

**-ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK KEJANG DEMAM
DI RUANG DAHLIA RSUD Dr. SOEDOMO TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

HIBATUL MASRIFA

(P17240223040)



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

2025

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

KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah studi kasus ini disusun sebagai salah satu persyaratan menyelesaikan program pendidikan Diploma III Keperawatan di Program Studi Keperawatan Trenggalek Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

HIBATUL MASRIFA

(P17240223040)



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

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Hibatul Masrifa
Tempat tanggal lahir : Trenggalek, 30 November 2003
Agama : Islam
Alamat : Rt 31 Rw 09 Dsn. Karang Ds. Wonocoyo
Kec. Panggul Kab. Trenggalek
Handphone : 081217761774
Email : hibatulmasrifa@gmail.com



Riwayat Pendidikan :

1. TK Dharma Wanita Wonocoyo lulus tahun 2009
2. SDN 2 Wonocoyo lulus tahun 2016
3. SMPN Negri 1 Panggul lulus tahun 2019
4. SMAN Negri 1 Panggul lulus tahun 2022
5. Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Program Studi D3 Keperawatan
Trenggalek lulus tahun 2025

Riwayat Organisasi :

1. Anggota UKM Puspenitetri Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Program Studi D3 Keperawatan Trenggalek.

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Hibatul Masrifa

Nim : P17240223040

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 orang lain yang saya akui sebagai hasil 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.

Trenggalek, Mei 2025

Mengetahui,

Pembimbing

Yang membuat pernyataan

Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Hibatul Masrifa
NIM : P17240223040

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Hibatul Masrifa (P17240223040) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Trenggalek, Mei 2025

Pembimbing

Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Hibatul Masrifa (P1724023040) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia
RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**, telah dipertahankan di depan dewan penguji
pada tanggal Mei 2025

Dewan Penguji

Ketua Penguji

Anggota Penguji

Awan Hariyanto, S.Kep.Ns, M.Kes
NIP. 919800707201901101

Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
NIP. 196911211992032005

Mengetahui,
Ketua Jurusan Keperawatan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 197608102002122001

MOTTO

“Berproses lambat belum tentu gagal, tergesa – gesa juga tidak menjanjikan keberhasilan. Intinya jangan berhenti untuk terus berproses yaaa.....banyakin terus do’a-nya, insyaAllah nanti Allah bantu”

PERSEMBAHAN

Bismillahirrahmanirrahim

Alhamdulillah, tidak ada kata yang lebih indah untuk menggambarkan rasa syukur atas segala Rahmat-Mu Ya Allah, Tuhan Yang maha Esa. Atas semua tuntunan Mu saya bisa menjadi pribadi yang mampu untuk berpikir dan mampu menyelesaikan tugas akhir ini. Terimakasih telah menghadirkan orang – orang yang selalu mendukung dan memberikan semangat untuk menyelesaikan tugas akhir ini dengan baik. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal untuk masa depan dan impianku nanti.

Dengan ini saya persembahkan karya kecil ini untuk ...

Untuk Ayah, Ibu, dan Kakak

Ayah, Ibu ...Apa yang ku dapat saat ini belum sebanding untuk membalas semua kebaikan, keringat dan do'a yang selalu kalian berikan. Terimakasih atas semua do'a dan dukungan yang tidak pernah berhenti kalian berikan, semoga ayah dan ibu selalu diberikan kesehatan, selalu bahagia dunia akhirat, dan do'a kan semoga aku bisa membalas semua kebaikan ayah dan ibu suatu hari nanti. Dan untuk Kakakku tersayang, terima kasih banyak atas perhatian, pengertian, support, do'a yang selalu kau berikan. Semoga selalu diberikan kesehatan, bahagia dengan keluarga kecilmu, dan do'a kan adikmu ini menjadi orang yang sukses sepertimu kelak. Thankyou my family.

Untuk Bapak Ibu Dosen

Terimakasih untuk tenaga, waktu, dan pikiran yang telah Bapak dan Ibu dosen berikan untuk saya. Terimakasih sudah mendampingi saya selama 3 tahun dengan penuh kesabaran. Ilmu yang Bapak dan Ibu berikan tak ternilai harganya. Mohon maaf atas segala kesalahan yang saya perbuat selama saya kuliah di kampus ini.

Semoga Bapak dan Ibu selalu sehat.

Untuk Teman-Teman

Terimakasih untuk semua kenangan yang kalian berikan selama 3 tahun bersama. Semoga senang dan sedih selama kuliah ini bisa menjadi cerita untuk dikenang bersama. Terkhususnya untuk teman sebinginganku , terimakasih atas canda dan tawa setiap hari untuk menghilangkan rasa dizzy after bimbingan. Semoga kita semua sukses dengan jalan kita masih – masing, Aamiin. See you when i see you.

KATA PENGANTAR

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

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

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen,.M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi Diploma 3 Keperawatan Kampus V Trenggalek.
2. Dr. Erlina Suci Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep., selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah mengelola sumber daya jurusan dan menyelenggarakan pendidikan.
3. Dr. Mokh.Rofiq Hindiono, M.M.R.S selaku Direktur Rumah Sakit RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah memberikan tempat izin melakukan penelitian untuk menyusun Karya Tulis Ilmiah.
4. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes., selaku Kaprodi Diploma 3 Keperawatan Trenggalek dan selaku pembimbing yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.

5. Awan Hariyanto, S.Kep,Ns, M.Kes selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan bimbingannya dalam menyusun 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 Trenggalek.
7. Dosen dan staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus V Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Kepada keluarga An. M selaku responden yang memberikan bantuan dan izin dalam melakukan penelitian untuk tugas akhir saya. Saya ucapkan terima kasih telah memberikan kesempatan tersebut kepada penulis.
9. Orang tua dan seluruh teman – teman yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, maka dengan segala kerendahan hati saran dan kritik yang konstruktif sangat peneliti harapkan demi perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Demikian Karya Tulis Ilmiah ini, semoga dapat bermanfaat dan menambah wawasan bagi pembaca.

Trenggalek, Mei 2025

HIBATUL MASRIFA

NIM: P17240223040

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
CURICULUM VITAE	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
MOTTO.....	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
ABSTRAK.....	xiii
<i>ABSTRACT</i>	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
DAFTAR ISTILAH.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah.....	4
1.4 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum.....	5
1.4.2 Tujuan Khusus.....	5
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Kejang Demam	7

2.1.1 Definisi Penyakit	7
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	9
2.1.5 Patofisiologis	11
2.1.6 Komplikasi	12
2.1.7 Penatalaksanaan.....	15
2.1.8 Pencegahan.....	16
2.2 Konsep Dasar Anak	17
2.2.1 Definisi Anak	17
2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak.....	17
2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak	19
2.2.4 Tumbuh Kembang Anak	21
2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang	22
2.2.6 Tahapan Tumbuh Kembang Anak.....	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan	27
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	28
2.3.2 Analisa Data	33
2.3.3 Diagnosa Keperawatan	33
2.3.4 Intervensi Keperawatan	34
2.3.5 Implementasi	34
2.3.6 Evaluasi.....	34
2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Kejang Demam	35
2.4.1 Pengkajian	35
2.4.2 Diagnosa Keperawatan	42
2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan	53
2.4.4 Implementasi Keperawatan	64
2.4.5 Evaluasi Keperawatan.....	64
BAB 3 METODE PENELITIAN	66
3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian.....	66
3.2 Batasan Istilah	67
3.3 Partisipan.....	67

3.4 Lokasi dan Waktu	68
3.4.1 Lokasi.....	68
3.4.2 Waktu.....	68
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	68
3.5.1 Instrumen	68
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	69
3.5.3 Proses Pengumpulan Data.....	69
3.6 Analisis Data	71
3.7 Uji Keabsahan Data	72
3.7.1 Kepercayaan (<i>Credibility</i>).....	72
3.7.2 Keteralihan (<i>Transferability</i>).....	73
3.7.3 Kebergantungan (<i>Dependability</i>)	73
3.7.4 Kepastian (<i>Confirmability</i>).....	73
3.8 Etika Penelitian.....	73
3.8.1 <i>Informed consent</i> (lembar persetujuan menjadi responden)	74
3.8.2 <i>Anonymity</i> (tanpa nama)	74
3.8.3 <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan)	74
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	75
4.1 Hasil.....	75
4.2 Pembahasan.....	118
BAB 5 SIMPULAN DAN SARAN.....	129
5.1 Simpulan.....	129
5.2 Saran.....	131
DAFTAR PUSTAKA	133
LAMPIRAN.....	135

ABSTRAK

Hibatul Masrifa (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Observasional Analitik, Program Studi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek, Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Pembimbing : Ns, Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes.,

Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam diantaranya adalah infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti otitis media akut, bronkitis dan tonsilitis. Kejang demam biasanya diawali dengan terjadinya peningkatan suhu tubuh. Peningkatan suhu tubuh yang tidak segera diobati akan menyebabkan timbulnya kejang. Sebelum anak mengalami kejang, biasanya anak menunjukkan perilaku yang aneh seperti anak kurang merespons, kedua bola mata mengarah ke atas, adanya kekakuan pada leher dan ekstremitas, sesak nafas serta kehilangan kesadaran. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan pada klien Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Kriteria partisipan yaitu ibu bersedia anaknya dijadikan responden dibuktikan tanda tangan informed consent, klien dengan keadaan kesadaran penuh (compos mentis), klien dengan kejang demam berulang lebih dari 1x selama 24 jam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek tanpa melihat durasi dan frekuensi kejang demam. Analisis dilakukan dengan mencari kesenjangan teori dan fakta yang ditemukan pada kondisi klien. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesesuaian dan kesenjangan antara teori dan fakta. Kesenjangan ditemukan pada riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat kesehatan keluarga, pola eliminasi, pola istirahat tidur, pemeriksaan kepala dan leher, pemeriksaan mata, pemeriksaan thorax. Peneliti merumuskan 2 masalah keperawatan yaitu hipertermia dan risiko cedera. Intervensi disusun berdasarkan sumber kepustakaan dan dilaksanakan sesuai standar operasional prosedur di tempat pengambilan kasus. Implementasi dilaksanakan sesuai intervensi yang disusun. Dan evaluasi dilakukan selama 3 hari dengan masalah teratasi pada setiap diagnosa yang muncul. Kejang Demam memerlukan perawatan khusus untuk mencapai kesembuhan dengan menjaga suhu tubuh agar tetap normal, mengubah pola hidup yang sehat, rutin pengobatan agar tidak risiko terjadinya kejang berulang.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Klien, Kejang Demam

ABSTRACT

Hibatul Masrifa (2025). *Nursing Care for Clients with Febrile Seizures in the Dahlia Room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital*. Scientific Paper of Analytical Observation, D3 Nursing Study Program Trenggalek Regency Campus Nursing Department, Health Polytechnic, Ministry of Health, Malang.

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

Conditions that can cause febrile seizures include is an infection that affects extracranial tissues such as acute otitis media, bronchitis and tonsillitis. Febrile seizures usually begin with an increase in body temperature. An increase in body temperature that is not treated immediately will cause seizures. Before a child experiences a seizure, the child usually shows strange behavior such as the child is less responsive, both eyeballs are directed upwards, there is stiffness in the neck and extremities, shortness of breath and loss of consciousness. The purpose of this study was to provide Nursing Care to clients with febris convulsion in the Dahlia Room, RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The research design used is descriptive qualitative with case study approach. The participant criteria were mothers who were willing for their children to be respondents as evidenced by the signing of informed consent, clients with a state of full consciousness (compos mentis), clients with recurrent febris convulsion more than 1x during 24 hours in the Dahlia Room RSUD dr. Soedomo Trenggalek without looking at the duration and frequency of febris convulsion. The analysis was carried out by looking for gaps in theory and facts found in the client's condition. The results of the study showed that there was conformity and gap between theory and facts. Gaps were found in pregnancy and childbirth history, growth and development history, family health history, elimination patterns, sleep rest patterns, head and neck examinations, eye examinations, and thorax examinations. Researchers formulated 2 nursing problems, namely hyperthermia and implemented according to standard operating procedures at the case collection site. Implementation was carried out according to the interventions that were prepared. And the evaluation was carried out for 3 days with problems resolved in each diagnosis that emerged. Febris Convulsion required special treatment to achieve recovery by maintaining normal body temperature, changing a healthy lifestyle, regular medication to avoid the risk of recurrent seizures.

Keyword : *Nursing Care, Clients, Febris Convulsion.*

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	11
--------------------------------	----

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CRT	: Cardiac Resynchronization Therapy
EEG	: Elektro Encolografi
EKG	: Elektro Kardiogram
ISPA	: Inspeksi Saluran Pernafasan Atas
O2	: Oksigen
WHO	: World Health Organization
ATP	: Adenosin Trifosfat
BB	: Berat Badan
MG	: Miligram
KG	: Kilogram
RR	: Respiratory Rate
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Interb=vensi Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
HCU	: Haigh Care Unit
RL	: Ringer Laktat
TB	: Tinggi Badan
TD	: Tekanan Darah
BUN	: Blood Urea Nitrogen

DAFTAR ISTILAH

<i>Bronkitis</i>	: Radang selaput saluran bronkial, yang membawa udara ke dan dari paru-paru.
<i>Composmentis</i>	: Sadar sepenuhnya.
<i>Edema</i>	: Koleksi cairan biasanya di rongga paru-paru atau ekstremitas bawah karena volume air yang berlebihan.
<i>Faringitis</i>	: Radang pangkal tenggorokan.
<i>Hiperplasi gingiva</i>	: Pertumbuhan berlebih jaringan gusi disekitar gigi.
<i>Hipertermia</i>	: Kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi.
<i>Hipoglikemia</i>	: Gula darah rendah.
<i>Hipoksia</i>	: Kekurangan oksigen dalam darah.
<i>Infeksi</i>	: Keberhasilan mikroorganisme patogenik untuk menginvasi, menetap. Tumbuh dalam jaringan tubuh hospesnya.
<i>Meningitis</i>	: Radang selaput otak mikroskop electron
<i>Otitis Media</i>	: Pembengkakan saraf optic mata karena adanya tekanan pada otak.
<i>Pneumonia</i>	: Infeksi yang menimbulkan peradangan pada kantung udara disalah satu atau kedua paru-paru, yang dapat berisi cairan radang telinga Tengah
<i>Ronchi</i>	: Suara nafas tambahan yang bernada rendah yang terjadi akibat adanya penyumbatan jalan nafas biasanya akibat adanya lendir.

<i>Sianosis</i>	: Kebiruan.
<i>Tonik</i>	: Zat yang digunakan untuk mengembalikan kondisi normal jaringan.
<i>Tonik-klinik</i>	: Salah satu penyakit kejang terhadap epilepsy yang dimulai dengan fase tonik, yaitu kontraksi yang terjadi pada otot secara tiba-tiba yang menyebabkan pasien jatuh dan terbaring kaku.
<i>Tonsilitis</i>	: Peradangan pada dua bantalan jaringan berbentuk oval di belakang tenggorokan.
<i>Tympani</i>	: Perut kembung untuk melakukan kegiatan, nafsu tidur berlebihan, muncul pada penderita penyakit otak atau keracunan
<i>Virus</i>	: Mikroorganisme yang dapat dilihat menggunakan mikroskop elektron.
<i>Vomiting</i>	: Muntah.

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Izin Penelitian	135
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit.....	136
Lampiran 3 Informed Consent.....	137
Lampiran 4 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	138
Lampiran 5 Format Asuhan Keperawatan.....	139
Lampiran 6 Lembar Konsultasi.....	152

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Asuhan Keperawatan merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Asuhan keperawatan sendiri diberikan kepada pasien/klien mulai dari bio-psiko-sosial, terutama pada anak yang mengalami penyakit kejang demam. Kejang Demam merupakan kejang yang terjadi pada anak akibat demam tinggi, tanpa adanya penyakit otak yang sudah diketahui sebelumnya. Kejang demam seringkali terjadi pada anak – anak di bawah usia 5 tahun, dan biasanya tidak menyebabkan masalah jangka panjang. Meskipun demikian, kejang demam tetap perlu diwaspadai dan diperhatikan oleh orang tua serta tenaga medis, karena bisa menyebabkan komplikasi jika tidak ditangani dengan baik. Beberapa masyarakat menganggap bahwa kejang demam atau biasa dikenal dengan penyakit step merupakan hal yang sudah biasa terjadi, masih ada sebagian orang tua menganggap kejang demam itu adalah panas tinggi biasa atau tidak berbahaya, dan kebanyakan orang tua masih banyak yang belum mengetahui bagaimana cara mengatasi anak yang mengalami kejang demam. Karena, apabila tidak segera ditangani akan berdampak buruk terhadap anak. Pentingnya asuhan keperawatan dalam menghadapi kejang demam yaitu untuk membantu menurunkan angka kejadian kejang demam di Indonesia. Dalam hal ini perawat mempunyai peran penting dalam membuat asuhan keperawatan pada anak kejang demam, salah satunya

yaitu menurunkan risiko terjadinya kejang berulang dengan cara mengontrol terjadinya peningkatan suhu tubuh pada anak dan mengendalikan infeksi penyebab demam.

Organisasi Kesehatan Dunia (*WHO*) memperkirakan pada tahun 2020 prevalensi pasien kejang demam akan lebih dari 18,5 juta dan lebih dari 155.000 di antaranya akan meninggal (Rahman Fauzi W, 2022). Angka kejadian kejang demam di Dunia pada rentang usia 6-36 bulan di Amerika mencapai 1,5 juta jiwa. Di Eropa tercatat sebanyak 2-4% kejadian kejang demam, sedangkan di Jepang sebesar 8,8% dan India 5-10% tercatat ditahun 2021. Di wilayah Asia angka kejadian kejang demam tercatat lebih tinggi dari Negara yang lain yaitu sebesar 80-90% kasusnya adalah kejang demam sederhana (Syarifa Tunnisa, 2021). Kejadian kejang demam di Jawa Timur sebanyak 2-3% dari 100 anak di tahun 2020 (Abidah & Novianti, 2021). Prevalensi kejang demam pada anak di Indonesia tahun 2021 dilaporkan bahwa sebesar 90% kasus kejang demam yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan (Rahayu dan Muhsinin, 2022). Berdasarkan penelitian Destalya Natasa Suritama yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 tahun dengan kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek tahun 2024 bahwa, diperoleh data kasus kejang demam yaitu 12 kasus pada bulan Januari – Maret tahun 2024 (Suritama 2024).

Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam di antaranya adalah infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti otitis media akut, bronkitis dan tonsiliti. Kejang demam biasanya diawali dengan terjadinya peningkatan suhu tubuh. Peningkatan suhu tubuh yang tidak segera diobati akan

menyebabkan timbulnya kejang. Sebelum anak mengalami kejang, biasanya anak menunjukkan perilaku yang aneh seperti anak kurang merespons, kedua bola mata mengarah ke atas, adanya kekakuan pada leher dan ekstremitas, sesak nafas serta kehilangan kesadaran. Biasanya gejala ini akan berlangsung selama 2 menit dan jika kejadian tersebut lebih dari 15 menit dalam waktu 1x24 jam serta tidak adanya pertolongan dengan segera mungkin maka akan berdampak terhadap timbulnya kelumpuhan otak, keterlambatan pertumbuhan seperti keterlambatan dalam hal motorik ataupun pergerakan, keterlambatan bicara serta keterlambatan dalam hal berpikir bahkan dapat mengakibatkan kematian (Larasaty 2023).

Dampak yang ditimbulkan kejang demam sangat berbahaya bagi anak, sehingga perlunya dilakukan penanganan kejang demam. Penanganan kejang demam pada anak sangat tergantung pada peran orang tua, terutama pada ibu. Penanganan kejang demam yang dilakukan ibu diharapkan dapat meminimalisir dampak yang ditimbulkan pada anak (Resti, Indriati, and Arneliwati 2020). Penanganan kejang demam terbagi menjadi 2, yaitu penanganan tanpa obat (terapi non-farmakologis) dan dengan obat (terapi farmakologis). Penanganan tanpa obat yang dapat membantu menurunkan suhu tubuh meliputi pemberian cairan, penggunaan kompres, melindungi dari trauma, dan menghindari penggunaan pakaian terlalu tebal. Penanganan dengan obat dilakukan dengan pemberian obat golongan antipiretik dan antibiotik yang dapat menurunkan suhu tubuh dengan berbagai mekanisme (Sudibyo et al. 2020). Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengatasi kejang demam. Salah satunya yaitu dengan melakukan kompres hangat, memonitor suhu tubuh, memberikan obat

paracetamol untuk menurunkan panas, dan memberikan injeksi intevena. Perawat dapat memberikan asuhan keperawatan dalam bentuk sistem pendukung dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia, memberikan asuhan keperawatan melalui proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosa keperawatan, dan mengambil tindakan yang tepat untuk direncanakan dan dilaksanakan dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dievaluasi untuk melihat tingkat perkembangannya (Syahputra 2022). Berdasarkan latar belakang di atas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah pada studi kasus ini adalah dibatasi masalah tentang asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam berulang lebih dari 1x selama 24 jam.

1.3 Rumusan Masalah

Dari latar belakang yang telah dipaparkan maka rumusan masalah pada karya tulis ilmiah ini adalah Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Anak yang mengalami kejang demam berulang lebih dari 1x selama 24 jam?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini agar penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada anak kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 2) Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan pada anak 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 Pada Anak dengan kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Menganalisis kesenjangan antara teori dan fakta pada anak dengan kejang 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 pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan Asuhan

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

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan sebagai sumber data atau referensi bagi peneliti maupun institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek, dan sebagai masukan dalam meningkatkan pengetahuan peserta didik dalam hal Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam.

2) Bagi Lahan Penelitian atau Tenaga Kesehatan

Sebagai sumber informasi dan pertimbangan bagi lahan penelitian atau tenaga kesehatan untuk strategi dan usaha peningkatan mutu pelayanan kesehatan khususnya dalam pemenuhan kebutuhan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam.

3) Bagi Klien dan Keluarga Klien

Dari hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan serta informasi dalam Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam.

4) Bagi Peneliti

Sebagai pengalaman belajar dalam proses penelitian dan sebagai pengembangan serta penerapan ilmu terkait dengan Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Penyakit

Kejang demam atau lebih dikenal dengan penyakit step pada anak terjadi akibat kenaikan suhu tubuh (di atas 38°C) atau disebut dengan demam yang tinggi. Demam tinggi umumnya disebabkan oleh infeksi virus atau bakteri, jamur/parasit, peningkatan metabolisme tubuh, dan tingkah laku. Biasanya, kejang demam pada anak dialami dari usia 6 bulan sampai dengan 5 tahun. Beberapa masyarakat menganggap bahwa kejang demam atau biasa dikenal dengan penyakit step merupakan hal yang sudah biasa terjadi, masih ada sebagian orang tua menganggap kejang demam itu adalah panas tinggi biasa atau tidak berbahaya, dan kebanyakan orang tua masih banyak yang belum mengetahui bagaimana cara mengatasi anak yang mengalami kejang demam.

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh, biasanya suhu rektal diatas 38°C, sebagian besar kejang demam merupakan kejang umum. Bentuk kejang umum yang sering dijumpai adalah mata mendelik atau terkadang berkedip-kedip, kedua tangan dan kaki kaku, terkadang diikuti kelojotan, dan saat kejang anak tidak sadar tidak memberi respons apabila dipanggil atau diperintah (Syamara 2020)

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Kejang demam dibagi menjadi 2 yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks.

1) Kejang Demam Sederhana

Kejang demam sederhana memiliki durasi kejang yang singkat, kurang dari 15 menit, dapat berhenti sendiri secara spontan, jenis kejang merupakan kejang umum, tidak berulang dalam 24 jam.

2) Kejang Demam Kompleks

Kejang demam kompleks memiliki durasi kejang yang lama, lebih dari 15 menit, kejang yang lebih dari satu kali dalam 24 jam atau kejang berulang (Suritama 2024)

2.1.3 Etiologi

(Suritama 2024) Menurut penyebab utama kejang demam adalah demam yang tinggi. Demam yang terjadi sering disebabkan oleh :

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

Semua jenis infeksi yang bersumber di luar susunan saraf pusat yang menimbulkan demam dapat menyebabkan kejang demam. Penyakit yang paling sering menimbulkan kejang demam adalah infeksi saluran pernafasan atas, otitis media akut (cairan telinga yang tidak segera dibersihkan akan merembes ke saraf di kepala pada otak dapat

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

2.1.4 Manifestasi Klinis

(Syamara 2020) Manifestasi klinis yang dapat ditemukan pada anak dengan kejang demam adalah sebagai berikut :

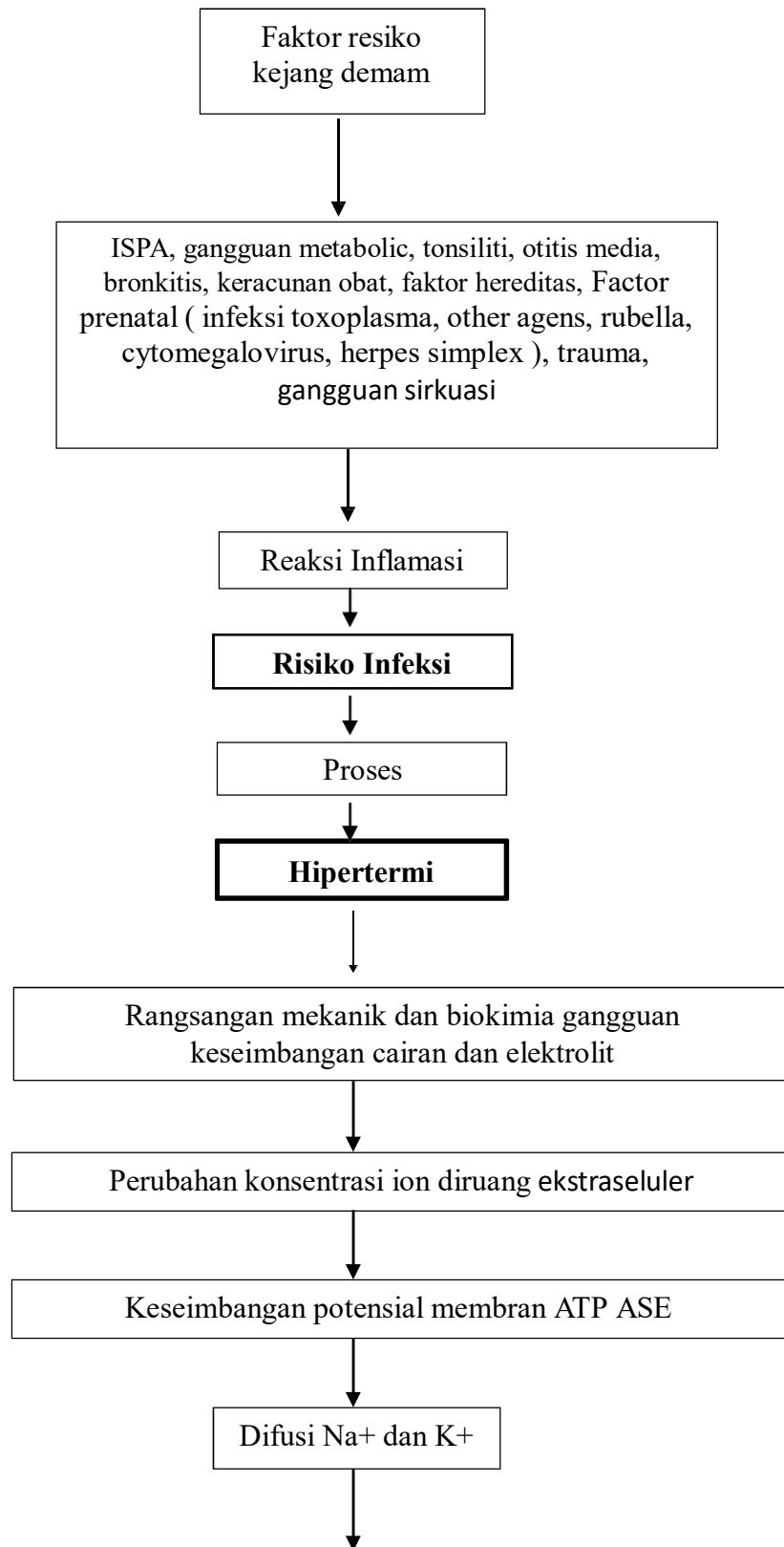
- 1) Kejang Demam Sederhana
 - a) Suhu tubuh naik lebih dari 38°C
 - b) Berlangsung singkat kurang dari 15 detik
 - c) Kejang tidak berulang dalam 24 jam
 - d) Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang

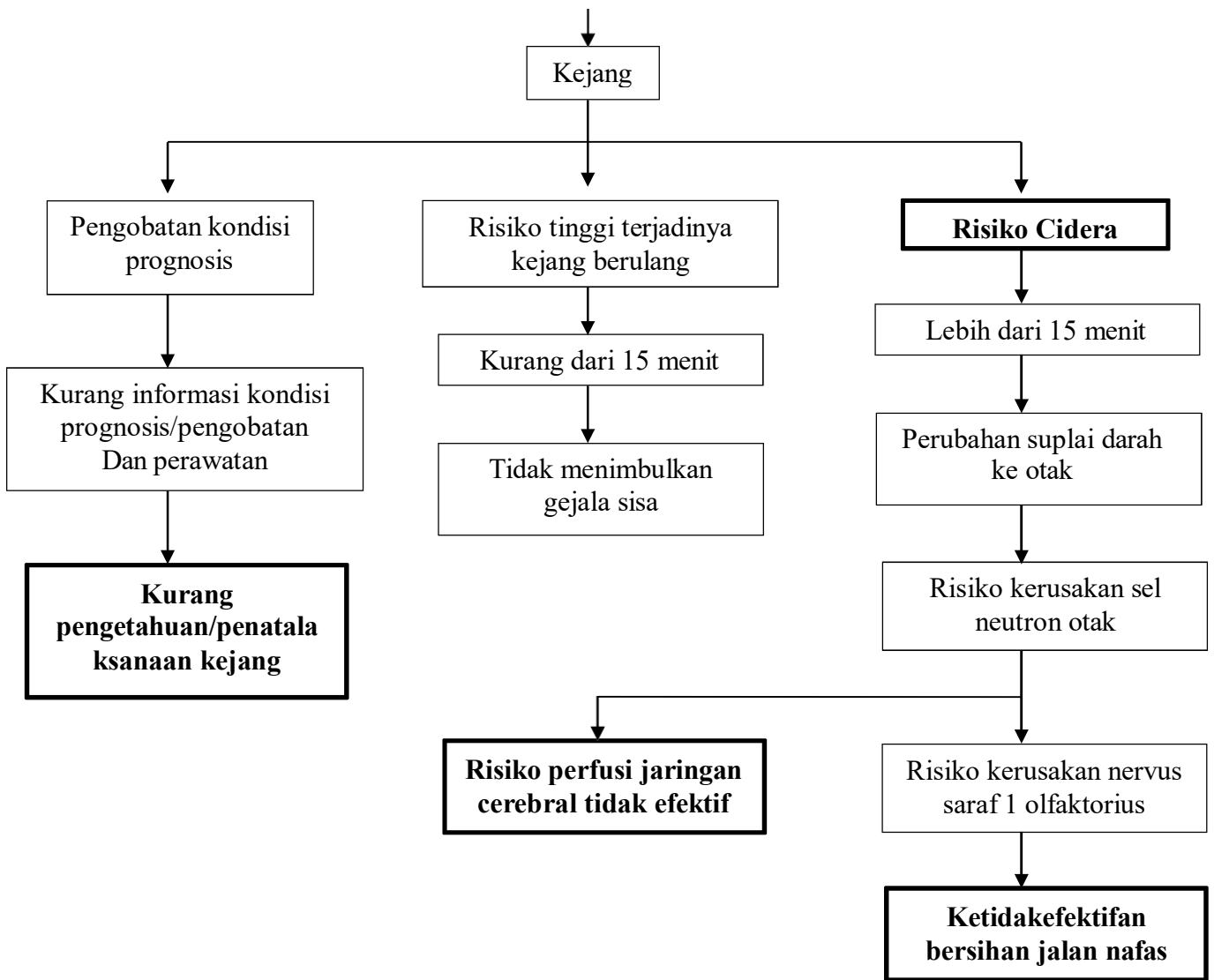
- e) Kejang demam umum tonik klonik, anak dapat terlihat mengantuk setelah kejang

2) Kejang Demam Kompleks

- a) Suhu tubuh naik lebih dari 38°C
- b) Berlangsung lebih dari 15 detik
- c) Kejang berulang dalam 24 jam
- d) Ada kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang
- e) Kejang fokal/parsial, atau kejang focal menjadi umum

2.1.5 Patofisiologis





Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam (Ngatsiyah, 2005)

Uraian

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

mengakibatkan resiko cidera jika pada saat kejang lebih dari 15 menit bisa mengakibatkan perubahan suplai darah ke otak sehingga terjadi resiko kerusakan sel 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 (Ngastiyah, 2005).

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi kejang demam menurut (Syamara 2020) adalah :

1) Kerusakan neurotransmitter

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

2) Epilepsy

Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy 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 6 bulan sampai 5 tahun .

4) Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam

2.1.7 Penatalaksanaan

1) Secara Umum

Menurut (Syamara 2020), penatalaksanaan pada anak kejang demam adalah sebagai berikut:

- a) Pertama-tama tenangkan dan yakinkan orang tua bahwa kejang demam memiliki prognosis yang sangat baik, risiko kematian sangat kecil, demikian pula dengan terjadinya epilepsi dimasa mendatang.
 - b) Saat timbul serangan kejang segera pindahkan anak ke tempat yang aman seperti di lantai yang diberi alas lunak tapi tipis, jauh dari benda-benda berbahaya seperti gelas, pisau.
 - c) Pastikan jalan napas tidak terhalang.
 - d) Pakaian ketat longgarkan.
 - e) Letakkan anak dalam posisi miring.
 - f) Ventilasi ruangan harus cukup supaya terjadi pertukaran oksigen lingkungan.
 - g) Sebaiknya orang tua menyediakan diazepam peranus di rumah sehingga saat serangan kejang anak dapat segera diberikan. Dosis peranus 5 mg untuk BB kurang dari 10 kg, untuk BB lebih dari 10 kg diberikan dosis 10 mg.
 - h) Kalau beberapa menit kemudian tidak membaik atau tidak tersedianya diazepam maka segera bawa anak ke rumah sakit.
- 2) Menurut (Suritama 2024) penatalaksanaan yang dilakukan saat pasien di rumah sakit adalah :

- a) Pemberian diazepam intravena dengan panduan dosis untuk berat badan yang kurang dari 10 kg dosisnya 0,5-0,7 mg/kg BB, di atas 20 kg dosisnya 0,5 mg/kg BB. Jika setelah pemberian pertama masih timbul kejang, maka 15 menit kemudian diberikan injeksi diazepam intravena dengan dosis yang sama. Apabila masih timbul kejang, maka 15 menit kemudian diberikan injeksi diazepam ketiga secara intramuskuler dengan dosis yang sama.
- b) Pemberian oksigen, untuk membantu kecukupan perfusi jaringan.
- c) Pemberian cairan untuk terapi intravena.
- d) Selama keadaan belum memungkinkan antikonvulsan diberikan secara suntikan dan apabila sudah membaik dilanjutkan secara oral.

2.1.8 Pencegahan

(Suritama 2024) Pencegahan difokuskan pada pencegahan kekambuhan berulang dan pencegahan segera saat kejang berlangsung.

- 1) Pencegahan berulang
 - a) Mengobati infeksi yang mendasari kejang
 - b) Pendidikan kesehatan tentang :
 - (1) Tersedianya obat penurun panas yang didapat atas resep dokter.
 - (2) Berikan obat antipiretik bila orang tua mengetahuinya pada saat mulai demam dan jangan menunggu sampai demam meningkat.
 - (3) Tersedianya alat pengukur suhu dan catatan penggunaan thermometer, cara mengukur suhu anak, serta keterangan suhu normal pada anak ($36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$).

- 2) Mencegah cedera saat kejang berlangsung, kegiatan ini meliputi
 - a) Baringkan pasien pada tempat yang rata.
 - b) Kepala dimiringkan untuk menghindari aspirasi cairan tubuh.
 - c) Lepaskan pakaian yang ketat.
 - d) Jangan melawan gerakan pasien guna menghindari cedera.

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Anak adalah manusia yang unik berusia antara 0 sampai 18 tahun yang memiliki kebutuhan yang berbeda dengan orang dewasa karena sedang dalam proses tumbuh kembang.

Anak menurut Undang - Undang di Indonesia adalah seseorang yang berusia di bawah 18 tahun. Hal ini sesuai dengan Undang - Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak. Di dalam undang-undang tersebut, anak diakui sebagai individu yang berhak mendapatkan perlindungan, pemenuhan hak-haknya, dan juga memiliki tanggung jawab sesuai dengan usianya (Abdi 2024).

2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak

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

- 1) Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, 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 adalah 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, sosial 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 mengingat anak adalah penerus generasi bangsa.
- 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 adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai

makhluk biopsikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat

- 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)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak

cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

2) Konsep Sehat Sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan.

3) Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

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.

2.2.4 Tumbuh Kembang Anak

Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat pada waktu yang normal. Pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau keadaan jasmaniah) yang hereditas dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan. Jadi, pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis (Wawo Ika, 2013). Menurut Soetjiningsih (2015), pertumbuhan (growth) berkaitan dengan perubahan dalam besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram, kilogram) ukuran panjang (cm, meter), umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

Sedangkan perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi

dan keahlian (kualitas) dan merupakan aspek tingkah laku pertumbuhan. Contohnya kemampuan berbicara, berjalan, dan berlari. (Marmi dan Rahardjo, 2012). Perkembangan merupakan suatu proses perubahan ke arah kedewasaan atau pematangan yang bersifat kualitatif (ditekankan pada segi fungsional) akibat adanya proses pertumbuhan materil dan hasil belajar dan biasanya tidak dapat diukur (Wynda Indah, 2013).

2.2.5 Faktor Yang Mempengaruhi Tumbuh Kembang

Pada umumnya anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi banyak faktor. Adapun faktor-faktor tersebut antara lain:

1) Faktor dalam (internal)

a) Ras/etnik atau bangsa.

Ras/etnik dari suatu bangsa tidak akan berubah menjadi ras/etnik bangsa lain. Seperti ras Amerika tidak akan menjadi ras Indonesia.

b) Keluarga.

Ukuran fisik orang tua akan mempengaruhi ukuran fisik anaknya seperti tinggi, gemuk, pendek, kurus dan sebagainya.

c) Umur.

Umur anak akan berpengaruh terhadap kecepatan pertumbuhan anak. Anak usia balita akan tumbuh lebih cepat dari dewasa.

a) Jenis Kelamin.

Fungsi reproduksi pada anak perempuan berkembang lebih cepat daripada laki-laki. Tetapi setelah melewati masa pubertas,

pertumbuhan anak laki-laki akan lebih cepat.

b) Genetik.

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

c) Kelainan Kromosom.

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

2) Faktor Eksternal

a) Lingkungan Prenatal (Faktor lingkungan ketika masih dalam kandungan), faktor prenatal yang berpengaruh antara lain gizi ibu pada waktu hamil, faktor mekanis, toksin atau zat kimia, endokrin, radiasi, infeksi, stress, imunitas, dan anoksia embrio.

b) Lingkungan Postnatal (lingkungan setelah kelahiran)

Lingkungan postnatal dapat digolongkan menjadi :

- (1) Lingkungan biologis, meliputi ras, jenis kelamin, gizi, perawatan kesehatan, penyakit kronis, dan fungsi metabolisme.
- (2) Lingkungan fisik, meliputi sanitasi, cuaca, keadaan rumah dan radiasi
- (3) Lingkungan psikososial, meliputi stimulasi, motivasi belajar, teman sebaya, stress, sekolah, cinta kasih, interaksi anak dengan orang tua.
- (4) Lingkungan keluarga dan adat istiadat, meliputi pekerjaan atau

pendapatan keluarga, pendidikan orang tua, stabilitas rumah tangga, kepribadian orang tua.

3) Faktor Status Sosial Ekonomi

Status sosial ekonomi dapat berpengaruh pada tumbuh kembang anak. Anak yang lahir dan dibesarkan dalam lingkungan status sosial yang tinggi cenderung lebih dapat tercukupi kebutuhan gizinya, dibandingkan dengan anak yang lahir dan dibesarkan dalam status ekonomi yang rendah.

4) Faktor asupan/nutrisi

Faktor ini juga mempengaruhi dalam proses pertumbuhan manusia. Dengan pemberian asupan seperti makanan, vitamin, buah-buahan, sayuran, dll secara teratur dalam proses pertumbuhannya maka akan terbentuklah manusia yang sehat, baik sehat fisik dan sehat psikis. Asupan juga berpengaruh dengan cara berfikir, pertumbuhan badan, dan lain-lain.

5) 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.

2.2.6 Tahapan Tumbuh Kembang Anak

Berdasarkan beberapa teori, maka proses tumbuh kembang anak dibagi menjadi beberapa tahap (Soetjiningsih, 2015) yaitu

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

Masa ini dibagi menjadi 3 periode, yaitu:

- a) Masa zigot/mudigah, yaitu sejak saat konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu.
 - b) Masa embrio, sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8/12 minggu. Sel telur/ovum yang telah dibuahi dengan cepat akan menjadi suatu organism, terjadi diferensiasi yang berlangsung dengan cepat, terbentuk sistem organ dalam tubuh.
 - c) Masa janin fetus, dibagi menjadi 2 periode yaitu :
 - (1) Masa fetus dini sejak kehamilan usia 9 minggu sampai trimester ke 2
 - (2) Masa fetus lanjut pada trimester akhir kehamilan.
- 2) Masa bayi (*Infancy*) umur 0-11 bulan.

Masa bayi dibagi menjadi 2 periode:

- a) 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:

- (1) Masaneonata/dini, umur 0-7 hari.
 - (2) Masneonata/lanjut, umur 8-28 hari
- b) 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 di mana kontak ibu dan bayi berlangsung sangat erat, sehingga dalam masa ini pengaruh ibu dalam mendidik anak sangat besar.

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

Pada periode ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam perkembangan motorik kasar dan motorik halus serta fungsi ekskresi. Periode ini juga merupakan masa yang penting bagi anak karena pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi pada masa balita akan menentukan dan mempengaruhi tumbuh kembang anak selanjutnya. Sebagai sumber pelayanan kesehatan, perawat berkepentingan untuk mengetahui konsep tumbuh kembang anak usia *toddler* guna memberikan asuhan keperawatan anak.

4) Masa anak pra sekolah (umur 3-6 tahun).

Pada masa ini pertumbuhan berlangsung stabil, Aktivitas jasmani bertambah seiring dengan meningkatnya keterampilan dan proses berpikir. Pada masa ini selain lingkungan di dalam rumah, anak mulai diperkenalkan pada lingkungan di luar rumah. Anak mulai senang bermain di luar rumah dan menjalin pertemanan dengan anak lain. Pada masa ini anak dipersiapkan untuk sekolah, untuk itu panca indra

dan sistem reseptor penerima rangsangan serta proses memori harus sudah siap sehingga anak mampu belajar dengan baik.

5) Masa anak sekolah (6-12 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan dan penambahan berat badan mulai melambat. Tinggi badan bertambah sedikitnya 5 cm per tahun. Anak mulai masuk sekolah dan mempunyai teman yang lebih banyak sehingga sosialisasinya lebih luas. Mereka terlihat lebih mandiri. Mulai tertarik pada hubungan dengan lawan jenis tetapi tidak terikat. Menunjukkan kesukaan dalam berteman dan berkelompok dan bermain dalam kelompok dengan jenis kelamin yang sama tetapi mulai bertempur.

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

Pada remaja awal pertumbuhan meningkat cepat dan mencapai puncaknya. Karakteristik sekunder mulai tampak seperti perubahan suara pada anak laki-laki dan pertumbuhan payudara pada anak perempuan. Pada usia remaja tengah, pertumbuhan melambat pada anak perempuan. Bentuk tubuh mencapai 95% tinggi orang dewasa. Karakteristik sekunder sudah tercapai dengan baik. Pada remaja akhir, mereka sudah matang secara fisik dan struktur dan pertumbuhan organ reproduksi sudah hampir komplet.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

Tarwoto dan Wartonah (2015) menjelaskan proses keperawatan adalah metode pengorganisasian yang sistematis dalam melakukan asuhan

keperawatan pada individu, kelompok, dan masyarakat yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah dari respon pasien terhadap penyakitnya. Proses keperawatan digunakan untuk membantu perawat melakukan praktek keperawatan secara sistematis dalam memecahkan masalah keperawatan. Dengan menggunakan metode ini perawat dapat mendemonstrasikan tanggung jawab pada klien, sehingga kualitas praktek keperawatan dapat meningkat.

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisasi yang meliputi tiga aktivitas dasar yaitu: pengumpulan data secara sistematis, memilih, dan mengatur data yang diperlukan dan mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Pengkajian sebagai proses yang kegiatannya bertujuan mengumpulkan informasi mengenai pasien. Informasi tersebut akan menentukan masalah kesehatan yang meliputi: pengkajian fisik, observasi, wawancara, riwayat keperawatan, analisa catatan laporan serta dokumen-dokumen lain yang terkait dengan pengkajian data dasar keperawatan.

Data dasar pengkajian pasien menurut Marylinn E. Doenges, dkk (2014):

1) Identitas pasien

Identitas pasien Nama, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, alamat, pekerjaan.

2) Keluhan utama

Keluhan yang dirasakan atau sangat mengganggu pada saat di rumah dan di rumah sakit. Berisi tentang keluhan klien pada saat dilakukan pengkajian yang dikembangkan melalui metode PQRSST.

P (provokatus-paliatif) : Apa yang menyebabkan gejala ? Apa yang bisa memperberat ? Apa yang bisa mengurangi ?

Q (quality-quantity) : Bagaimana gejala dirasakan ? Sejauh mana gejala dirasakan ?

R (regio-radiasi): Dimana gejala dirasakan ? Apakah menyebar?

S (scala-serverity) : Seberapa parah tingkat keparahan yang dirasakan ? Pada skala berapa?

T (time) : Kapan gejala mulai timbul ? Seberapa sering gejala dirasakan ? Tiba-tiba atau bertahap? Seberapa lama gejala dirasakan?

3) Riwayat penyakit sekarang

Keluhan atau penyakit dari sebelum dibawa ke rumah sakit hingga sampai di rumah sakit.

a) Riwayat penyakit yang lalu

Kondisi atau penyakit yang diderita pasien di masa lalu yang berpengaruh dengan penyakitnya saat ini.

b) Riwayat penyakit keluarga

Mencari diantara anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama.

c) Riwayat psikososial spiritual

Pada penderita yang status ekonominya menengah ke bawah dan sanitasi dan kesehatan yang kurang ditunjang dengan padatnya penduduk.

d) Pola aktifitas sehari hari

Pola aktifitas yang meliputi makan dan minum, pola eliminasi, pola istirahat tidur dan kebersihan yang dilakukan dirumah dan dibandingkan dengan pola aktifitas yang dilakukan dirumah sakit

e) Pemeriksaan fisik

(1) Keadaan umum

Bagaimana keadaan pasien? Sadar atau tidak?

(2) Tanda-tanda vital

Tekanan Darah: Apakah terdapat peningkatan tekanan darah (hipertensi)? Atau terdapat penurunan tekanan darah (hipotensi)?

Nadi: Apakah terdapat peningkatan nadi (bradikardia)? Atau terdapat penurunan nadi (takikardia)?

Suhu : Apakah terdapat peningkatan suhu (hipertermi)? Atau terdapat penurunan suhu (hipotermi)

Respirasi : Apakah terdapat bradypnea? Atau takipnea? Atau apnea?

(3) Sistem pernapasan

Inspeksi : Apakah terdapat pernapasan cuping hidung?, apakah terdapat retraksi intercosta?

Palpasi: Apakah terdapat getaran vocal premitus?

Perkusi: Apakah terdapat suara tambahan seperti ronchi, wheezing?

(4) Sistem kardiovaskuler

Inspeksi: Bagaimana bentuk dada pasien? (normal chest, barrel

chet, peagion chest)

Palpasi: Terdapat pembesaran jantung atau tidak?

Perkusi : Bagaimana suara jantung?

Auskultasi : Ada atau tidak suara jantung tambahan Suara?

(5) Sistem gastrointestinal

Berapa berat badan pasien sebelum dan saat masuk rumah sakit?, adakah mual muntah atau tidak?

(6) Sistem neurologis

Bagaimana reflek pada pasien?, kesadaran pada pasien?
(composmetis, apatis, somnolen, delirium, sopor/semi koma, koma), glasscoe coma scale (GCS).

EYE :

4 = Membuka mata spontan

3 = Membuka mata dengan rangsangan suara

2 = Membuka mata dengan rangsangan nyeri

1 = Tidak ada respon

VERBAL :

5 = Orientasi baik dan mampu berbicara

4 = Disorientasi dan bingung

3 = Mengulang kata-kata yang tidak tepat dan secara acak

2 = Meregang atau merintih (suara tidak jelas)

1 = Tidak ada respon

MOTORIK:

6 = Dapat mengikuti perintah

5 = Dapat melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

4 = Menarik (menghindar atau menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat diberi rangsangan nyeri)

3 = Menjauhi rangsangan nyeri

2 = ekstensi spontan

1 = tidak ada Gerakan

(7) Sistem muskuloskeletal kekuatan otot pasien

0 = Otot sama sekali tidak bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan atau tungkai dilepaskan, akan jatuh 100% pasif.

1 = Tampak kontraksi atau ada sedikit gerakan dan ada tahanan sewaktu jatuh.

2 = Mampu menahan tegak yang berarti mampu menahan gaya gravitasi saja, tapi dengan sentuhan akan jatuh.

3 = Mampu menahan tegak walaupun sedikit didorong tetapi tidak mampu melawan tekanan atau dorongan dari pemeriksa.

4 = Kekuatan kurang dibanding sisi lain.

5 = Kekuatan utuh.

(8) Sistem integument

Apakah turgor kulit normal? (<2 detik) atau tidak? (kembali > 2 detik), terdapat luka atau tidak, akral teraba hangat atau dingin, integritas kulit baik atau tidak, kulit lembab atau kering.

(9) Sistem endokrin

Apakah klien mengalami tremor atau tidak, apakah terdapat pembesaran kelenjar tiroid atau tidak, terdapat distensi atau bendungan pada vena jugularis atau tidak.

(10) Sistem genetalia

Ada kelainan atau tidak pada genetalia pasien.

(11) Sistem sexualitas

Pola sexualitas klien mengalami gangguan atau tidak.

2.3.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan mengkaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan dan keperawatan pasien. Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian dianalisa sehingga menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnosa keperawatan (Mahyar, 2010).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subyektif dan obyektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks, tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medis, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Mahyar, 2010).

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada klien. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Sehingga semua tindakan keperawatan harus istandarisasi dan standar tersebut dapat dibaca. Penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART.

S = Spesifik (tujuan tidak menimbulkan arti ganda)

M = Measurable (tujuan harus dapat diukur)

A = Achievable (tujuan harus dapat dicapai)

R = Reasonable (tujuan harus dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah)

T = Time (waktu pemberian keperawatan)

2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah tahap keempat dari proses keperawatan yang terkait dengan pelaksanaan perencanaan yang telah dibuat. Perawat bertanggung jawab dalam pelaksanaan rencana keperawatan dengan melibatkan klien dan keluarga serta anggota tim keperawatan dan kesehatan yang lain (Maryam, 2017).

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi dapat dilakukan pada setiap tahap dari proses keperawatan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan, dan penerapan. Pada tahap ini, perawat menemukan penyebab mengapa suatu proses keperawatan dapat berhasil atau gagal. Selain itu perawat juga dapat menemukan reaksi klien terhadap intervensi keperawatan yang

telah diberikan dan menempatkan apakah sasaran dari rencana keperawatan telah dapat diterima. Adapun komponen-komponen untuk melakukan suatu evaluasi adalah:

S = Respon subyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan

I = Implementasi atau tindakan selanjutnya.

O = Respon obyektif klien terhadap tindakan yang telah dilakukan.

A = Analisa ulang atas data-data untuk menyimpulkan masalah.

P = Perencanaan atau tindakan selanjutnya.

E = Evaluasi.

R= Reassessment.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Kejang Demam

2.4.1 Pengkajian

1) Identitas Pasien

Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).

2) 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.

3) 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

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 (Suharso D, 2012).

5) Riwayat Prenatal, Natal, Postnatal

a) Prenatal

Pengaruh konsumsi kesehatan ibu selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin, seperti infeksi, hipertensi, dan diabetes dapat meningkatkan risiko kejang demam pada anak demam (Suharso D, 2012).

b) Natal

Proses persalinan yang sulit atau tidak normal dapat mempengaruhi kesehatan janin dan meningkatkan risiko kejang demam demam (Suharso D, 2012).

c) Post Natal

Biasanya kesehatan bayi setelah lahir dapat mempengaruhi risiko kejang demam, seperti infeksi, demam, dan kondisi lainnya dapat meningkatkan risiko kejam demam demam (Suharso D, 2012).

6) Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Pertumbuhan dan perkembangan pada penderita kejang demam dapat berpengaruh terhadap keterlambatan perkembangan motorik, seperti mengalami kesulitan dalam berjalan dan berbicara. Sedangkan untuk pertumbuhan sendiri dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan (Erika Lubis, Maryuni 2015)

7) Riwayat Kesehatan Keluarga

Kejang demam mempunyai faktor keturunan adanya faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50% (Suharso D, 2012).

8) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

a) Pola persepsi dan Tatalaksana Hidup Sehat

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

b) Pola Nutrisi

Penderita kejang demam akan mengalami nafsu makan menurun, sehingga tidak mendapatkan nutrisi yang cukup, akan sensitive terhadap makanan yang memicu kejang demam, adanya *hiperplasi gingiva* sebagai akibat efek samping dilatin (Lumbangtobing, 2009).

c) Pola Eliminasi

(1) BAB

Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015).

(2) BAK

Kehilangan kendali eliminasi, pada saat buang air kecil (Kyle & Carman, 2015)

d) Pola Aktivitas dan Latihan

Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas (Ngastiyah, 2005).

e) Pola Tidur/Istirahat

Biasanya pada penderita kejang demam sering kali mengalami gangguan pola istirahat tidur seperti, kesulitan untuk tidur, tidur tidak nyenyak, dan biasanya mengalami kecemasan. (Ngastiyah, 2005).

9) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

Pada Umumnya anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran letargi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau compos metis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan respirasi, dan juga suhu. (Nursalam, 2012).

b) Pemeriksaan Kepala dan Wajah

(1) Kepala

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

(2) Wajah

Inspeksi : terdapat hemiparesis/hemiplegia, mulut mencong ke arah salah satu sisi wajah, wajah pucat.

Palpasi : Kaji adanya tanda rhisus sardonicus, opistotonus, trimus dan juga ada tidaknya gangguan nervus cranial. (Ngastiyah, 2005).

(3) Telinga

Inspeksi : telinga sejajar antara kiri dan kanan

(4) Mata

Pada umumnya anak yang mengalami kejang demam dapat ditemukan data seperti :

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

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

c) Pemeriksaan Mulut dan Faring

Inspeksi : Terlihat Mukosa bibir kering akibat peningkatan suhu tubuh yang tinggi, reflek menelan dan menghisap berkurang.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan.

d) Pemeriksaan Leher

Inspeksi : kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan (Nursalam, 2012).

Palpasi : tidak terdapat benjolan.

e) Pemeriksaan Thorax

(1) Paru – Paru

Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya retraksi intercosta, kedalaman dan upaya bernafas antara lain: takipnea, dyspnea progresif, pernafasan dangkal, dada corong (pektus ekskavatum) dada burung (pektus karanatum), barrel chest.

Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru.

Perkusi : suara sonor.

Auskultasi : Suara nafas yang meningkat intensitasnya, biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing (Aridiana, 2016).

(2) Jantung

Inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri.

Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah.

Perkusi : terdapat pekak dalam batas jantung.

Auskultasi : bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup (Aridiana 2016)..

f) Pemerikaan Abdomen

Inspeksi : bentuk abdomen datar, tidak terdapat lesi, tidak terdapat

bekas operasi.

Perkusi : Suara Abdomen Tympani.

Auskultasi : biasanya terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 4-9x/menit).

Palpasi : Biasanya terdapat kekakuan otot abdomen.

g) Pemeriksaan Integumen

Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat serta adanya peningkatan suhu tubuh di atas normal ($<37,5^{\circ}\text{C}$).

h) Pemeriksaan Ekstremitas

Biasanya akan didapatkan data pergerakan sendi terbatas Karena terjadi nyeri sendi, kelelahan, kelemahan dan mailase, CRT <2 detik (Mahyar, 2010).

i) Pemeriksaan Genetalia dan Anus

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

10)Pemeriksaan Penunjang

a) Glukuso Darah

Pada kasus kejang demam sering didapati *hipoglikemia* pada pemeriksaan gula darah. *Hipoglikemia* merupakan faktor predisposisi kejang ($\text{N}<200\text{mg/dl}$).

b) BUN

Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi *nephrotosis* 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

Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang.

g) CT Scan

Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infark hematoma, cerebral edema, trauma, abses, tumor dengan dengan atau tanpa kontras (Mahyar, 2010)

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah menganalisis data subjektif dan objektif untuk membuat diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan. Proses

diagnosa keperawatan dibagi menjadi kelompok interpretasi dan menjamin keakuratan diagnosa dari proses keperawatan itu sendiri. Perumusan pernyataan diagnosa keperawatan memiliki beberapa syarat yaitu mempunyai pengetahuan yang dapat membedakan antara sesuatu yang aktual, resiko, dan potensial dalam diagnosa keperawatan (Proverawati & Sulistyorini 2015). Diagnosis keperawatan bertujuan mengidentifikasi respons klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan pada klien dengan *kejang demam*, yaitu :

1) Hipertermia SDKI : D.0130 (PPNI 2016)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan Proteksi

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 inkubator

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Suhu tubuh di atas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(Tidak tersedia)

Objektif

- a) Kulit merah
- b) Kejang
- c) Takikardi
- d) Takipnea
- e) Kulit terasa hangat

Kondisi Klinis Terkait

- a) Proses infeksi
- b) Hipertiroid
- c) Stroke
- d) Dehidrasi
- e) Trauma
- f) Prematuritas

2) Defisit Pengetahuan SDKI : D.0111 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Perilaku

Sub Kategori : Penyuluhan dan pembelajaran

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

- a) Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

- a) Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran
- b) Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat
- b) Menunjukkan perilaku berlebihan (mis, apatis, bermusuhan, agitasu, histeria)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kondisi klinis yang baru dihadapi oleh klien

- b) Penyakit akut
- c) Penyakit kronis

3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif SDKI : D.0001 (Tim Pokja
SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Fisiologis

Sub Kategori : Respirasi

Definisi : Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi
jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

Penyebab :

Fisiologis

- 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) Hiperplasia dinding jalan nafas
- h) Proses infeksi
- i) Respon alergi
- j) Efek agen farmakologis (mis, anastesi)

Situasional

- a) Merokok aktif
- b) Merokok pasif
- c) Terpajan polutan

Gejala dan Tanda Mayor***Subjektif***

(tidak tersedia)

Objektif

- a) Batuk tidak efektif
- b) Tidak mampu batuk
- c) Sputum berlebih
- d) Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
- e) Mekonium dijalan nafas (pada neunatus)

Gejala dan Tanda Minor***Subjektif***

- a) Dispnea
- b) Sulit bicara
- c) Ortopnea

Objektif

- a) Gelisah
- b) Sianosis
- c) Bunyi nafas menurun
- d) Frekuensi nafas berubah
- e) Pola nafas berubah

Kondisi Klinis Terkait

- a) Gullian barre syndrome
- b) Sklerosis multipel
- c) Myasthenia gravis

- d) Prosedur diagnostik (mis, bronkoskopi, transesophageal echocardiography TEE)
- e) Depresi sistem saraf pusat
- f) Cedera kepala
- g) Stroke
- h) Kuadriplegia
- i) Sindrom aspirasi mekonium
- j) Infeksi saluran napas

4) Risiko Infeksi SDKI : 0142 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan Proteksi

Definisi : Berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.

Faktor Risiko :

- a) Penyakit kronis (mis, diabetes melitus)
- b) Efek prosedur invasif
- c) Malnutrisi
- d) Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
 - (1) Gangguan Peristaltik
 - (2) Kerusakan Integritas kulit
 - (3) Perubahan sekresi Ph
 - (4) Penurunan kerja siliaris
 - (5) Ketuban pecah lama

(6) Ketuban pecah sebelum waktunya

(7) Merokok

(8) Statis cairan tubuh

f) Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder

(1) Penurunan hemoglobin

(2) Imununosupresi

(3) Leukopenia

(4) Supresi respon inflamasi

(5) Vaksinasi tidak adekuat

Kondisi Klinis Terkait :

a) AIDS

b) Luka bakar

c) Penyakit paru obstruktif kronis

d) Diabetes melitus

e) Tindakan invasif

f) Kondisi penggunaan terapi steroid

g) Penyalahgunaan obat

h) Ketuban pecah sebelum waktunya (KPSW)

i) Kanker

j) Gagal ginjal

k) Imunosupresi

l) Lymphedema

m) Leukositopenia

n) Gangguan fungsi hati

5) Risiko Cidera SDKI : D.0136 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Lingkungan

Sub Kategori : Keamanan dan proteksi

Definisi : Berisiko mengalami bahaya atau kerusakan fisik yang menyebabkan seseorang tidak lagi sepenuhnya sehat atau dalam kondisi baik.

Faktor Risiko :

Eksternal

- a) Terpapar patogen
- b) Terpapar zat kimia toksik
- c) Terpapar agen nosokomial
- d) Ketidakamanan transportasi

Internal

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

Kondisi Klinis Terkait

- a) Kejang
- b) Sinkop
- c) Vertigo
- d) Gangguan penglihatan
- e) Gangguan pendengaran
- f) Penyakit parkinson
- g) Hipotensi
- h) Kelainan nervus vestibularis
- i) Retardasi mental

6) Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif SDKI : D.0017

(Tim Pokja SDKI DPP PPNI 2017)

Kategori : Fisiologis

Sub Kategori : Sirkulasi

Definisi : Berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

Faktor Risiko :

- a) Keabnormalan masa protrombin dan/atau masa tromboplastin parsial
- b) Penurunan kinerja ventrikel kiri
- c) Aterosklerosis aorta
- d) Diseksi arteri
- e) Fibrilasi atrium
- f) Tumor otak
- g) Stenosis karotis
- h) Miksoma atrium

- i) Aneurisma serebri
- j) Koagulopati (mis, anemia sel sabit)
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskuler diseminata
- m) Embolisme
- n) Cedera kepala
- o) Hiperkolesteronemia
- p) Hipertensi
- q) Endokarditis infeksi
- r) Katup prostetik mekanis
- s) Stenosis mitral
- t) Neoplasma otak
- u) Infark miokard akut
- v) Sindrom sick sinus
- w) Penyalahgunaan zat
- x) Terapi trombolitik
- y) Efek samping tindakan (mis, tindakan operasi bypass)

Kondisi Klinis Terkait

- a) Stroke
- b) Cedera kepala
- c) Aterosklerotik aortik
- d) Infark miokard akut
- e) Diseksi arteri
- f) Embolisme

- g) Endokarditis infeksi
- h) Fibrilasi atrium
- i) Hiperkolesterolemia
- j) Hipertensi
- k) Dilatasi kardiomiopati
- l) Koagulasi intravaskular diseminata
- m) Miksoma atrium
- n) Neoplasma otak
- o) Segmen ventrikel kiri akinetik
- p) Sindrom sick sinus
- q) Stenosis karotid
- r) Stenosis mitral
- s) Hidrosefalus
- t) Infeksi otak (mis, meningitis, ensefalitis, abses serebri)

2.4.3 Rencana atau Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah - masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022). Dalam buku Diagnosa Keperawatan SIKI, 2018. Intervensi keperawatan yang muncul pada pasien *Kejang Demam* adalah :

1) Hipertermia

Manajemen Hipertermia (1.15506) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan suhu tubuh akibat disfungsi termoregulasi.

Kriteria Hasil :

- a) Mengigil menurun (5)
- b) Kulit merah menurun (5)
- c) Kejang menurun (5)
- d) Akrosianosis menurun (5)
- e) Konsumsi oksigen menurun (5)
- f) Piloereksi menurun (5)
- g) Vasokonstriksi perifer menurun (5)
- h) Kutis memorata menurun (5)
- i) Pucat menurun (5)
- j) Takikardi menurun (5)
- k) Takipnea menurun (5)
- l) Bradikardi menurun (5)
- m) Dasar kuku sianolik menurun (5)
- n) Hipoksia menurun (5)
- o) Suhu tubuh membaik (5)
- p) Suhu kulit membaik (5)
- q) Kadar glukosa darah membaik (5)
- r) Pengisian kapiler membaik (5)
- s) Ventilasi membaik (5)
- t) Tekanan darah membaik (5)

Rencana Tindakan :

Observasi

- a) Identifikasi penyebab hipertermia (mis dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)
- b) Monitor suhu tubuh
- c) Monitor kadar elektrolit
- d) Monitor haluaran urine
- e) Monitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik

- f) Sediakan lingkungan yang dingin
- g) Longgarkan atau lepaskan pakaian
- h) Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- i) Berikan cairan oral
- j) Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hiperhidrosis (keringat berlebih) Lakukan pendinginan eksternal (mis. selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)
- k) Hindari pemberian antipiretik atau aspirin
- l) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

- m) Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- n) Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

2) Defisit Pengetahuan

Edukasi Kesehatan (I.12383) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengajarkan pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih serta sehat.

Kriteria Hasil :

- a) Perilaku sesuai anjuran meningkat (5)
- b) Verbalisasi minat dalam belajar meningkat (5)
- c) Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat (5)
- d) Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat (5)
- e) Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat (5)
- f) Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (5)
- g) Persepsi yang keliru terhadap masalah menurun (5)
- h) Menjalani pemeriksaan yang tidak tepat menurun (5)
- i) Perilaku membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- o) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi.
- p) Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat

Terapeutik

- q) Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- r) Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- s) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- t) Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- u) Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
- v) Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

3) Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Manajemen Jalan Nafas (I.01011)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola kepatenan jalan nafas

Kriteria Hasil :

- a) Produksi sputum menurun (5)
- b) Mengi menurun (5)
- c) Wheezing menurun (5)
- d) Dispnea menurun (5)
- e) Ortopnea menurun (5)
- f) Sulit bicara menurun (5)
- g) Sianosis menurun (5)
- h) Gelisah menurun (5)
- i) Frekuensi nafas membaik (5)
- j) Pola nafas membaik (5)

Rencana Tindakan***Observasi***

- a) Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

- b) Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering)
- c) Monitor sputum (jumlah, wama, aroma)

Terapeutik

- a) Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal)
- 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 penghisapan endotrakeal
- g) Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill
- h) Berikan oksigen, jika perlu

Edukasi

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

Kolaborasi

- c) Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

4) Risiko Infeksi (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Edukasi Pencegahan Infeksi (I.12406)

Definisi : Mengajarkan pencegahan dan deteksi dini infeksi pada pasien berisiko

Kriteria Hasil :

- a) Kebersihan tangan meningkat (5)
- b) Kebersihan badan meningkat (5)
- c) Nafsu makan meningkat (5)
- d) Demam menurun (5)
- e) Kemerahan menurun (5)
- f) Nyeri menurun (5)
- g) Bengkak menurun (5)
- h) Periode menggigil menurun (5)
- i) Lelargi menurun (5)
- j) Gangguan kognitif menurun (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Periksa kesiapan dan kemampuan menerima informasi

Terapeutik

- a) Siapkan materi, media tentang faktor-faktor penyebab, cara identifikasi dan pencegahan risiko infeksi di rumah sakit maupun di rumah.
- b) Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- c) Berikan kesempatan untuk bertanya

Edukasi

- a) Jelaskan tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

- b) Informasikan hasil pemeriksaan laboratorium (mis. leukosit, WBC)
- c) Anjurkan mengikuti tindakan pencegahan sesuai kondisi
- d) Anjurkan membatasi pengunjung
- e) Ajarkan cara merawat kulit pada area yang edema
- f) Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- g) Anjurkan kecukupan nutrisi, cairan, dan istirahat
- h) Anjurkan kecukupan mobilisasi dan olahraga sesuai kebutuhan
- i) Anjurkan latihan napas dalam dan batuk sesuai kebutuhan
- j) Anjurkan mengelola antibiotik sesuai resep
- k) Ajarkan cara mencuci tangan
- l) Ajarkan etika batuk

5) Risiko Cidera

Tingkat Cedera (I.14136) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Keparahan dan cedera yang diamati atau dilaporkan.

Kriteria Hasil :

- a) Toleransi aktivitas meningkat (5)
- b) Nafsu makan meningkat (5)
- c) Toleransi makanan meningkat (5)
- d) Kejadian cedera menurun (5)
- e) Luka/lecet menurun (5)
- f) Ketegangan otot menurun (5)
- g) Fraktur menurun (5)
- h) Perdarahan menurun (5)

- i) Ekspresi wajah kesakitan menurun (5)
- j) Agitasi menurun (5)
- k) Iritabilitas menurun (5)
- l) Gangguan mobilitas menurun (5)
- m) Gangguan kognitif menurun (5)
- n) Tekanan darah membaik (5)
- o) Frekuensi nadi membaik (5)
- p) Frekuensi nafas membaik (5)
- q) Pola istirahat/tidur membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Memonitor status neurologis.
- b) Memonitor tanda-tanda vital

Terapeutik :

- a) Baringkan pasien agar tidak terjatuh
- b) Rendahkan ketinggian tempat tidur
- c) Pasang side-rail tempat tidur
- d) Berikan alas empuk dibawah kepala, jika memungkinkan
- e) Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam
- f) Sediakan suction disamping tempat tidur

Edukasi :

- a) Anjurkan segera melapor jika merasakan aura
- b) Anjurkan tidak berkendara

- c) Ajarkan keluarga pertolongan pertama pada kejang

Kolaborasi :

- a) Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

6) Risiko Perfusi Jaringan Serebral Tidak Efektif

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI 2019)

Definisi : Mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial.

Kriteria Hasil :

- a) Kognitif meningkat (5)
- b) Tekanan intrakranial menurun (5)
- c) Sakit kepala menurun (5)
- d) Gelisah menurun (5)
- e) Kecemasan menurun (5)
- f) Agitasi menurun (5)
- g) Demam menurun (5)
- h) Tekanan darah sistolik membaik (5)
- i) Tekanan darah diastolik membaik (5)
- j) Refleks saraf membaik (5)

Rencana Tindakan

Observasi

- a) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)

- b) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c) Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- d) Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu
- e) Monitor PAWP, jika perlu
- f) Monitor PAP, jika perlu
- g) Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia
- h) Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure)
- i) Monitor gelombang ICP
- j) Monitor status pemapasan
- k) Monitor intake dan output cairan
- l) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)

Terapeutik

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

Kolaborasi

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

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Tyas 2023). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu :

1) Tindakan Keperawatan Mandiri

Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang.

2) Tindakan Keperawatan Kolaboratif

Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya.

Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir (Rofifah, N 2019),.

Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk.

SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*)

- 1) *Subyektif* : Keluhan klien (apa yang dikatakan oleh klien, keluarga klien, dan orang terdekat klien).
- 2) *Obyektif* : Semua sesuatu yang bisa dilihat, diraba, dicium dan diukur oleh perawat.
- 3) *Assesment* : Kesimpulan yang dirumuskan oleh perawat atas kondisi klien.
- 4) *Planning* : Rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien selanjutnya.

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian merupakan cara memecahkan masalah berdasarkan keilmuan (Nursalam, 2011). Bab ini akan menguraikan metode penelitian yang digunakan untuk menjawab tujuan penelitian berdasarkan masalah yang ditetapkan antara lain rancangan penelitian, batasan istilah, partisipan, lokasi dan waktu, prosedur pengumpulan data, analisis data, uji keabsahan data.

3.1 Rancangan Penelitian/Desain Penelitian

Rancangan penelitian/Desain Penelitian adalah kerangka atau perincian prosedur kerja yang akan dilakukan pada waktu meneliti, sehingga diharapkan dapat memberikan gambaran dan arah mana yang akan dilakukan dalam melaksanakan penelitian tersebut, serta memberikan gambaran jika peneliti itu telah jadi atau selesai penelitian tersebut diberlakukan (M.Fitrah, 2017). Deskriptif kualitatif adalah metode penelitian yang bertujuan untuk menggambarkan dan menjelaskan fenomena atau gejala sosial secara mendalam dan rinci, tanpa melakukan pengujian hipotesis atau generalisasi. Sedangkan studi kasus merupakan prosedur penelitian yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan yang terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam serta menyertakan berbagai sumber informasi. Rancangan atau desain penelitian studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada Klien dengan *Kejang Demam* secara komprehensif dan menyeluruh dimulai dari pengkajian,

diagnosa keperawatan, menentukan rencana keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan dan mengevaluasi pelaksanaan keperawatan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan suatu pernyataan yang membatasi masalah agar tidak terlalu luas pembahasannya (Nursalam, 2017). Batasan istilah dalam penelitian ini terbatas pada Asuhan keperawatan klien Kejang Demam.

Asuhan Keperawatan adalah suatu tindakan yang dilakukan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia secara langsung yang berpegang pada standar keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Kejang Demam atau lebih dikenal dengan penyakit step pada anak terjadi akibat kenaikan suhu tubuh (di atas 38 °C) atau disebut dengan demam yang tinggi. Tanda atau gejala yang muncul pada klien dengan kejang demam antara lain bola mata mendelik ke atas atau berkedip kedip, kedua tangan dan kaki menjadi kaku biasanya disertai gerakan kejut. Dalam hal ini peneliti melakukan penelitian pada pasien dengan *Kejang Demam* berulang lebih dari 1x selama 24 jam.

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan sesuatu yang diteliti atau pihak yang dijadikan sebagai subyek dalam sebuah penelitian. Partisipan yang digunakan pada

penelitian ini yaitu 1 pasien dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan kriteria :

1. Ibu bersedia anaknya dijadikan responden dibuktikan tanda tangan informed consent.
2. Klien dalam keadaan kesadaran penuh (*compos mentis*).
3. Klien dengan kejang demam berulang lebih dari 1x selama 24 jam.

3.4 Lokasi dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Lokasi dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Kejang Demam* dilaksanakan di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek.

3.4.2 Waktu

Waktu pengambilan data dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien *Kejang Demam* dilaksanakan di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 08-10 April 2025.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

3.5.1 Instrumen

Instrumen pengumpulan data adalah alat yang digunakan untuk mengukur dan mengidentifikasi data yang akan dikumpulkan berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Instrumen yang digunakan dalam penelitian yaitu format pengkajian Asuhan Keperawatan Anak, dan alat pengukur (*nursing kit*).

3.5.2 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan dengan menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer berupa wawancara, pemeriksaan fisik (inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi), sedangkan data sekunder berupa hasil pemeriksaan laboratorium, hasil catatan status pasien dari tenaga medis yang lain serta studi dokumentasi.

3.5.3 Proses Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi empat tahap yaitu tahap persiapan, tahap kontrak, tahap pelaksanaan dan tahap penutup (Saryono, 2013).

1) Tahap persiapan

- a) Mendapat surat pengantar ijin penelitian dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek.
- b) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu direktur RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan surat pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- c) Mendapat persetujuan ijin penelitian dari lokasi tempat pengambilan studi kasus yaitu RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek
- d) Setelah mendapatkan jawaban persetujuan dari tempat melakukan asuhan keperawatan yaitu di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan pengantar dari Ketua Prodi Poltekkes

Kemenkes Malang Kampus V Trenggalek, peneliti bekerja sama dengan CI (Clinical Instructure) ruangan dan perawatan untuk memperoleh informasi dari tempat pengambilan kasus mengenai calon partisipan (klien).

- e) Dalam melakukan semua kegiatan peniliti tetap memperhatikan dan mematuhi protokol kesehatan yang berlaku

2) Tahap Kontrak

Jika sudah mendapatkan klien dengan *Kejang Demam* kemudian peneliti mengobservasi keadaan klien tersebut. Dalam Karya Tulis Ilmiah ini klien adalah orang yang menderita *Kejang Demam* dan sedang dalam tahap pengobatan. Kemudian peneliti memberikan penjelasan kepada responden, dalam hal ini klien dan keluarga tentang tujuan penelitian dan karena responden berkenan, responden dipersilahkan untuk menandatangani *informed consent*. Apabila responden tidak bersedia menjadi responden maka peneliti tetap menghormati keputusan itu. Dan mencari responden yang lain yang bersedia untuk menjadi responden penelitian.

3) Tahap Pelaksanaan

Peneliti datang ke tempat partisipan yang bersedia menandatangani *informed consent* serta melihat kesiapan responden melakukan wawancara. Wawancara dimulai dengan membangun hubungan saling percaya dengan responden. Untuk itu peneliti melakukan perkenalan dengan responden sekaligus untuk pengumpulan data demografi. Kemudian peneliti melakukan

wawancara sesuai dengan pertanyaan-pertanyaan yang telah disusun dalam pedoman wawancara (format pengkajian Keperawatan Anak) dan dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik per sistem menggunakan alat seperti thermometer, stetoskop, jam tangan, pen light, timbang berat badan, dan midline. Kemudian hasilnya didokumentasikan dengan cara membaca format pengkajian, hasil pemeriksaan fisik. Selain itu bisa digabungkan dengan dokumen rawat inap klien. Setelah pemeriksaan fisik dilakukan. Kegiatan wawancara diakhiri pada saat informasi yang dibutuhkan telah diperoleh. Selanjutnya dilakukan validasi kepada responden dan bila ada yang kurang ditambahkan selama proses validasi data.

4) Tahap Penutup

Peneliti mengakhiri penelitian dengan validasi hasil yang telah ditemukan peneliti kepada semua partisipan. Peneliti mengatakan bahwa penelitian sudah berakhir dan mengucapkan terima kasih pada partisipan. Peneliti menghadap ke bagian administrasi RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek untuk menyelesaikan pembayaran biaya penelitian sesuai dengan peraturan daerah yang berlaku.

3.6 Analisis Data

Analisa data merupakan proses mencari dan menyusun data yang diperoleh secara sistematis dari hasil wawancara, catatan lapangan serta

pendokumentasian dengan mengorganisasikan data ke dalam kategori, menjabarkan ke dalam unit - unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan dipelajari, kemudian membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri dan orang lain (Nursalam, 2017). Prinsip yang harus dipegang dalam analisis studi kasus adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis, kesenjangan data antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui analisis, pemeriksaan fisik, maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan. Kesenjangan dapat dilakukan dengan cara membandingkan antara teori dan fakta dalam tabel yang kemudian diinterpretasikan secara jelas sehingga mudah dipahami temuannya dan dapat diinformasikan ke orang lain.

3.7 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data pada karya tulis ilmiah didasarkan pada derajat kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferability*), kebergantungan (*Dependability*), dan kepastian (*Confirmability*) (Sugiyono, 2014).

3.7.1 Kepercayaan (*Credibility*)

Credibility bermakna kebenaran atau kepercayaan hasil yang mengindikasikan kenyataan yang sesungguhnya terjadi. Kredibilitas ini dapat dilihat dari kemampuan penulis mengeksplorasi masalah sesuai konteks, pemilihan pasien sesuai dengan masalah, pelaksanaan asuhan keperawatan sesuai dengan langkah - langkah, serta pendokumentasian sesuai dengan tahapan asuhan keperawatan.

3.7.2 Keteralihan (*Transferability*)

Transferability adalah sejauh mana hasil dari penelitian studi kasus pada suatu subjek studi kasus dapat diterapkan dalam subjek penelitian yang lain artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat disajikan sebagai perbandingan oleh penulis lain atau studi kasus lain yang sesuai.

3.7.3 Kebergantungan (*Dependability*)

Dependability adalah kesesuaian metode yang dipergunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melakukan penelitian, peneliti menggunakan metode studi kasus.

3.7.4 Kepastian (*Confirmability*)

Confirmability mengandung makna bahwa sesuatu itu obyektif 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 satu, dua dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika Penelitian

Etika penelitian harus memenuhi hal – hal sebagai berikut :

3.8.1 *Informed consent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Informed consent merupakan pernyataan tertulis kesediaan informan sebagai subyek dalam penyusunan karya tulis ilmiah. Peneliti mendatangi calon responden dan memberikan penjelasan tentang tujuan dari penelitian dan meminta kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Apabila bersedia menjadi responden maka dipersilahkan untuk mendatangi *informed consent*. Apabila tidak bersedia maka peneliti tetap hal itu.

3.8.2 *Anonymity* (tanpa nama)

Anonymity merupakan etika penelitian dimana peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, tetapi hanya menuliskan nama inisial.

3.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Kerahasiaan merupakan informasi yang dikumpulkan dari informasi yang dijamin kerahasiaannya. Hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan pada hasil karya tulis ilmiah.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, An. “M” dengan Kejang Demam Komplek di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 08 April 2025 sampai tanggal 10 April 2025. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek merupakan salah satu Rumah Sakit milik Pemerintah Kabupaten Trenggalek dengan tipe C. Rumah Sakit Umum ini bertempat di Jln. dr. Soetomo No.2 Kelurahan Tamanan Kecamatan Trenggalek Kabupaten Trenggalek. Ruang Dahlia memiliki 22 TT meliputi ruang HCU terdiri dari 4 TT, Kelas 1 terdiri dari 2 TT, Kelas 2 terdiri dari 4 TT, Kelas 3 terdiri dari 12 TT, dan Ruang Isolasi terdiri dari 4 TT.

4.1.2 Identitas Umum

Tabel 4.1 Pengkajian

Identitas		Pasien
1) Biodata Pasien		
a.	Nama	An. M
b.	Umur	7 Tahun
c.	Jenis kelamin	Laki - Laki
d.	Dx. Medis	Kejang Demam
e.	Reg	543xxx
f.	MRS	07-04-2025/Jam 05.00
g.	Tanggal pengkajian	08-04-2025/Jam 09.00
2) Biodata Orang Tua		
Ayah		
a.	Nama Ayah	Tn. S
b.	Umur	42 Tahun
c.	Agama	Islam
d.	Pendidikan	SLTP/SMP
e.	Pekerjaan	Wiraswasta

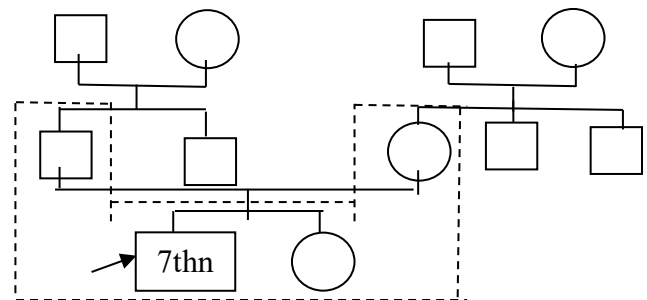
f.	Suku bangsa	Jawa
g.	Alamat	RT : 01 RW : 02, Bedug, Ngadiluweh, Kab. Kediri
Ibu		
a.	Nama Ibu	Ny. D
b.	Umur	38 tahun
c.	Agama	Islam
d.	Pendidikan	SLTA
e.	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
f.	Suku bangsa	Jawa
g.	Alamat	RT : 01 RW : 02, Bedug, Ngadiluweh, Kab. Kediri

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien
3) Keluhan utama • Saat MRS • Saat dikaji	Ibu pasien mengatakan anaknya panas (suhu 40 °C) 2 hari mulai hari minggu disertai kejang 2x dirumah kurang lebih 1 menit Ibu pasien mengatakan An. M badannya teraba panas, dan badan terasa lemas.
4) Riwayat penyakit sekarang	Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari mulai hari minggu pagi tanggal 06-04-2025, pasien diberi obat paracetamol panas sempat turun, namun di malam hari panas naik lagi sampai 40 °C disertai kejang 2x kurang lebih 1 menit. Kemudian pada tanggal 07-04-2025 jam 00.30 pasien dibawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, di ruang IGD Pasien dilakukan tindakan dan observasi. Setelah itu pasien dipindah diruang Dahlia pukul 05.00, saat sampai diruang dahlia panas pasien sudah turun 38 °C dan ibu pasien mengatakan An. M sempat mengeluh pusing dan badan terasa lemas.
5) Riwayat penyakit yang lalu	Ibu pasien mengatakan anaknya pernah Post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran.
6) Riwayat kehamilan dan persalinan : a. Prenatal b. Natal c. Post natal	Ibu pasien mengatakan selama kehamilan An. M rutin kontrol ke PKM. Ibu pasien mengatakan melahirkan secara Sectio Caesaria di RS Gambiran. Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan.
7) Riwayat pertumbuhan dan perkembangan : a. Pertumbuhan b. Perkembangan	Ibu pasien mengatakan berat badan anaknya saat lahir yaitu 3,4 kg dan panjang badan 47 cm, setiap dilakukan penimbangan di posyandu berat badan anaknya selalu meningkat. Berat badan pasien saat ini 40 kg dan panjang badan 122 cm.

	Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang tuanya, anaknya sudah kelas 1 SD dan sering mengikuti berbagai kegiatan di sekolah maupun lingkungannya.
8) Riwayat imunisasi	Ibu pasien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap meliputi : 1. Hepatitis B : 4 kali (usia 0 bulan (setelah bayi lahir 12 jam), lalu diberikan vaksin kembali pada usia 2 bulan, 3 bulan dan 4 bulan) 2. BCG : 1 kali (usia 2 bulan) 3. DPT : 3 kali (usia 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan) 4. Campak (MR) : 2 kali (usia 9 bulan dan 2 tahun) 5. Polio : 4 kali (usia 1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan)
9) Riwayat pemberian nutrisi	Ibu pasien mengatakan anaknya makan dengan nasi, sayur, lauk pauk dan minum air putih, pasien tidak memiliki riwayat alergi.
10) Riwayat kesehatan keluarga dan genogram	Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita kejang demam maupun penyakit saraf dan penyakit menurun lainnya.

Genogram :



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

┌───┐ : Garis perkawinan

└───┘ : Garis keturunan

----- : Tinggal satu rumah

→ : Identitas pasien

✕ : Meninggal

11) Riwayat psikososial	Ibu pasien mengatakan anaknya sering bermain keluar rumah dengan tetangga sebayanya.
12) Riwayat sosial budaya	Ibu pasien mengatakan pasien sudah duduk dikelas 1 SD, pasien sangat sulit untuk minum air putih dan makan makanan yang bergizi.
13) Riwayat spiritual	Ibu pasien mengatakan An.M menganut agama islam, biasanya selalu pergi ke masjid/mushola terdekat untuk melakukan sholat dan mengaji.

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari - Hari

14) Pola Aktivitas Sehari-Hari	Dirumah	Di rumah sakit
Nutrisi	Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, makan sayur sulit, dan minum air putih. 1 porsi habis.	Ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makannya menurun. Pada pengkajian pasien hanya makan 3 sendok makan, minum air putih ± 100 ml.
Eliminasi	Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1x/hari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak bau khas feses. Sedangkan BAK 6-8x/hari dengan warna kuning jernih bau khas urin.	Saat dikaji klien sudah BAK, BAK lancar 4-5x sehari ± 500 cc, warna kuning jernih bau khas urin. Pasien belum BAB sejak di RS. Tidak mengalami konstipasi
Istirahat tidur	Ibu pasien mengatakan pasien tidur pada siang hari pukul 12.00-15.00 pada malam hari pukul 21.00-05.30 WIB (± 8 jam)	Ibu pasien mengatakan pasien tidur saat di RS ± 5 jam dan ibu pasien mengatakan tidak ada masalah tidur.
Aktivitas	Ibu pasien mengatakan pada pagi hari berangkat sekolah sampai siang, sore hari main, dan malam hari mengaji.	Ibu pasien mengatakan ketika sakit hanya berbaring di tempat tidur.
Personal hygiene	Ibu pasien mengatakan anaknya mandi 2x/hari menggunakan sabun mandi, gosok gigi 2x sehari dan keramas 2x/minggu.	Saat dikaji ibu pasien mengatakan pasien disibin sehari 2x pagi dan sore hari.

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik	Pasien
Keadaan umum	Pasien tampak lemas, mukosa bibir sedikit kering. Keadaan umum lemah, tampak berbaring di tempat tidur, terpasang infus D5 $\frac{1}{2}$ NS di ekstremitas kiri bawah.
Status kesadaran	Kesadaran compos mentis.

TTV:	
TD	114/67 mmHg
Suhu	38°C
Nadi	100 x/menit
	Teraba kuat, irama reguler
Respiratory rate	28x/menit
Spo2	100 %
Status Gizi	Tinggi badan 122 cm, Berat badan saat ini 40 kg usia pasien 7 tahun. IMT = $\frac{BB}{TB^2}$ $= \frac{40}{(1,22 \times 1,22)} = \frac{40}{1,48} = 27,02$ (obesitas)
Kepala	Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, kulit kepala tidak ada luka/lesi.
Mata	Mata lengkap, simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada mata.
Telinga	Telinga simetris kanan dan kiri, telinga bersih, ketajaman pendengaran normal, tidak ada alat bantu pendengaran.
Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, mukosa hidung lembab, lubang hidung bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada kelainan.
Mulut	Mukosa bibir sedikit kering, keadaan gigi bersih, dan lidah bersih berwarna merah muda.
Leher	Posisi trakea tepat ditengah, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Thorax	
a. Paru	
Inspeksi	Bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi interkosta, irama nafas reguler.
Palpasi	Vocal fremitus teraba, getaran kanan dan kiri sama.
Perkusi	Suara paru sonor, tidak ada penumpukan cairan.
Auskultasi	Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

b. Jantung					
Inspeksi	Bentuk dada normal chest, dapat dilihat pulsus gerakan apex menyentuh dinding dada.				
Palpasi	Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri, tidak ada pembesaran.				
Perkusi	Suara jantung pekak.				
Auskultasi	Bunyi jantung 1 terdengar lup-dup berada di ICS 4 kiri Bunyi jantung 2 terdengar lup-dup berada di ICS 2 kanan dan kiri Tidak terdapat bunyi jantung tambahan				
Abdomen					
Inspeksi	Bentuk perut datar, tidak ada lesi, tidak ada edema				
Auskultasi	Bising usus terdengar 15x/menit.				
Palpasi	Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan.				
Perkusi	Suara perut tympani.				
Genetalia dan anus					
Tidak ada kemerahan, tidak ada kelainan.					
Ekstremitas atas dan bawah					
Terpasang infus Aseringe di ekstremitas kiri bawah.					
a. Bentuk	Simetris kanan dan kiri, tidak ada deformitas				
b. Pergerakan	Lemah, tidak nyeri sendi dan otot				
c. CRT	Kembali <2 detik				
d. Edema	Tidak ada edema				
e. Kekuatan otot	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				
Integumen					
a. Warna	Sawo matang, tidak pucat (tidak terdapat sianosis)				
b. Kelembaban	Kering				
c. Turgor	Kembali < 2 dtk				
d. Akral	Badan teraba hangat				
e. Kelainan kulit	Tidak ada kelainan pada kulit.				
Neurologi					
Tidak ada kerusakan pada saraf, pasien dapat merasakan sentuhan/rangsangan					
Reflek fisiologis:					
- Reflek bisep: (+)					
- Reflek trisep: (+)					

- Reflek patella: (+)

Reflek patologis:

- Reflek babinski: (-)

Pemeriksaan penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium	Tanggal: 07/03/2025			
	Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan
	Lekosit	14.4	$10^3/\mu\text{L}$	4.5 – 13.5
	Trombosit	872	$10^3/\mu\text{L}$	181 – 521
	MCHC	30.7	g/dL	32.0 – 36.0
	PDW	8.6	fL	9.0 – 17.0
	MPV	7.7	fL	8.0 – 11.0
	Neu%	79.7	%	25.0 – 60.0
	Lym%	5.9	%	25.0 – 50.0
	Mxd%	14.4	%	1.0 – 6.0
	Neu#	11.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.4 – 6.6
	Lym#	0.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 5.5
	Mxd#	2.1	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0

Penatalaksanaan Terapi Pasien

Tabel 4.6 Penatalaksanaan Terapi

Terapi	Dosis	Rute
07/04/2025		
Infuse D5 ½ NS	1000 cc/24 jam	Intravena
Injeksi Amphotericin	3x700 mg	Intravena
Injeksi Paracetamol	4x900 mg	Intravena
Injeksi Diazepam	1 ampul (bila kejang)	Intravena
Injeksi Ranitidine	2x40 mg	Intravena
Injeksi Dexamethasone	3x2 mg	Intravena
Injeksi Phenobarbital	2x37,5 mg	Intravena
08/04/2025		
Infuse D5 ½ NS	1000 cc/24 jam	Intravena
Injeksi Ranitidine	2 x 40 mg	Intravena
Injeksi Paracetamol	6 x 400 mg	Intravena
Injeksi Dexamethasone	3 x 2 mg	Intravena

Injeksi Amphotericin	3 x 700 mg	Intravena
Injeksi Diazepam	7,5 mg (bila kejang)	Intravena
Injeksi Sibital	2 x 75 mg	Intravena

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1.	Ds : - Ibu pasien mengatakan An. M badannya terasa panas dan badan terasa lemas. - Ibu pasien mengatakan An. M panas (suhu 40 °C) sudah 2 hari mulai hari minggu disertai kejang 2x saat di rumah kurang lebih 1 menit. Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Badan pasien terasa hangat - Terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas kiri bawah - TTV TD : 114/67 mmHg N : 100x/menit S : 38 °C RR : 28x/menit SPO2 : 100% - Leukosit (H) 14.4 (10³/uL) - Trombosit (H) 872 (10³/uL)	Hipertermia	Proses Penyakit
2.	Ds : - Ibu pasien mengatakan An.M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran. - Ibu pasien mengatakan An.M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo. Do : - Kesadaran umum lemah - Kesadaran compos mentis	Risiko Cedera	Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

	- Badan pasien teraba hangat - Terpasang Infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam pada ekstremitas kiri bawah - TTV TD : 114/67 mmHg N : 100x/menit S : 38 °C RR : 28x/menit SPO2 : 100% - Diazepam 1 ampul 2 mg (Drip)		
--	--	--	--

