, & Indriati, G. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Jambi : Sonpedia Publishing Indonesia .

Tampake, R. (2023). *Bunga Rampai Patofisiologi Sistem Saraf*. Cilacap.

Togubu. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan. *Jurnal Kesmas*, 60.

Widyanto. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Kejang Demam Terhadap Peningkatan Keterampilan Ibu Dalam Memberikan Pertolongan Pertama Pada Anak Kejang Demam Di Desa Blukon Kabupaten Lumajang. *Jurnal Rumpun Ilmu Kesehatan*, 330-340.

Widyastuti, D. (2020). *Panduan Perkembangan Anak 0-1 Tahun*. Tangerang: EGC.

Windawati. (2020). Penurunan Hipertermia Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat. *Studi Kasus*, 60.

Lampiran 1 Lembar Konsultasi Pembimbing



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 MAHASISWA : Safira Anastasya Pramiswari

NIM : P17240221018

NAMA PEMBIMBING : Ns. Ixora,S.Kep.,M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	21 Januari 2025	- Pemilihan Departemen Keperawatan (Departemen Keperawatan Anak) - Pengajuan Judul (Asuhan Keperawatan Pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek)	
2.	22 Januari 2025	Revisi BAB 1 - Latar Belakang - Introduksi - Justifikasi - Kronologis - Konsep solusi	
3.	23 Januari 2025	Revisi BAB 2 - Numbering revisi Revisi BAB 3 - Kriteria partisipan	

4.	23 Januari 2025	Revisi BAB 1 • Angka kejadian kejang demam di Ruang Dahlia • Tambahkan angka pravelensi kejang demam di tahun 2023/2024	
5.	24 Januari 2025	Revisi BAB 2 • Patofisiologi dilengkapi • Uraian disesuaikan	
6.	25 Januari 2025	Revisi BAB 3 • Kriteria partisipan • Revisi untuk kriteria usia anak	
7.	26 Januari 2025	Penulisan sesuaikan kaidah dan perhatikan prosesnya (numbering)	
8.	27 Januari 2025	ACC Siapkan SEMPRO	
9.	16 April 2025	REVISI BAB 3 • Revisi waktu penelitian REVISI BAB 4 • Gambaran umum penelitian • Pembahasan (F T O)	
10.	21 April 2025	Revisi abstrak Revisi BAB 4 • Gambaran lokasi penelitian • Implementasi kalimat operasional • Lampiran	

11.	22 April 2025	ACC Siapkan Semhas	
12.	8 Mei 2025	• Revisi penomoran • Revisi penulisan intervensi	
13.	15 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 2 Lembar Konsultasi Penguji



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 MAHASISWA : Safira Anastasya Pramiswari
NIM : P17240221018
NAMA PENGUJI : Ns. Edi Yuswantoro, S.Kep., M.Kep

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	3 Februari 2025	Revisi Penulisan • Penomoran • Kutipan Pustaka • Teori/data saat px kejang	
2.	10 Februari 2025	Revisi penulisan kutipan	
3.	10 Februari 2025	ACC Proposal KTI Lanjut penelitian hasil	
4.	9 Mei 2025	Revisi sesuai arahan • Pengkajian • Intervensi	

5.	15 Mei 2025	• Evaluasi partisipan • Implementasi • Tambah evaluasi awal dinas	
6.	15 Mei 2025	ACC KTI	

Lampiran 3 Lembar Inform Conset

LEMBAR INFORM CONSENT

Nama saya Safira Anastasya Pramiswari. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi klien 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 serta jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa klien atau keluarga telah diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Trenggalek, 06-03-2025



(.....)

Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya wakil/pasien yang telah membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Safira Anastasya Pramiswari yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek” saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan menyetujui apabila saya dijadikan responden dan saya sebagai wakil/pasien bersedia menandatangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 06 - 03 - 2025



(.....)

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Akademik



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 546015
<https://poltekkes.malang.ac.id>

Trenggalek, 18 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/43/2025

Lamp. : 1 (satu) bendel

Perihal : Surat Mencari Data dan Ijin Melaksanakan Penelitian (Studi Kasus)

K e p a d a :

Yth.Sdr. Direktur RSUD Dr Soedomo

Kabupaten Trenggalek

di –

TRENGGALEK

Sehubungan dengan tugas akhir bagi mahasiswa tingkat III Poltekkes Kemenkes Malang Prodi D3 – Keperawatan Kampus Kab. Trenggalek diwajibkan untuk membuat Studi Kasus, maka mohon diperkenankan mahasiswa tersebut di bawah ini :

Nama : SAFIRA ANASTASYA PRAMISWARI

NIM : P17240221018

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

Untuk mencari data dan mengadakan penelitian Studi Kasus di unit / wilayah kerja saudara mulai, Februari s/d April 2025 sesuai proposal terlampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan disampaikan terima kasih.

Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek,



Ns.Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes

TEMBUSAN disampaikan kepada :

Yth. 1. Sdr. Kasi. Pelayanan Keperawatan.

2. Sdr. Karu Dahlia.

→ 3. Peneliti.

Lampiran 6 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit



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

Trenggalek, 04 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 69 /406.010.001/18.00/2025
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan Penelitian

Yth. Sdr. Ketua Prodi D-III Keperawatan Trenggalek
Poltekkes Kemenkes Malang
di
TRENGGALEK

Menjawab surat Saudara nomor DP.04.03/F.XIII.15.5/43/2025 tanggal 18 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : **SAFIRA ANASTASYA PRAMISWARI**
NIM : P17240221018
Program Studi : D-III Keperawatan
Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "**Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek**". Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

1. Memenuhi biaya penelitian sebesar Rp 250.000;
2. Mentaati Tata Tertib dan Protokol Kesehatan yang berlaku;
3. Melaporkan hasil penelitian tersebut kepada RSUD dr. SOEDOMO Kabupaten Trenggalek melalui Tim Koordinasi Pendidikan (Tim Kordik).

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

a.n. DIREKTUR RSUD dr. SOEDOMO
KABUPATEN TRENGGALEK
Kabid Pengembangan dan Pengendalian



Pembina
NIP. 19741026-199603 1 003

Tembusan disampaikan kepada:

- Yth. 1. Sdr. Kasi Pelayanan Keperawatan
2. Sdr. Ka. Instalasi Rawat Inap
3. Sdr. Ka.
RSUD dr. SOEDOMO Kab. Trenggalek
4. Sdr. Peneliti
5. Arsip

Lampiran 7 Lembar Pengkajian Keperawatan Anak

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

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

INTERVENSI

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

IMPLEMENTASI

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

EVALUASI

NO.	Tanggal / Jam	Diagnosa	Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi