

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 1-5 TAHUN DENGAN
KEJANG DEMAM DI RUANG DAHLIA RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

SEL FIA DWI YUNIKA

NIM. P17240224091



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
TRENGGALEK**

2025

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK USIA 1-5 TAHUN DENGAN
KEJANG DEMAM DI RUANG DAHLIA RSUD dr. SOEDOMO
TRENGGALEK**

KARYA TULIS ILMIAH

**Karya Tulis Ilmiah studi kasus ini disusun sebagai satu persyaratan
menyelesaikan program Pendidikan Diploma III Keperawatan di Program
Studi Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang**

SEL FIA DWI YUNIKA

NIM. P17240224091



**KEMENTRIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D-III KEPERAWATAN
KABUPATEN TRENGGALEK**

2025

CURICULUM VITAE

Nama : Sel Fia Dwi Yunika

Tempat, tanggal lahir : Pacitan, 15 Juni 2004

Agama : Islam

Alamat : RT 01 RW 13 Dsn. Karangturi Ds.
Sumberejo Kec. Sudimoro Kab. Pacitan



Riwayat Pendidikan :

1. TK lulus tahun 2010 : PAUD/TK
2. SD lulus tahun 2016 : SDN 2 Sumberejo
3. SMP lulus tahun 2019 : SMPN 6 Sudimoro
4. SMK lulus tahun 2022 : SMK Kesehatan Bhakti Indonesia Medika
Pacitan
5. 2022 – 2025 : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Prodi D3 Keperawatan Trenggalek

Riwayat Organisasi

1. 2022-2024 : Anggota UKM PIK-M Prodi D3 Keperawatan
Trenggalek.
2. 2022-2024 : Anggota UKM kahfi Gen Prodi D3
Keperawatan Trenggalek.

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Sel Fia Dwi Yunika

NIM : P17240224091

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.

Mengetahui,

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing

Yang membuat pernyataan



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201



Sel Fia Dwi Yunika
NIM. P17240224091

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Sel Fia Dwi Yunika (P17240224091) dengan judul
**“Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di
Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”** diperiksa dan disetujui untuk
diujikan.

Trenggalek, 29 April 2025

Pembimbing



Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep
NIP. 919830225201901201

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Sel Fia Dwi Yunika (P17240224091) dengan judul
“Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1 – 5 Tahun Dengan Kejang Demam
Di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek” telah dipertahankan di depan
dewan penguji pada 5 Mei 2025.

Dewan Penguji

Ketua Penguji



Ns. Rahayu Niningasih, S. Kep., M. Kes
NIP. 19691121 199203 2 005

Anggota Penguji



Ns. Tunik, S. Kep., M. Kep
NIP. 919830225201901201

Mengetahui,

Ketua Jurusan Keperawatan

Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang



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

MOTTO

“Setiap Detik yang Kuhabiskan, Akan Membawa Keberhasilan yang Tak Terlupakan”

PERSEMBAHAN

ALLAH SWT

Tuhan Semesta Alam, yang Maha Pengasih dan Penyayang, yang dengan kuasa-Nya telah menciptakan segala sesuatu di dunia ini dengan kesempurnaan. Hanya kepada-Mu, ya Allah, aku berserah diri. Segala puji bagi-Mu, yang telah memberikan nikmat iman, kesehatan, dan kesempatan sehingga saya mampu menyelesaikan karya ini. Tanpa pertolongan dan karunia-Mu, segala usaha dan doa tidak akan mungkin membawa hasil yang baik. Engkaulah sumber kekuatan di saat lelah, sumber petunjuk di saat kebingungan, dan sumber harapan di setiap langkah perjuangan. Melalui karya ini, saya berharap dapat memberikan manfaat bagi orang lain dan menjadi amal yang diridhai oleh-mu. Semoga karya sederhana ini dapat menjadi wujud pengabdian dan rasa syukur atas segala nikmat yang tak terhingga. Hanya kepada-Mu, ya Allah, aku memohon ridha dan keberkahan.

Ayah dan Ibu

Dengan rasa syukur yang mendalam kepada allah SWT, tugas akhir ini kupersembahkan untuk kedua orang tuaku tercinta Ayah dan Ibu. Ayah, terimakasih atas kerja keras, keteguhan dan doa-doa yang diam-diam selalu Ayah panjatkan untukku, setiap peluh dan pengorbanan yang Ayah lakukan adalah fondasi dari setiap langkah keberhasilanku hari ini. Untuk Ibu, terimakasih atas cinta, kesabaran, dan pengorbanan yang tak pernah lelah. Dalam setiap pelukan, dalam setiap doa aku selalu merasa dikelilingi kasih sayang yang tak tergantikan. Tugas akhir ini hanyalah langkah kecil dibandingkan dengan besarnya cinta, usaha,

dan doa kalian. Semoga karya ini menjadi wujud dari rasa terima kasihku kepada ayah dan ibu yang selalu menjadi alasan di balik setiap pencapaianku.

Kepada Kakakku

Untuk kakakku, terima kasih sudah selalu mendukung, memberi nasihat, dan menjadi panutanku. Aku sangat bersyukur memiliki kakak sepertimu yang selalu ada untukku dan selalu memberikan inspirasi. Semoga kakak selalu diberkahi dengan kebahagiaan, Kesehatan, dan kesuksesan. Terimakasih sudah menjadi kakak yang luar biasa.

Kepada Ibu Dosen Pembimbing

Dengan rasa hormat dan terima kasih yang mendalam, saya ingin mengucapkan terima kasih Kepada Ibu Tunik, S.Kep.Ns.,M.Kep atas segala bentuk bimbingan, kesabaran, dan dukungan yang luar biasa selama proses penulisan tugas akhir ini. Setiap nasihat, arahan, dan ilmu yang Ibu berikan sangat berarti bagi perkembangan pengetahuan dan kemampuan saya. Terima kasih telah memberikan waktu dan perhatian yang besar dalam membimbing kami.

Teman-teman Seperjuangan

Terimakasih kuucapkan kepada teman dan sahabat-sahabatku seperjuangan terima kasih banyak untuk semua dukungan, semangat, dan kebersamaan yang kita jalani selama ini. Setiap momen, tawa, dan bahkan kesulitan yang kita hadapi Bersama menjadikan perjalanan kita lebih bermakna, semoga kita semua dapat meraih sukses di jalan masing-masing. Terima kasih sudah menjadi teman seperjuangan yang hebat.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat Rahmat, Hidayah, dan Karunia-Nya kepada kita semua sehingga kami dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan Judul **“Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek”**. Laporan Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mengerjakan karya tulis ilmiah pada program D3 Keperawatan Trenggalek, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

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

1. Dr. Moh. Wildan, A.Per.Pen., M.Pd selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan 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. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Kaprodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan kesempatan dalam mencari ilmu di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek.
4. Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, pengarahan, revisi dan saran kepada penulis dalam menyempurkan isi dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Ns. Rahayu Niningasih, S.Kep., M.Kes selaku Ketua Penguji Karya Tulis Ilmiah yang telah banyak memberikan pengarahan serta saran kepada penulis sehingga dapat terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Dosen dan Staf Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek yang telah memberikan dukungan dan bantuan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
7. Orang tua dan teman-teman yang telah memberikan dukungan dan masukan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

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

Trenggalek, 13 Maret 2025



Sel Fia Dwi Yunika

ABSTRAK

Sel Fia Dwi Yunika (2025). *Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek*. Karya Tulis Ilmiah Studi Kasus, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Program Studi DIII Keperawatan Trenggalek.

Pembimbing : Ns. Tunik, S.Kep.,M.Kep

Kejang demam atau *febrile convulsion* merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh lebih dari 38°C. Kejang demam pada anak biasanya muncul karena adanya faktor-faktor pendukung seperti faktor genetik dan infeksi. Setiap serangan kejang harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang meliputi wawancara, observasi, dan studi dokumentasi. Partisipan yang digunakan adalah klien anak usia 3,5 tahun dengan diagnosa kejang demam di ruang dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek. Sumber data dari data primer dan sekunder, data primer dari wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan data sekunder dari hasil pemeriksaan laboratorium dan dokumentasi. Dari hasil penelitian tersebut ditemukan dua diagnosa yaitu hipertermia dan resiko tinggi kejang berulang. Intervensi disusun berdasarkan teori yang sudah ada. Implementasi yang dilakukan berdasarkan dengan kondisi klien. Evaluasi dilakukan selama tiga hari dengan diagnosa keperawatan yang muncul. Berdasarkan hasil analisa, ditemukan kesenjangan antara teori dan fakta pada bagian pengkajian dan diagnosa. Hasil yang didapat dari penelitian ini bahwa pasien dengan Kejang Demam harus memerlukan pengawasan khusus demi tercapainya kesembuhan secara optimal. Untuk itu penting adanya informasi yang adekuat dan peran serta petugas kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien Kejang Demam.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Kejang Demam, Anak.

ABSTRACT

Sel Fia Dwi Yunika (2025). *Nursing Care for Children Aged 1-5 Years with Febrile Seizures in the Dahlia Room of dr. Soedomo Trenggalek Hospital*. Scientific Case Study Paper, Health Polytechnic of the Ministry of Health Malang, Diploma III Nursing Study Program, Trenggalek Regency.

Advisor : Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep.

Febrile convulsions are seizures that occur when the body temperature rises above 38°C. Febrile convulsions in children usually occur due to supporting factors such as genetic factors and infections. Every seizure attack must be treated quickly and appropriately, especially seizures that last a long time and recur. The purpose of this study is to provide nursing care for children aged 1–5 years with febrile seizures in the Dahlia Room of RSUD dr. Soedomo Trenggalek. The research method used is a qualitative descriptive research method with a case study approach that includes interviews, observations, and documentation studies. The participants used were child clients aged 3,5 years with a diagnosis of febrile seizures in the dahlia room of Dr. Soedomo Trenggalek Hospital. Data sources from primary and secondary data, primary data from interviews and physical examinations, while secondary data from laboratory examination results and documentation. From the results of this study, two diagnoses were found, namely hyperthermia and high risk of recurrent seizures. Interventions are arranged based on existing theory. Implementation is carried out based on the client's condition. The evaluation was carried out for three days with emerging nursing diagnoses. Based on the results of the analysis, a discrepancy was found between theory and facts in the assessment section and diagnosis. The results obtained from this study are that patients with febrile seizures must require special supervision in order to achieve optimal recovery. For this reason, it is important to have adequate information and the role of health workers in providing nursing care to patients with febrile seizures.

Keywords : Nursing care, febrile seizures, children.

DAFTAR ISI

SAMPUL	i
CURICULUM VITAE.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
MOTTO	vi
PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
ABSTRACT	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR ISTILAH	xix
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	5
1.3 Rumusan Masalah.....	5
1.4 Tujuan Penulisan.....	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus.....	6
1.5 Manfaat Penelitian	7
1.5.1 Manfaat Teoritis Hasil.....	7
1.5.2 Manfaat praktis.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Konsep Kejang Demam	9
2.1.1 Definisi	9
2.1.2 Klasifikasi.....	10
2.1.3 Etiologi.....	11

2.1.4 Manifestasi Klinis	13
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.6 Patofisiologi	16
2.1.7 Komplikasi	19
2.1.8 Pencegahan.....	20
2.1.9 Penatalaksanaan	21
2.2 Konsep Dasar Anak.....	23
2.2.1 Definisi Anak	23
2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak	23
2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak	25
2.2.4 Tumbuh Kembang Anak	27
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam.....	36
2.3.1 Pengkajian	36
2.3.2 Analisa Data.....	48
2.3.3 Diagnosa Keperawatan.....	49
2.3.4 Intervensi Keperawatan.....	57
2.3.5 Implementasi Keperawatan	62
2.3.6 Evaluasi	62
BAB III METODE PENELITIAN	64
3.1 Desain Penelitian	64
3.2 Batasan Istilah.....	65
3.3 Partisipan	66
3.4 Lokasi Dan Waktu	66
3.4.1 Lokasi Penelitian	66
3.4.2 Waktu Penelitian	66
3.5 Pengumpulan Data.....	66
3.5.1 Bahan Instrumen.....	66
3.5.2 Metode Pengumpulan Data	67
3.5.3 Prosedur Pengumpulan Data	67
3.6 Analisis Data.....	69
3.7 Keabsaan Data	70
3.8 Etika Penelitian.....	71

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	73
4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	73
4.2 Hasil Analisis Fakta dan Teori	92
4.3 Pembahasan	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	112
5.1 Kesimpulan.....	112
5.2 Saran	113
DAFTAR PUSTAKA.....	115
LAMPIRAN.....	119

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Patofisiologi	16
--------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Manifestasi Klinis	13
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 4.1 Pengkajian.....	73
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	74
Tabel 4.3 Pola Aktivitas sehari-hari	76
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik	77
Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang	79
Tabel 4.6 Analisa Data.....	80
Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan	81
Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan.....	83
Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan.....	86
Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan.....	88
Tabel 4.11 Catatan Perkembangan.....	89
Tabel 4.12 Hasil Antara Fakta dan Teori	92

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Informat Consent.....	119
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden	120
Lampiran 3 Lembar Surat Ijin Penelitian.....	121
Lampiran 4 Lembar Surat Persetujuan penelitian.....	122
Lampiran 5 Format Asuhan Keperawatan Anak.....	123
Lampiran 6 Lembar Konsultasi Pembimbing	133
Lampiran 7 Lembar Konsultasi Penguji	136