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan

No.	Tanggal Muncul	Diagnosa Keperawatan	Tanggal teratasi	Tanda tangan
1.	08-04-2025	Ds : - Ibu pasien mengatakan An. M badannya teraba panas dan badan terasa lemas. - Ibu pasien mengatakan An. M panas (suhu 40 °C) sudah 2 hari mulai hari minggu disertai kejang 2x saat di rumah kurang lebih 1 menit. Do : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Badan pasien teraba hangat - Terpasang infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri - TTV TD : 114/67 mmHg N : 100x/menit S : 38 °C	10-04-2025	

		RR : 28x/menit SPO2 : 100% - Leukosit (H) 14.4 (10 ³ /uL) Trombosit (H) 872 (10 ³ /uL)		
2.	08-04-2025	Ds : - Ibu pasien mengatakan An.M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran. - Ibu pasien mengatakan An.M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo. Do : - Kesadaran umum lemah - Kesadaran compos mentis - Badan pasien teraba hangat - Terpasang Infus D5 ½ NS 1000 cc/24 jam pada ekstremitas kiri bawah - TTV TD : 114/67 mmHg N : 100x/menit S : 38 °C RR : 28x/menit SPO2 : 100% - Diazepam 1 ampul 2mg (Drip)	10-04-2025	

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan Kriteria Hasil berdasarkan SLKI	Intervensi Keperawatan Berdasarkan SIKI	Rasionalisasi	TTD
1.	08-04-25	D. 0130	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Suhu kulit membaik 3. Menggigil menurun	Observasi : 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Mdemonitor suhu tubuh 3. Mdemonitor komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang dingin 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian 3. Berikan cairan oral 4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 5. Lakukan pendinginan eksternal Edukasi : 1. Anjurkan tirah baring Kalaborasi : 1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu	Observasi : 1. Untuk mengetahui penyebab hipertermia 2. Untuk mengetahui perubahan suhu tubuh 3. Untuk mengetahui adanya komplikasi akibat hipertermia Terapeutik : 1. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia 2. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 3. Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga 4. Untuk memberikan kenyamanan bagi pasien 5. Agar suhu tubuh permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin	

						Edukasi : 1. Untuk menghindari komplikasi Kalaborasi : 1. Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih
2.	08-04-25	D.0136	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat cedera membaik dengan kriteria hasil : 1. Toleransi aktivitas meningkat 2. Nafsu makan membaik 3. Toleransi makanan meningkat 4. Kejadian cedera menurun 5. Tekanan darah membaik 6. Frekuensi nadi membaik 7. Frekuensi nafas membaik 8. Pola istirahat/tidur membaik	Observasi : 1. Memonitor status neurologis. 2. Memonitor tanda-tanda vital Terapeutik : 1. Baringkan pasien agar tidak terjatuh 2. Rendahkan ketinggian tempat tidur 3. Pasang side-rail tempat tidur 4. Berikan alas empuk dibawah kepala, jika memungkinkan 5. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam 6. Sediakan suction disamping tempat tidur Edukasi : 1. Anjurkan segera melapor jika merasakan aura	Observasi : 1. Untuk mengetahui adanya status neurologis 2. Untuk mengetahui tanda tanda vital Terapeutik : 1. Agar pasien tidak terjatuh dari tempat tidur. 2. Agar pasien aman dari tempat tidur. 3. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien. 4. Untuk memberikan pertolongan pasien bila pasien tersedak. Edukasi : 1. Agar tidak terjadi komplikasi 2. Agar keluarga pasien paham dengan	

	2. Anjurkan tidak berkendara	pertolongan pertama yang harus dilakukan jika pasien kejang
	3. Ajarkan keluarga pertolongan pertama pada kejang	Kolaborasi :
	Kolaborasi :	1. Untuk menghindari terjadinya kejang berulang.
	1. Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu	

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

No.	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Tindakan / Implementasi	Tanda Tangan
1.	08-04-2025 09.30 10.30 11.00 11.30 12.00 12.30 13.00 13.30	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : Keluarga pasien dan pasien percaya dengan perawat 2. Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 111/64 mmHg N : 103x/menit RR : 29x/menit S : 38,3°C SPO2 : 100% 3. Mengidentifikasi tanda/gejala akibat hipertermia (suhu tubuh diatas nilai normal). 4. Mengedukasi keluarga pasien dan pasien untuk banyak minum air putih. 5. Menganjurkan pasien untuk tirah baring. 6. Mengedukasi keluarga pasien untuk mengompres An. M dengan air hangat. 7. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis. 8. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan : - Infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (infus pump) - Injeksi Paracetamol 400 mg	
2.	08-04-2024 09.30 10.30 11.00	Risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	1. Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : Keluarga pasien dan pasien percaya dengan perawat 2. Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 111/64 mmHg N : 103x/menit RR : 29x/menit S : 38,3°C SPO2 : 100%	

11.30	3. Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang.
12.00	4. Menganjurkan pasien untuk tirah baring
12.30	5. Mengedukasi keluarga pasien untuk melonggarkan pakaian terutama di bagian leher.
	6. Mengedukasi keluarga pasien untuk tidak memasukkan benda apapun di dalam mulutnya.

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan

No. Dx	Tanggal/Jam	Diagnosa Keperawatan	Keterangan
D.0130	08-04-2025 14.00	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	S : - Ibu pasien mengatakan An. M badannya terasa panas dan badan terasa lemas. O : 1. Keadaan umum lemah 2. Kesadaran compos mentis 3. Badan pasien terasa hangat 4. Terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri 5. TTV TD : 110/55 mmHg N : 95x/menit S : 37,2°C RR : 25x/menit SPO2 : 100% 6. Leukosit (H) 14.4 (10³/uL) 7. Trombosit (H) 872 (10³/uL) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan 1. Melakukan Observasi TTV 2. Mengidentifikasi tanda/gejala akibat hipertermia (suhu tubuh diatas nilai normal). 3. Mengedukasi keluarga pasien dan pasien untuk banyak minum air putih. 4. Mengedukasi keluarga pasien untuk mengompres An. M dengan air hangat. 5. Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis. 6. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.
D.0136	08-04-2025 14.00	Risiko Cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	S : - Ibu pasien mengatakan An.M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran. - Ibu pasien mengatakan An.M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien

langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo.

O :

- Keadaan umum lemah
- Kesadaran compos mentis
- Badan pasien teraba hangat
- Terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri
- TTV

TD : 110/55 mmHg

N : 95x/menit

S : 37,2°C

RR : 25x/menit

SPO2 : 100%

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjut

1. Melakukan Observasi TTV
 2. Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang.
 3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring
 4. Mengedukasi keluarga pasien untuk melonggarkan pakaian terutama di bagian leher.
 5. Mengedukasi keluarga pasien untuk tidak memasukkan benda apapun di dalam mulutnya.
 6. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.
-

4.1.8 Catatan Perkembangan

Tabel 4.12 Catatan Perkembangan

Tanggal/Jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi (S O A P)
09-04-2025	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	1. Melakukan observasi TTV TD : 115/65 mmHg N : 98x/menit RR : 25x/menit S : 37,2 °C SPO2 : 100%	S : Ibu pasien mengatakan An. M panas naik turun dan badan terasa lemas berkurang. O: - Keadaan umum cukup - Kesadaran compos mentis - Badan pasien terasa hangat - Terpasang infus D5 ½ NS pada ekstremitas bawah sebelah kiri - TTV TD : 100/60 mmHg N : 100x/menit S : 37°C RR : 24x/menit SPO2 : 100%
09.00		2. Mengidentifikasi tanda/gejala akibat hipertermia (suhu tubuh diatas nilai normal).	
09.30		3. Menganjurkan pasien untuk memperbanyak minum air putih.	
10.00		4. Mengedukasi keluarga pasien untuk mengompres An. M dengan air hangat.	
10.30		5. Menganjurkan pasien memakai pakaian yang tipis.	
11.00		6. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan :	
11.30		- Infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (infus pump) - Injeksi Radin 2 x 40 mg	A : Masalah teratasi 1. Suhu tubuh diangka rata-rata normal sudah membaik. 2. Keluarga pasien paham dengan kompres hangat pada An. M P : Intervensi dilanjutkan 1. Melakukan observasi TTV. 2. Menganjurkan pasien untuk memperbanyak minum air putih. 3. Menganjurkan pasien memakai pakaian yang tipis. 4. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim

				medis dalam memberikan program pengobatan.
09-04-2025	Risiko Cidera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	1. Melakukan observasi S : TTV TD : 115/65 mmHg N : 98x/menit RR : 25x/menit S : 37,2 °C SPO2 : 100%	- Ibu pasien mengatakan An.M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran.	
09.00		2. Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang.	- Ibu pasien mengatakan An.M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo.	
09.30		3. Menganjurkan pasien untuk tirah baring		
10.00		4. Mengedukasi keluarga pasien untuk melonggarkan pakaian terutama di bagian leher.		
10.30		5. Mengedukasi keluarga pasien untuk tidak memasukkan benda apapun di dalam mulutnya.		
11.00		6. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.		
			O :	
			- Keadaan umum cukup	
			- Kesadaran compos mentis	
			- Badan pasien teraba hangat	
			- Terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri	
			- TTV	
			TD : 100/60 mmHg	
			N : 100x/menit	
			S : 37°C	
			RR : 24x/menit	

			SPO2 : 100%
			A : Masalah teratasi
			1. Menganjurkan pasien untuk tirah baring 2. keluarga pasien paham dalam cara pemakaian baju pada pasien 3. Keluarga pasien mengerti untuk tidak memasukkan benda apapun di dalam mulutnya.
			P : Intervensi dilanjutkan
			1. Melakukan observasi TTV 2. Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang. 3. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.
10-04-2025	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	1. Melakukan observasi TTV TD : 98/62 N : 99x/menit RR : 24x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 100% 2. Menganjurkan pasien untuk memperbanyak minum air putih. 3. Memberikan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan : - Infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (infus pump) - Injeksi Radin 40 mg	S : Ibu pasien mengatakan An. M badannya sudah tidak panas lagi dan badan sudah tidak lemas. O : - Keadaan umum baik - Kesadaran compos mentis - Terpasang infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri - TTV TD : 96/52 mmHg N : 98x/menit

		S : 36,4°C	
		RR : 23x/menit	
		SPO2 : 100%	
		A : Masalah teratasi	
		1. Suhu tubuh sudah membaik normal. 2. Pasien sudah banyak minum air putih. 3. Tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian program pengobatan stop.	
		P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.	
10-04-2025	Risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	1. Melakukan observasi TTV TD : 98/62 N : 99x/menit RR : 24x/menit S : 36,5 °C SPO2 : 100%	S :
16.00			- Ibu pasien mengatakan An.M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran.
17.30		2. Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang.	
19.30		3. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan : - Infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (infus pump) - Injeksi Radin 40 mg	- Ibu pasien mengatakan An.M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo.
		O :	
		- Keadaan umum cukup	

-
- Kesadaran compos mentis
 - Badan pasien teraba hangat
 - Terpasang infus D5 $\frac{1}{2}$ NS 1000cc/24 jam pada ekstremitas bawah sebelah kiri
 - TTV
TD : 96/52 mmHg
N : 98x/menit
S : 36,4°C
RR : 23x/menit
SPO2 : 100%

A : Masalah Teratasi

1. Observasi TTV baik
2. Keluarga pasien tidak panik jika anak terjadi kejang.
3. Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan stop.

P : Intervensi dihentikan, pasien pulang.

4.1.9 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.13 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori

1. Pengkajian

No	Teori	Analisis	
		Fakta	Kesenjangan
1.	Identitas Klien : Identitas pasien meliputi (nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal masuk rumah sakit. Orang tua meliputi (nama ayah, nama ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, umur) (Nursalam, 2005).	a. Biodata Klien : Nama : An. M Umur : 7 tahun Jenis Kelamin : Laki-laki Dx. Medis : Kejang Demam Reg : 543XXX MRS : 07-04-2025 jam 05.00 Tgl pengkajian : 08-04-2025 jam 09.00 b. Biodata Orang Tua Ayah Nama Ayah : Tn. S Umur : 42 tahun Agama : Islam Pendidikan : SLTP/SMP Pekerjaan : Wiraswasta Suku Bangsa : Jawa Alamat : RT/RW : 01/02, Bedug, Ngadiluwih, Kab. Kediri Ibu	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

Nama Ibu : Ny. D
 Umur : 38 tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : SLTA
 Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
 Suku Bangsa : Jawa
 Alamat : RT/RW : 01/02, Bedug,
 Ngadiluwih, Kab. Kediri

No	Teori	Fakta	Kesenjangan
2.	Riwayat Kesehatan Keluhan utama : Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh >38C, anak biasanya mengalami kejang dan bahkan pada anak dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami penurunan kesadaran.	Ibu pasien mengatakan anaknya panas (suhu 40°C) 2 hari mulai hari minggu disertai kejang 2x di rumah kurang lebih 1 menit.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
3.	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.	Ibu pasien mengatakan anaknya demam sudah 2 hari mulai hari minggu pagi tanggal 06-04-2025, pasien diberi obat paracetamol panas sempat turun, namun di malam hari panas naik lagi sampai 40 °C disertai dengan kejang 2x kurang lebih 1 menit. Kemudian pada tanggal 07-04-2025 jam 00.30 pasien dibawa ke RSUD dr. Soedomo Trenggalek, di ruang IGD Pasien dilakukan tindakan dan observasi.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

		Setelah itu pasien dipindah diruang Dahlia pukul 05.00, saat sampai diruang dahlia panas pasien sudah turun 38 °C dan ibu pasien mengatakan An. M sempat mengeluh pusing dan badan terasa lemas	
4. Riwayat Penyakit Dahulu	Ada faktor predisposisi terjadinya kejang demam antara lain trauma kepala, infeksi dan reaksi terhadap imunisasi. Selain itu juga bisa muncul akibat hipertermi (Suharso D, 2012)	Ibu pasien mengatakan anaknya pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan kejang demam di Gambiran.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
No.	Teori	Fakta	Kesenjangan
5. Riwayat Kehamilan dan Persalinan	Riwayat prenatal, natal dan post natal Prenatal : kesehatan ibu selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin, seperti infeksi, hipertensi, dan diabetes dapat meningkatkan risiko kejang demam pada anak. Natal : proses persalinan yang sulit atau tidak normal dapat mempengaruhi kesehatan janin dan meningkatkan risiko kejang demam. Post natal : biasanya kesehatan bayi setelah lahir dapat mempengaruhi risiko kejang demam, seperti infeksi, demam, dan kondisi lainnya dapat meningkatkan risiko kejam demam (Suharso D, 2012).	Prenatal : Ibu pasien mengatakan selama kehamilan An. M rutin kontrol ke PKM Natal : Ibu pasien mengatakan saat melahirkan secara Sectio Caesaria di RS Gambiran. Post natal : Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
6.	Teori	Fakta	Kesenjangan

	Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan Pertumbuhan dan perkembangan pada penderita kejang demam dapat berpengaruh terhadap keterlambatan perkembangan motorik, seperti mengalami kesulitan dalam berjalan dan berbicara. Sedangkan untuk pertumbuhan sendiri dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan (Erika Lubis, Maryuni 2015).	Pertumbuhan : Ibu pasien mengatakan berat badan anaknya saat lahir 3.4 kg dengan panjang badan 47 cm, setiap dilakukan penimbangan di posyandu berat badan anaknya selalu meningkat. Berat badan pasien saat ini 40 kg dan panjang badan 122 cm. Perkembangan : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang tua, anaknya sudah kelas 1 SD dan sering mengikuti berbagai kegiatan di sekolah maupun lingkungannya.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
7.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Riwayat Kesehatan Keluarga : Kejang demam mempunyai faktor keturunan dari faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50% (Suharso D, 2012)	Ibu pasien 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	Kesenjangan
	Pola Nutrisi Penderita kejang demam akan mengalami nafsu makan menurun, sehingga tidak mendapatkan nutrisi yang cukup, sensitive terhadap makanan yang memicu kejang, biasanya dengan adanya <i>hiperplasi</i>	Dirumah: Ibu pasien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan nasi, lauk pauk, makan sayur sulit, dan minum air putih cukup. 1 porsi habis. Di RS:	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta.

	<i>gingiva</i> sebagai akibat efek samping dilatin (Lumbangtobing, 2009).	Ibu pasien mengatakan anaknya nafsu makan menurun. Pada saat dikaji pasien hanya makan 3 sendok makan, minum air putih kurang lebih 100 ml.	
9.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Pola Eliminasi BAB Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015). BAK Kehilangan kendali eliminasi, pada saat buang air kecil (Kyle & Carman, 2015)	Dirumah: Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1X/sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak bauk khas feses. Sedangkan BAK 6-8x/hari dengan warna kuning jernih bauk has urin. Di RS: Saat dikaji pasien sudah BAK, BAK lancar 4-5x/sehari kurang lebih 500cc, warna kuning jernih bauk khas urin. Pasien belum BAB sejak masuk RS. Tidak mengalami konstipasi.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
10.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Pola istirahat tidur Biasanya pada penderita kejang demam sering kali mengalami gangguan pola istirahat tidur seperti, kesulitan untuk tidur, tidur tidak nyenyak, dan biasanya mengalami kecemasan (Ngatsiyah, 2005).	Dirumah: Ibu pasien mengatakan pasien tidur pada siang hari pukul 12.00-15.00 pada malam hari pukul 21.00-05.30 WIB (± 8 jam) Di RS: Ibu pasien mengatakan pasien tidur saat di RS ± 5 jam dan ibu pasien mengatakan tidak ada masalah tidur.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
11.	Teori	Fakta	Kesenjangan

Pola Aktivitas dan Latihan Terjadi kelemahan umum, perubahan tonus otot dan pembatasan aktivitas (Ngatsiyah, 2005).		Saat Dirumah : Ibu pasien mengatakan pada pagi hari berangkat sekolah sampai siang, sore hari main, dan malam hari mengaji. Saat di RS : Ibu pasien mengatakan ketika sakit hanya berbaring di tempat tidur.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
12.	Teori Keadaan Umum Pada umumnya anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran latergi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau composmentis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan respirasi, dan juga suhu (Nursalam, 2012).	Fakta Keadaan umum pasien lemas, mukosa bibir sedikit kering, kesadaran composmetis, tampak berbaring ditempat tidur, dan terpasang infus D5 1/2 NS di ekstremitas kiri bawah. TD : 114/67 mmhg S : 38°C N: 100x/menit RR: 28x/menit SPO2 : 100%	Kesenjangan Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
13.	Teori	Fakta	Kesenjangan

	Kepala dan Leher Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala (Ngastiyah, 2020) Pada leher kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan, dan tidak terdapat benjolan (Nursalam, 2009).	Kepala : Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, kulit kepala tidak ada luka/lesi. Leher : Posisi trakea tepat ditengah, tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
14.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Mata Pada umumnya anak yang mengalami kejang demam dapat ditemukan data seperti : Inspeksi : pupil dan ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjugtiva merah. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.	Kedua mata lengkap, simetris kanan dan kiri, konjugtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada mata.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
15.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Mulut dan Lidah Inspeksi : terlihat mukosa bibir kering akibat peningkatan suhu tubuh yang tinggi, reflek menelan dan menghisap berkurang. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.	Mukosa bibir sedikit kering, keadaan gigi bersih, dan lidah bersih berwarna merah muda.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

16.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Thorax a. Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya <i>retraksi intercosta</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 nafas yang meningkat intensitasnya, biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing (Aridiana 2016).	a. Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi intercosta, irama nafas reguler. b. Palpasi : Vocal fremitus teraba, getaran kanan dan kiri sama. c. Perkusi : Suara paru sonor, tidak ada penumpukan cairan. d. Auskultasi : Suara nafas normal vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
17.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Jantung a. Inspeksi : Tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri b. Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah c. Perkusi : Terdapat pekak dalam batas jantung. d. Auskultasi : Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lopdup (Aridiana 2016).	a. Inspeksi : Bentuk dada normal chest, dapat dilihat pulsus gerakan apec menyentuh dinding dada. b. Palpasi : Teraba ictus cordis pada ICS V mid clavikula sinistra, tidak ada pembesaran c. Perkusi : Suara jantung pekak d. Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4. Bunyi jantung 2 terdengar di	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

		ICS 2 kanan dan kiri, tidak terdengar bunyi jantung tambahan			
18.	Teori	Fakta		Kesenjangan	
Abdomen Biasanya pada penderita kejang demam dapat ditemukan : a. Inspeksi : Bentuk abdomen datar, tidak terdapat lesi, tidak terdapat bekas operasi b. Auskultasi : Biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltic usus c. Palpasi : Biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen. d. Perkusi : Suara abdomen <i>tympani</i>		a. Inspeksi : Bentuk perut datar, tidak ada lesi, tidak ada edema. b. Auskultasi : Bising usus terdengar 15x/menit c. Palpasi : Tidak ada benjolan, tidak ada nyeri tekan d. Perkusi : Suara perut <i>tympani</i>		Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta	
19.	Teori	Fakta		Kesenjangan	
Integumen Apabila klien mengalami kekurangan oksigen maka kulit akan tampak pucat serta adanya peningkatan suhu tubuh di atas normal (<37,5C)		a. Warna : Sawo matang, tidak pucat (tidak terdapat sianosis) b. Kelembaban : Kering c. Suhu : 38°C d. Akral : Badan teraba hangat e. Kelainan kulit : Tidak ada kelainan pada kulit		Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta	
20.	Teori	Fakta		Kesenjangan	
Pemeriksaan Penunjang		Pemeriksaan	Hasil	Unit	Rujukan
a) Glukuso Darah		Lekosit	14.4	10 ³ /uL	4.5 – 13.5
		Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta			

Pada kasus kejang demam sering didapati <i>hipoglikemia</i> pada pemeriksaan gula darah. <i>Hipoglikemia</i> merupakan faktor predisposisi kejang ($N < 200 \text{ mg/dl}$). b) BUN Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi <i>neprotosis</i> akibat dari pemberian obat. c) Elektrolit (K, Na) Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal=3,80-5,00 mg/dl) dan Natrium (Normal=135-144 mg/dl) d) Cairan Cerebro Spinal Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS, tanda infeksi, perdarahan penyebab kejang. e) Skull Ray Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak. f) EEG Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang. g) CT Scan Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infark, hematoma, cerebral edema, trauma, abses,	Trombosit	872	$10^3/\mu\text{L}$	181 – 521
	MCHC	30.7	g/dL	32.0 – 36.0
	PDW	8.6	fL	9.0 – 17.0
	MPV	7.7	fL	8.0 – 11.0
	Neu%	79.7	%	25.0 – 60.0
	Lym%	5.9	%	25.0 – 50.0
	Mxd%	14.4	%	1.0 – 6.0
	Neu#	11.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.4 – 6.6
	Lym#	0.8	$10^3/\mu\text{L}$	1.0 – 5.5
	Mxd#	2.1	$10^3/\mu\text{L}$	<1.0

tumor dengan atau tanpa kontras (Mahyar, 2010)

2. Diagnosa

21.	Teori	Fakta	Kesenjangan
	Diagnosa Keperawatan Diagnosa keperawatan yang dapat dibuat untuk kejang demam antara lain (PPNI, 2017) : a. Hipertermia (SDKI : D.0130) b. Defisit Pengetahuan (SDKI : D.0111) c. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif (SDKI : D.0001) d. Resiko Infeksi (SDKI : D.0142) e. Resiko Cidera (SDKI : D.0136) f. Risiko Perfusi Jaringan Cerebral Tidak Efektif (SDKI : D.0017)	Hasil pengkajian dan observasi pada 08 April 2025 / Jam 09.00 WIB ditegakkan diagnosa: a. Hipertermia b/d Proses Penyakit (SDKI : D.0130) b. Resiko Cedera b/d Kegagalan Mekanisme Pertahanan Tubuh (SDKI : D.0136)	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

3. Intervensi

22.	Intervensi Keperawatan Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi	1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit Tujuan dan kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
-----	---	---	---

masalah-masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap di antaranya penentuan prioritas diagnosa, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).

diharapkan termogulasi membaik dengan kriteria hasil :

1. Suhu tubuh membaik
2. Suhu kulit membaik
3. Menggigil menurun

Rencana Tindakan :

Observasi :

4. Identifikasi penyebab hipertermia
5. Mdemonitor suhu tubuh
6. Mdemonitor komplikasi akibat hipertermia

Terapeutik :

7. Sediakan lingkungan yang dingin
8. Longgarkan atau lepaskan pakaian
9. Berikan cairan oral
10. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)
11. Lakukan pendinginan eksternal

Edukasi :

12. Anjurkan tirah baring

Kalaborasi :

Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu

2. Risiko Cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x24 jam diharapkan tingkat cedera membaik dengan kriteria hasil :

1. Toleransi aktivitas meningkat
2. Nafsu makan membaik
3. Toleransi makanan meningkat
4. Kejadian cedera menurun
5. Tekanan darah membaik
6. Frekuensi nadi membaik
7. Frekuensi nafas membaik
8. Pola istirahat/tidur membaik

Rencana Tindakan :

Observasi :

9. Memonitor status neurologis
 10. Memonitor tanda tanda vital
-

Terapeutik :

11. Baringkan pasien agar tidak jatuh
12. Rendahkan ketinggian tempat tidur
13. Pasang side-rail tempat tidur
14. Berikan alas empuk di bawah kepala, jika memungkinkan
15. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam
16. Sediakan suction di samping tempat tidur

Edukasi :

17. Anjurkan segera melapor jika merasakan aura
18. Anjurkan tidak berkendara
19. Ajarkan keluarga pertolongan pertama pada kejang

Kolaborasi :

20. Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu
-

4. Implementasi

23.	Implementasi Keperawatan Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Tyas 2023). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2 yaitu : - Tindakan Keperawatan Mandiri Tindakan yang dilakukan Tanpa Pesanan Dokter. Tindakan keperawatan mandiri dilakukan oleh perawat. Misalnya menciptakan lingkungan yang tenang. - Tindakan Keperawatan Kolaboratif Tindakan yang dilakukan oleh perawat apabila perawat bekerja dengan anggota perawatan kesehatan yang lain dalam membuat keputusan bersama yang bertahan untuk mengatasi masalah klien.	1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit 1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien. Hasil : keluarga pasien dan pasien percaya dengan perawat. 2) Melakukan observasi TTV Hasil : TD : 111/64 mmHg N : 103x/menit RR : 29X/menit S : 38,3C SPO2 : 100% 3) Mengidentifikasi tanda/gejala akibat hipertermia (suhu tubuh diatas nilai normal) 4) Mengedukasi keluarga pasien dan pasien untuk banyak minum air putih 5) Menganjurkan pasien untuk tirah baring	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
-----	--	---	---

-
- 6) Mengedukasi keluarga pasien untuk mengompres An. M dengan air hangat
 - 7) Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis
 - 8) Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan :
 - Infus D5 ½ NS 1000cc/24 jam (infus pump)
 - Injeksi paracetamol 400 mg

2. Risiko Cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

- 1) Melakukan bina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarga pasien.
Hasil : Keluarga pasien dan pasien percaya dengan perawat
-

-
- 2) Melakukan observasi
TTV
Hasil :
TD : 111/64 mmHg
N : 103X/menit
RR : 29X/menit
S : 38.3C
SPO2 : 100%
 - 3) Mengedukasi keluarga
pasien agar tidak panik
jika terjadi kejang
 - 4) Menganjurkan pasien
untuk tirah baring
 - 5) Mengedukasi keluarga
pasien untuk
melonggarkan pakaian
terutama bagian leher
 - 6) Mengedukasi keluarga
pasien untuk tidak
memasukkan benda
apapun di dalam mulutnya
-

5. Evaluasi

24.	Evaluasi keperawatan	1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
	Evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (<i>Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning</i>) (Rofifah, N 2019),.	S : - Ibu pasien mengatakan An. M badannya terasa panas dan badan terasa lemas O : - Keadaan umum lemah - Kesadaran compos mentis - Badan pasien terasa hangat - Terpasang infus D5 ½ NS pada ekstremitas bawah sebelah kiri - TTV : TD : 110/55 mmHg N : 95X/menit S : 37,2C RR : 25X/menit SPO2 : 100% - Leukosit (H) 14.4 (10³/uL) - Trombosit (H) 872 (10³/uL) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

-
- Melakukan observasi TTV
 - Mengidentifikasi tanda/gejala akibat hipertermia (suhu tubuh diatas nilai normal)
 - Mengedukasi keluarga pasien dan pasien untuk banyak minum air putih
 - Mengedukasi keluarga pasien untuk mengompres An. M dengan air hangat
 - Menganjurkan pasien untuk memakai pakaian yang tipis
 - Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.

2. Risiko Cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh

S :

- Ibu pasien mengatakan An. M pernah post ranap tgl 10 Maret 2025 dengan
-

kejang demam di
Gambiran

- Ibu pasien mengatakan An. M pernah mengalami kejang demam berulang dengan frekuensi 2x dan durasi kurang lebih 1 menit saat di rumah pada tgl 06 April 2025 dan pada tgl 07 April 2025 pasien langsung dibawa ke RSUD dr. Soedomo.

O :

- Keadaan umum lemah
- Kesadaran compos mentis
- Badan ppasien teraba hangat
- Terpasang infus D5 ½ NS pada ekstremitas bawah sebelah kiri
- TTV
TD : 110/55 mmHg
N : 95X/menit
S : 37,2C
RR : 25X/menit
SPO2 : 100%

A : Masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

- Melakukan observasi TTV
 - Mengedukasi keluarga pasien agar tidak panik jika anak terjadi kejang
 - Menganjurkan pasien untuk tirah baring
 - Mengedukasi keluarga pasien untuk melonggarkan pakaian terutama dibagian leher
 - Mengedukasi keluarga pasien untuk tidak memasukkan benda apapun didalam mulutnya
 - Melakukan tindakan kolaborasi dengan tim medis dalam memberikan program pengobatan.
-

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Dari hasil pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat kesehatan keluarga, pola eliminasi, pola istirahat tidur, kepala dan leher, mata, thorax, jantung.

1. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa **Prenatal** (Ibu pasien mengatakan selama kehamilan An. M rutin kontrol ke PKM), **Natal** (Ibu pasien mengatakan saat melahirkan secara Sectio Caesaria di RS Gambiran), dan **Post natal** (Ibu pasien mengatakan tidak ada masalah setelah melahirkan).

Secara teori berisi tentang **Prenatal** : kesehatan ibu selama kehamilan dapat mempengaruhi kesehatan janin, seperti infeksi, hipertensi, dan diabetes dapat meningkatkan risiko kejang demam pada anak, **Natal** : proses persalinan yang sulit, tidak normal dapat mempengaruhi kesehatan janin dan meningkatkan risiko kejang demam, dan **Post natal** : biasanya kesehatan bayi setelah lahir dapat mempengaruhi risiko kejang demam, seperti infeksi, demam, dan kondisi lainnya dapat meningkatkan risiko kejang demam (Suharso D, 2012).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pada klien dengan kejang demam tidak selalu mengalami riwayat pada persalinan dan kehamilan, hal ini bisa terjadi karena penyebab lain seperti, terjadinya infeksi yang dapat menyebabkan suhu tubuh yang tinggi sehingga dapat memicu terjadinya kejang demam.

2. Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa **Pertumbuhan** Ibu pasien mengatakan berat badan anaknya saat lahir 3.4 kg dengan panjang badan 47 cm, setiap dilakukan penimbangan di posyandu berat badan anaknya selalu meningkat. Berat badan pasien saat ini 40 kg dan panjang badan 122 cm., dan **Perkembangan** Ibu pasien mengatakan anaknya sudah bisa melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan orang tua, anaknya sudah kelas 1 SD dan sering mengikuti berbagai kegiatan di sekolah maupun lingkungannya.

Secara teori berisi tentang Pertumbuhan dan perkembangan pada penderita kejang demam dapat berpengaruh terhadap keterlambatan perkembangan motorik, seperti mengalami kesulitan dalam berjalan dan berbicara. Sedangkan untuk pertumbuhan sendiri dapat berpengaruh terhadap penurunan berat badan (Erika Lubis, Maryuni 2015).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pada klien dengan kejang demam tidak selalu mengalami keterlambatan motorik dan

pertumbuhan. Bisa juga klien sudah mendapatkan perawatan yang baik dan mendapatkan pengobatan yang efektif sehingga klien cenderung tidak mengalami gangguan dalam tumbuh kembang.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa Ibu pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita kejang demam maupun penyakit saraf dan penyakit menurun lainnya.

Secara teori berisi bahwa kejang demam mempunyai faktor keturunan dari faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit saraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50% (Suharso D, 2012).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pada pasien kejang demam tidak selalu mengalami riwayat keturunan dari keluarga. Karena kejang demam sering kali disebabkan oleh kenaikan suhu tubuh yang cepat dan bukan karena faktor keturunan.

4. Pola Eliminasi

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa **Dirumah** : Ibu pasien mengatakan anaknya BAB 1X/sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak bau khas feses. Sedangkan BAK 6-8x/hari dengan warna kuning jernih bau has urin. **Di Rumah Sakit** : Saat dikaji pasien sudah BAK, BAK lancar 4-5x/sehari kurang

lebih 500cc, warna kuning jernih bau khas urin. Pasien belum BAB sejak masuk RS. Tidak mengalami konstipasi.

Secara teori pola eliminasi meliputi **BAB** Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015) **BAK** Kehilangan kendali eliminasi, pada saat buang air kecil (Kyle & Carman, 2015).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa klien dengan Kejang Demam tidak selalu mengalami gangguan pada pola eliminasinya seperti akan mengalami inkontinensia (kondisi dimana seseorang tidak dapat mengontrol buang air besar/air kecil, sehingga keluar secara tidak disengaja). Hal ini mungkin terjadi pada klien kejang demam, karena kejang ini adalah respon sementara terhadap demam tinggi. Biasanya berlangsung hanya beberapa menit dan akan berhenti sendirinya sehingga tidak mengalami inkontinensia.

5. Pola Istirahat Tidur

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa pola istirahat tidur **Dirumah** : Ibu pasien mengatakan pasien tidur pada siang hari pukul 12.00-15.00 pada malam hari pukul 21.00-05.30 WIB (± 8 jam) dan **Di Rumah Sakit** : Ibu pasien mengatakan pasien tidur saat di RS ± 5 jam dan ibu pasien mengatakan tidak ada masalah tidur.

Secara teori biasanya pada penderita kejang demam sering kali mengalami gangguan pola istirahat tidur seperti, kesulitan untuk

tidur, tidur tidak nyenyak, dan biasanya mengalami kecemasan (Ngatsiyah, 2005).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa klien dengan kejang demam tidak selalu mengalami gangguan pada pola istirahat tidur seperti tidur tidak nyenyak dan cemas. Hal ini terjadi pada klien karena klien mengalami kejang demam tidak dengan keadaan waktu pasien tidur, sehingga pasien disaat tidur tidak mengalami kecemasan maupun kesulitan untuk tidur dan pasien tidur dengan nyenyak.

6. Kepala dan Leher

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa **Kepala** : Bentuk kepala bulat, tidak ada benjolan, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, kepala bersih, kulit kepala tidak ada luka/lesi. **Leher** : Posisi trakea tepat ditengah, tidak ada pembesaran vena juguralis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Secara teori Biasanya pada penderita yang memiliki riwayat kejang sebelumnya tidak ada tanda-tanda yang signifikan pada pemeriksaan kepala (Ngastiyah, 2020). Pada leher kulit teraba kasar, kering, bersisik pucat, ptekie, kehilangan lemak subkutan, dan tidak terdapat benjolan (Nursalam, 2009).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa klien dengan kejang

demam tidak selalu mengalami ruam atau kulit leher kering, terdapat bintik – bintik merah, dan pucat. Hal ini mungkin terjadi pada klien kejang demam, tidak semua penyakit kejang demam terdapat tanda – tanda ruam seperti bintik – bintik merah, kulit leher kering, dan pucat. Karena gejala pada pasien kejang yang utama adalah peningkatan suhu tubuh yang tinggi dan tidak melulu terdapat ruam dibagian leher.

7. Mata

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa Kedua mata lengkap, simetris kanan dan kiri, konjungtiva merah muda, sklera putih, reaksi cahaya normal pada pupil dan bentuk isokor kanan dan kiri, tidak ada kelainan pada mata.

Secara teori Pada umumnya anak yang mengalami kejang demam dapat ditemukan data seperti, Inspeksi : pupil dan ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan.

Dari urian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pada pasien kejang demam tidak selalu mengalami konjungtiva pada mata merah, reflek pada cahaya turun, gerakan bola mata cepat. Hal ini mungkin terjadi pada pada klien kejang demam, tidak semua penyakit kejang demam mengalami seperti itu. Karena perubahan mata tidak ada hubungan langsung dengan kejang demam. Kejang demam sendiri disebabkan oleh demam tinggi yang tiba- tiba, bukan karena masalah pada mata.

8. Thorax

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa pada thorax, Inspeksi : Bentuk dada normal chest, tidak ada pernafasan retraksi intercosta, irama nafas reguler, Palpasi : Vocal fremitus teraba, getaran kanan dan kiri sama. Perkusi : Suara paru sonar, tidak ada penumpukan cairan, Auskultasi : Suara nafas normal vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan.

Secara teori pada thorax, Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya *retraksi intercosta*, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : *takipnea*, *dyspnea progresif*, pernafasan dangkal, dada corong (*pectus ekskavatum*) dada burung (*pectus karanatum*), *barrel chest* Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. Perkusi : Suara sonar, Auskultasi : Suara nafas yang meningkat intensitasnya, biasanya terdapat suara ronchi atau wheezing.

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Dalam hal ini peneliti berpendapat bahwa pada pasien kejang demam tidak selalu mengalami terjadinya retraksi intercosta maupun kedalam dalam upaya bernafas. Karena sudah mendapatkan penanganan oleh tenaga medis dan pasien juga tidak memiliki komplikasi lainnya seperti pneumonia.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan hasil bahwa tidak semua tanda dan gejala yang ada diteori muncul pada klien kejang demam, akan tetapi peneliti dapat merumuskan beberapa diagnosa yang sesuai dengan keluhan yang dialami oleh klien yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh.