DAFTAR ISTILAH

<i>Bronkitis</i>	: Radang selaput saluran bronkial, yang membawa udara ke dan dari paru-paru
<i>Imunisasi</i>	: Upaya pencegahan penyakit menular dengan memberikan vaksin sehingga terjadi kekebalan terhadap penyakit tersebut.
<i>Composmetis</i>	: Sadar sepenuhnya
<i>Asfiksia</i>	: Masalah sistem pernapasan yang diakibatkan oleh rendahnya kadar oksigen di dalam tubuh.
<i>Prognosis</i>	: Ramalan tentang peristiwa yang terjadi terkait dengan penyakit atau penyembuhan setelah dilakukan tindakan pengobatan.
<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 ginggiva</i>	: Pertumbuhan berlebih jaringan gusi di sekitar gigi.
<i>Hipertermia</i>	: Kondisi ketika suhu tubuh terlalu tinggi.
<i>Hipoglikemia</i>	: Gula darah rendah
<i>Hipoksia</i>	: Kekurangan oksigen dalam darah
<i>Infeksi</i>	: Keberhasilan mikroorganisme patogenik untuk menginvasi, menetap. Tumbuh dalam jaringan tubuh hospesnya.

- Inkontinensia* : Kehilangan kontrol kandung kemih, yang bervariasi mulai keluarnya sedikit urin saat bersin, batuk, atau tertawa, hingga sepenuhnya tidak dapat menahan kencing.
- Letargi* : Keadaan lemah badan dan tidak ada dorongan
- Meningitis* : Radang selaput otak mikroskop elektron.
- Neorotransmitter* : Senyawa organik endogenus membawa sinyal di antara neuron normal jaringan.
- Otitis media* : Pembengkakan saraf optik mata karena adanya tekanan pada otak.
- Ronchi* : Suara napas tambahan yang bernada rendah yang terjadi akibat adanya penyumbatan jalan napas biasanya akibat adanya lendir.
- Sianosis* : Kebiruan
- Tonik* : Zat yang di gunakan untuk mengembalikan kondisi normal jaringan.
- Tonik-klinik* : Salah satu penyakit kejang terhadap epilepsi yang di mulai dengan fase tonik, yaitu kontraksi yang terjadi pada otot secara tiba-tiba yang menyebabkan pasien jatuh dan terbaring kaku.
- Tonsillitis* : 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>Pectus ekskavatum</i>	: Kelainan bentuk dada yang ditandai dengan tulang dada yang masuk ke dalam, sehingga tampak cekung.
<i>Takipnea</i>	: Kondisi dimana seseorang nafas yang lebih cepat.
<i>Dyspnea</i>	: Kondisi di mana seseorang mengalami sesak napas.
<i>Barrel Chest</i>	: Bentuk dada menjadi lebih bulat, lebar dan membesar.

DAFTAR SINGKATAN

<i>BAB</i>	:	Buang Air Besar
<i>BAK</i>	:	Buang Air Kecil
<i>KDS</i>	:	Kejang Demam Sederhana
<i>KDK</i>	:	Kejang Demam Kompleks
<i>CRT</i>	:	Cardiac Resynchronization Therapy
<i>EEG</i>	:	Elektro Encolografi
<i>EKG</i>	:	Elektro Kardiogram
<i>ISPA</i>	:	Inspeksi Saluran Pernafasan Atas
<i>O₂</i>	:	Oksigen
<i>WHO</i>	:	World Health Organization
<i>TORCH</i>	:	Toksoplasma, Rubella sitomegalo virus, Herpes simpleks
<i>MRI</i>	:	Magnetic Resonance Imaging
<i>DPT</i>	:	Difteria Pertusis Tetanus

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Anak adalah salah satu pewaris setiap bangsa, sebagai pewaris juga merupakan pendukung cita-cita perjuangan bangsa. Anak agar dapat tumbuh dan berkembang perlu dilakukan upaya untuk memaksimalkan potensi yang dimiliki dan menjadikannya sebagai sumber daya manusia masa depan yang berkualitas. Pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dapat dipengaruhi oleh salah satunya adalah infeksi (Vita, 2023). Tubuh manusia dalam menangani proses infeksi akan menyebabkan kenaikan suhu pada tubuhnya yang disebut sebagai demam. Demam adalah proses alami tubuh untuk melawan infeksi yang masuk ke dalam tubuh ketika suhu meningkat melebihi suhu tubuh normal ($>37,5^{\circ}\text{C}$), dan merupakan salah satu faktor resiko utama penyebab kejang demam. Kejang demam atau *febril convulsion* adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium, kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada golongan anak umur 1 sampai 5 tahun. Sekitar (2-5%) anak dibawah 5 tahun pernah mengalami bangkitan kejang demam, insiden bangkitan kejang demam tertinggi terjadi pada usia 18 bulan (Maghfirah N. I., 2022). Kejang demam pada anak akan memunculkan gejala seperti ketegangan, nafas pendek, nadi meningkat, berkeringat, dan penglihatan sedikit kabur serta adanya ketegangan (Rofiqoh, 2014). Biasanya orang tua cenderung memberikan selimut tebal