Sedangkan diagnosis menurut (SDKI, (2017) ada beberapa diagnosis yang muncul pada pasien yang menderita kejang demam adalah hipertermia, defisit pengetahuan, bersihan jalan nafas tidak efektif, risiko infeksi, risiko cedera, risiko perfusi jaringan serebral tidak efektif.

Dari uraian tersebut terdapat kesenjangan antara fakta dan teori dimana diagnosa yang muncul pada klien hanya 2 diagnosa, sedangkan secara teori klien dengan kejang demam diagnosayang muncul ada 6. Penulis berpendapat bahwa diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan pada tanda dan gejala yang muncul pada data aktual klien itu sendiri sehingga diagnosa yang muncul hanya 2 diagnosa yang dapat dirumuskan.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawtaan pada klien kejang demam disusun berdasarkan teori yang telah ada, yaitu diambil dari SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2018) dan SIKI (Standar Luaran

Keperawatan Indonesia, 2018) dan disesuaikan dengan SOP (Standar Operasional Prosedur) yang ada dilokasi pengambilan data.

Rencana keperawatan merupakan suatu proses menyusun berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah-masalah klien. Tahap perencanaan ini dapat dilaksanakan dengan berbagai kegiatan atau tahap diantaranya penentuan prioritas diagnosis, penentuan tujuan, hasil yang diharapkan dan penentuan rencana tindakan (Lafina Widiastuti, 2022).

Peneliti berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan teori dan fakta pada intervensi. Karena intervensi sudah disusun berdasarkan teori yang ada di buku SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) tahun 2018.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan menggunakan intervensi yang sudah disusun. Implementasi dilakukan selama 3 hari mulai tanggal 08 April 2025 – 10 April 2025.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang lebih baik dan menggambarkan kriteria hasil yang di harapkan. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan kepada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan (Tyas, Suci Aning. 2023).

Peneliti berpendapat bahwa pada tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan peneliti berdasarkan intervensi yang disusun sesuai teori. Akan tetapi tidak semua intervensi diimplementasikan, hanya dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Pada waktu dilakukan evaluasi selama 3 hari klien belum maksimal menunjukkan tanda – tanda perbaikan secara optimal. Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP dan peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan selama 3 hari.

Menurut teori (Rofifah, N 2019), tahapan evaluasi keperawatan merupakan kegiatan yang membandingkan antara hasil implementasi dengan kriteria dan standar yang telah ditetapkan untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi adalah perbandingan hasil-hasil yang diamati dengan kriteria yang dibuat pada tahap intervensi Anak akan kembali ke dalam sistem atau proses keperawatan jika masalah keperawatan belum selesai atau akan keluar dari proses keperawatan jika masalah keperawatan anak telah berakhir. Tahapan evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen, yaitu kriteria hasil, keefektifan tahap-tahap proses keperawatan dan perbaikan rencana asuhan keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil dibuat dalam bentuk SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planning*).

Penulis berpendapat bahwa tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta pada evaluasi. Peneliti sebelumnya melakukan evaluasi selama 3

hari dengan SOAP hasil catatan perkembangan masalah teratasi sebagian dikarenakan klien membutuhkan perawatan secara optimal dan pengobatan yang teratur, untuk menjaga suhu tubuh agar tetap normal. Dan kondisi klien masih mampu memenuhi kebutuhan yang diperlukan oleh tubuh sehingga tidak muncul masalah lain pada klien dan masih dapat mempertahankan akibat yang timbul dari penyakit Kejang Demam.

BAB 5

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisa asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek selama tiga (3) hari yang telah dilakukan dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengkajian tidak semua tanda dan gejala muncul pada klien, dikarenakan ada faktor lain yang bisa mempengaruhi mekanisme pertahanan tubuh klien. Setelah dilakukan penelitian klien didapatkan perbedaan antara teori dan fakta yaitu riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat kesehatan keluarga, pola eliminasi, pola istirahat tidur, kepala dan leher, mata, thorax. Menunjukkan bahwa tidak semua manifestasi dapat ditemukan pada saat pengkajian dan juga disebabkan oleh beberapa faktor lain.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada penelitian ini adalah klien dengan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh. Pada konsep teori Kejang Demam terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang muncul, akan tetapi pada saat penelitian tidak semua diagnosa ditemukan.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Pada intervensi keperawatan, intervensi disusun berdasarkan teori – teori dari kepustakaan yang ada dan mengacu pada Standar Operasional Prosedur yang ada di rumah sakit dan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu klien dengan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit dan risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

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

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Pada tahap evaluasi secara umum kondisi pasien mulai menunjukkan tanda-tanda membaik. Pelaksanaan evaluasi pada pasien dilakukan selama satu hari. Pada hari pertama klien masih mengalami peningkatan suhu tubuh. Di hari kedua suhu tubuh pasien mulai menurun dan membaik. Sedangkan di hari ketiga kondisi pasien semakin membaik ditandai dengan suhu tubuh pasien kembali normal dan menghindari risiko terjadinya kejang demam berulang.

5.1.6 Analisa

Dari data pelaksanaan asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam yang telah dilakukan, peneliti menganalisa klien tersebut

dengan hasil terdapat kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan diagnosa keperawatan. Pada pengkajian didapatkan kesenjangan pada riwayat kehamilan dan persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, riwayat kesehatan keluarga, pola eliminasi, pola istirahat tidur, kepala dan leher, mata, thorax. Sedangkan pada diagnosa keperawatan didapatkan kesenjangan bahwa tidak semua diagnosa yang ada di teori muncul pada klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Pendidikan

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah informasi pengetahuan dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada klien yang mengalami Kejang Demam.

5.2.2 Bagi Lahan Penelitian atau Tenaga Kesehatan

Bagi institusi pelayanan kesehatan khususnya Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek diharapkan dapat melaksanakan tindakan mandiri perawat secara optimal jangan hanya tindakan medis, dan memperhatikan dalam dokumentasi keperawatan, dengan maksud pendokumentasian buka bersifat rutinitas karena tindakan mandiri dan dokumentasi yang jelas dan akurat dari perawat juga dapat memberikan perubahan yang baik terutama klien Kejang Demam, sehingga kebutuhannya dapat terpenuhi.

5.2.4 Bagi Klien

Diharapkan klien dan keluarga klien memahami pentingnya proses pemulihan dimana memerlukan waktu secara bertahap, maka klien harus mengikuti anjuran dan mengubah pola hidup yang sehat sesuai anjuran dalam asuhan keperawatan dan sering kontrol ke puskesmas terdekat maupun rumah sakit.

5.2.5 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pembendaharaan kepustakaan dan pengetahuan bagi pendidikan keperawatan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdi, Husnul. 2024. "No Title" Pengertian Anak Menurut Para Ahli, Undang-Undang, Dan Organisasi Internasional," 2024.
- Aridiana. (2016). *Asuhan Keperawatan Pada Sistem Endokrin Dengan Pendekatan NANDA NIC NOC*. Jakarta: Salemba Medika.
- Dozz. (2005). *Skizofrenia*. Yogyakarta : Minister Supply and service canada.
- Ellenbroek, B. A., Cesura, A.M. 2014. Antipsychotics and the Dopamine Serotonin Connection.
- Erika Lubis, Maryuni, Hartati Saragih. 2015. "No Title." *PENGARUH RIWAYAT KEJANG DEMAM TERHADAP PERKEMBANGAN DAN PERTUMBUHAN PADA ANAK*.
- Fitria, N. (2009). Prinsip Dasar dan Aplikasi Penulisan Laporan Pendahuluan dan Strategi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan (LP dan SP). Jakarta: Salemba Medika.
- Hawari, D. (2018). Pendekatan Holistik pada Gangguan Jiwa Skizofrenia. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Ibrahim, A. S. 2011. Skizofrenia Spliting Personality. Tangerang. Jelajah Nusa.
- Indra Maulana, S. S. (2019). Penyuluhan Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat tentang Masalah Kesehatan Jiwa di Lingkungan Sekitarnya. *Media Karya Kesehatan*.
- Keliat (2009), Model Praktek Keperawatan Professional Jiwa. Jakarta: EGC
- Keliat, B. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Indonesia: Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Kyle, T., & Carman, S. (2015). *Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Larasaty, Diny. 2023. "No Title." *Asuhan Keperawatan Anak Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek*.
- Mahyar. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 2. Jilid 1* . Jakarta: Media Aesculapius.

- Maramis. (2008). Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, Cetakan Kesembilan. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2009). Catatan ilmu kedokteran jiwa edisi 2. airlangga university Press.
- Maslim. (2013). Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V. Cetakan 2 – Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Muh. Fitrah, M. &. (2017). *Metodologi Penelitian ; Penelitian Kualitatif, Tindakan Kelas & Studi Kasus*. Jawa Barat: CV Jejak.
- Nanda. (2015). Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 editor T Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru. Jakarta: EGC.
- Novitasari, P. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Skizofrenia Dengan Isolasi Sosial : Menarik Diri Di Rumah Sakit Jiwa Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang*.
- Nursalam. (2011). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam. (2011). Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, (2016). Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Ilmu Kesehatan Anak.
- Nursalam. (2012). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* . Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. (2009). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Pardede, J. A., Harjuliska, H., & Ramadia, A. (2021). Self-Efficacy dan Peran Keluarga Berhubungan dengan Frekuensi Kekambuhan Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan Jiwa*, 4(1), 57-66.
- PPNI. 2016. *No Title SDKI*.

- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. 2017. *No Title Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. 2019. *No Title Standar Luaran Keperawatan Indonesia*.
- Quardona, Q. &. (2018). Dukungan Emosional dan Instrumental dengan Interaksi Sosial pada Pasien Isolasi Sosial. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 429-435.
- Ramawati, Y. (2017). PELATIHAN PERAWAT DAN KADER DALAM PENANGANAN PASUNG BERBASIS KOMUNITAS DI PROVINSI JAWA TIMUR. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 64-68.
- Resti, Hutri Engla, Ganis Indriati, and Arneliwati Arneliwati. 2020. "Gambaran Penanganan Pertama Kejang Demam Yang Dilakukan Ibu Pada Balita." *Jurnal Ners Indonesia* 10 (2): 238. <https://doi.org/10.31258/jni.10.2.238-248>.
- Rofifah, N. (2019). *Implementasi Keperawatan pada Perawat di Puskesmas Pembantu Rongga Wilayah Gunung Halu Kabupaten Bandung Barat : Studi Kasus*. Bandung: Repository.
- Saryono, A. D. (2013). *Metodelogi Penelitian Kualitatif dan Metodelogi Penelitian Kualitatif dan* . Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saryono, A., & Anggraeni, D. M. M. (2013). *Metodologi penelitian kualitatif dan kuantitatif dalam bidang kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sudibyo, Dyoko Gumilang, Rila Putri Anindra, Yerlita El Gihart, Risma Alvin Ni'azzah, Nur Kharisma, Sukma Cindra Pratiwi, Safira Dewanti Chelsea, et al. 2020. "Pengetahuan Ibu Dan Cara Penanganan Demam Pada Anak." *Jurnal Farmasi Komunitas* 7 (2): 69. <https://doi.org/10.20473/jfk.v7i2.21808>.
- Soetjiningsih. (2015). *Tumbuh Kembang Anak*. Surabaya: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).
- Soetjiningsih. (2015). *Tumbuh Kembang Anak*. Surabaya: Penerbit Buku Kedokteran (EGC).
- Sugiyono. (2007). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D* Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono, S. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: New York: Plenum Press, Yudistira P, Chandra.
- Suharso D. (2012). *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.

- Suritama, Destalya Natasa. 2024. "No Title." *Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun Dengan Kejang Demam Diruang Dahlia Rsud Dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek*.
- Sutejo. (2017). Konsep dan Praktik Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa: Gangguan Jiwa dan Psikososial. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru
- Sutejo, S. (2018). Keperawatan jiwa: konsep dan praktik asuhan keperawatan kesehatan jiwa: gangguan jiwa dan psikososial.
- Stuart, G. W. & Sundeen, S. J. 2007. Buku Saku Keperawatan Jiwa. (Edisi 5). Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Syahputra, I Putu Krisna Suarma. 2022. "No Title." *Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun Dengan Kejang Demam Diruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek*.
- Syamara, Nanda Adi. 2020. "Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia Di Bawah 5 Tahun Dengan Kejang Demam Di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek." *KARYA TULIS ILMIAH*, 2.
- Two Wiska . (2022). *ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA KLIEN SKIZOFRENIA DENGAN GANGGUAN ISOLASI SOSIAL : MENARIK DIRI DI RUANG NUSA INDAH RSUD dr. SOEDOMO KABUPATEN TRENGGALEK*.
- Tyas, Suci Aning. 2023. "No Title Asuhan Keperawatan Pada Klien Kejang Demam." *Asuhan Keperawatan Pada Klien Kejang Demam*.
- World Health Organization (WHO). (2022, January). Schizophrenia. World Health Organization.
- Yulianty, Mawar Dwi, Noor Cahaya, dan Valentina Meta Srikartika. 2017. "Studi Pnggunaan Antipsikotik dan Efek Samping Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Sambang

Lampiran 1



Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal
Sumber Daya Manusia Kesehatan
 Politeknik Kesehatan Malang
 Jalan Besar Ijen 77C
 Malang, Jawa Timur 65112
 (0341) 566075
<https://poltekkes-malang.ac.id>

Trenggalek, 27 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/123/2025

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 : HIBATUL MASRIFA

NIM : P17240223040

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 Maret 2025 sesuai proposal tertampir.

Demikian agar menjadikan periksa dan atas kerjasamanya 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 2

139



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, 17 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 128 /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.15.5/123/2025 tanggal 27 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : HIBATUL MASRIFA
 NIM : P17240223040
 Program Studi : D-III Keperawatan Trenggalek
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang

untuk melaksanakan Penelitian berjudul "Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahliia 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



SUJONO, SST, M.Kes
 Pembina
 NIP. 19741020 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 3***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

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

Trenggalek, 08 April 2025



(.....)

*Lampiran 4***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

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

Trenggalek, 08 April 2025



(.....)

FORMAT

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK



DISUSUN OLEH :

NAMA : _____

NIM : _____

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN
PRODI D3 KEPERAWATAN TRENGGALEK
TRENGGALEK



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
 - Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember Telp (0331) 486613
 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp (0341) 427847
 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp (0342) 801043
 - Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp (0354) 773095
 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792

Website : [Http://www.poltekkes-malang.ac.id](http://www.poltekkes-malang.ac.id) Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

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 :

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 :

Pertumbuhan :

Perkembangan :

Riwayat imunisasi :

8. Riwayat pemberian nutrisi :

9. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram:

10. Riwayat psikososial :

11. Riwayat sosial budaya :

12. Riwayat spiritual :

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

Pemeriksaan Fisik :

Keadaan umum

Tanda – tanda vital

Status gizi

.

Kepala

Mata

..

Telinga

Hidung

Mulut

..

Leher

7. Dada

Paru :

Inspeksi

Palpasi

Perkusi

Auskultasi

8. Jantung :

a. Inspeksi

b. Palpasi

c. Perkusi

d. Auskultasi

Perut

a. Inspeksi

b. Auskultasi

c. Palpasi

d. Perkusi

Genetalia dan anus

Ekstremitas

12. Integumen

13. Neurologi

Pemeriksaan penunjang:

Penatalaksanaan terapi :

Trenggalek,.....

NIM

ANALISA DATA

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

A. INTERVENSI

No.	Tanggal	No. Dx. Kep.	NOC (Nursing Outcome Classification)	NIC (Nursing Intervention Classification)	Rasionalisasi	Tanda Tangan

C. IMPLEMENTASI

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

D. EVALUASI

NO.	Tanggal / Jam	Diagnosa	Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi

Lampiran 6



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Hibatul Masrifa
NIM : P17240223040
Pembimbing : Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Kejang Demam Di Ruang
Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	20-01-2025	- Konsultasi Tema Penelitian - Acc judul - Konsultasi Alenia 1 - Revisi alenia 1 Bab 1 tambahkan konsep pentingnya askep untuk mengatasi masalah kejang demam.	
2.	22-01-2025	- Alenia 2 sumber data belum jelas minimal tahun 2022. - Revisi alenia 2 sumber dimulai dari dunia, indonesia, jatim, dan trenggalek	
3.	23-01-2025	- Alenia 3 kronologis terjadinya diawali penyebab sampai dengan terjadinya kejang demam.	
4.	25-01-2025	- Alenia 4 tambahkan peran perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.	

5.	03-02-2025	- ACC bab 1 lanjut Bab 2	
6.	04-02-2025	- Perbaiki bagian pathway	
7.	05-02-2025	- ACC bab 2 lanjut bab 3	
8.	07-02-2025	- Definisi rancangan penelitian diperbaiki	
.		- Batasan istilah sesuai kriteria peneliti	
9.	10-02-2025	- ACC ujian proposal	
10.	19-03-2025	- Mulai penelitian dan lanjut Bab 4 - Riwayat penyakit saat dikaji harus sesungguhnya - Riwayat kesehatan keluarga tidak harus penyakit kejang - Genogram (perbaiki) - Riwayat spiritual menjelaskan spiritual anak - Pola aktivitas tidur di RS dilengkapi - Lengkapi di bagian analisa data (DO) sesuai pengkajian depan	
11.	21-03-2025	- Tambah diagnosa - Bagian implementasi di lengkapi - Catatan perkembangan perbaiki	
12.	25-03-2025	- Istirahat tidur - Implementasi adalah yang benar-benar dilakukan oleh perawat - Diskusi diagnosa ke 2	

13.	07-04-2025	- Data subjektif dengan pasien bukan cerita ibu pasien (diagnosa 1) - Data Subjektif dari ibu riwayat panas (diagnosa 1)	
14.	16-04-2025	- Pembahasan disesuaikan format dari FTO (Fakta, Teori, Opini) - Analisis kesenjangan pada teori pengkajian di perbaiki.	
15.	21-04-2025	- Pembahasan sesuaikan dengan kesenjangan - Lanjut abstrak	
16.	01-05-2025	- Revisi Introduction dan Metode	
17.	02-05-2025	- ACC - Siapkan semhas	



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Malang

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH

Nama Mahasiswa : Hibatul Masrifa
 NIM : P17240223040
 Pembimbing : Awan Hariyanto, S.Kep,Ns., M.Kes
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Anak Kejang Demam Di Ruang
 Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

No.	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	Paraf
1.	13-02-2025	- Revisi Sempro - Uraian patofisiologi ambillah dari buku patofis. - Bagan atau gambar pathway menyesuaikan uraian.	
2.	14-02-2025	- Cek kembali pustaka yang digunakan bab 1,2,3 sesuai daftar pustaka. - Cek pustaka print dan harus sesuai ketentuan.	
3.	24-02-2025	- ACC	
4.	15-05-2025	- Cek kembali pustaka yang digunakan - Perbaiki pembahasan FTO - Abstrak tidak boleh lebih dari 250 kata	

5.	21-05-2025	- Abstrak sesuaikan bentuknya dengan juknis	
6.	21-05-2025	- Pembahasan diperbaiki - ACC penguji KTI	