ketika anaknya mengalami kejang demam tinggi, orang tua mungkin khawatir namun dengan memberikan selimut tebal justru bisa menghambat penyaluran panas untuk keluar (Budi, 2021). Menurut (Putra, 2014) mengatakan diagnosa secara dini serta pengelolaan yang tepat sangat diperlukan untuk menghindari cacat yang lebih parah, yang diakibatkan karena bangkitan kejang yang sering. Untuk itu tenaga perawat dituntut untuk berperan aktif dalam mengatasi keadaan tersebut serta mampu memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga, prioritas asuhan pada keperawatan kejang demam adalah mencegah atau mengendalikan aktivitas kejang, melindungi pasien dari trauma, mempertahankan jalan napas, meningkatkan harga diri yang positif, memberikan informasi kepada keluarga tentang proses penyakit, prognosis, dan kebutuhan penangannya.

World Health Organization (WHO) memperkirakan angka kejadian di dunia 21,65 juta jiwa mengalami kejang demam pada tahun 2019, dimana 216.000 diantaranya mengakibatkan kematian. Angka kejadian kejang demam pada anak di asia mencapai 16.000 juta jiwa dan kebanyakan terjadi pada usia 1-5 tahun. Di Indonesia sendiri angka kejadian kejang demam pada anak sekitar 14,254 ribu jiwa (Depkes, 2019). Data di Jawa Timur menunjukkan bahwa prevalensi angka kejadian kejang demam sebesar 2-3% dari 100 anak dan menjadi penyebab kematian nomor tiga pada anak usia 12-59 bulan (Widiyanto, 2023). Sedangkan di Kabupaten Trenggalek berdasarkan data yang diperoleh terdapat 5 kasus pada bulan November 2017, 7 kasus pada bulan Januari 2018, dan 8 kasus pada tahun 2022 (Dini,

2023). Menurut data dari RSUD dr. Soedomo Trenggalek di ruang Dahlia pada 10 Februari- 12 Maret 2025 terdapat 20 kasus klien dengan kejang demam. Sehingga dapat disimpulkan terjadi peningkatan kasus kejang demam secara signifikan.

Kejang demam adalah manifestasi dari demam tinggi atau Hipertermi yang serangan kejang demamnya pada anak yang satu dengan yang lain tidak sama, tergantung nilai ambang kejang masing-masing. Demam yang tinggi jika tidak ditangani akan membahayakan dapat menyebabkan berkurangnya aliran darah ke otak dan akan terjadi bangkitan kejang. Dampak dari terjadinya kejang selain mengganggu pertumbuhan, perkembangan dan akan berpengaruh terhadap kecerdasannya, terutama adanya cacat baik secara fisik, mental atau sosial seperti keterbelakangan mental dan jika kejang berulang bisa berujung pada kerusakan otak yang permanen pada anak dan akan menjadi epilepsi. Oleh karena itu setiap serangan kejang harus mendapat penanganan yang cepat dan tepat, apalagi kejang yang berlangsung lama dan berulang dapat menimbulkan gejala sisa atau bahkan kematian meskipun angka kejadian yang menimbulkan kematian sangatlah kecil (Siallagan, 2023). Kejang demam dapat disebabkan oleh berbagai faktor, faktor genetik atau adanya riwayat kejang di keluarga, otak yang masih belum matur, dan infeksi, sehingga penyebab terjadinya kejang demam disebut bersifat multifaktorial (Perdana, 2022). Ketika kejang berlangsung akan terjadi gangguan di otak yang menyebabkan otak kekurangan oksigen dan kekurangan energi yang

membuat otak tidak bisa bekerja dengan baik sehingga dapat memicu terjadinya penurunan kesadaran (Maghfirah & Namira, 2022).

Penanganan pada anak yang kejang demam perawat memberikan penanganan farmakologis kolaborasi dengan dokter untuk pemberian antipiretik dan antibiotik, dan penanganan non farmakologisnya, memberikan asuhan keperawatan seperti penanganan posisi pasien dimiringkan untuk mencegah aspirasi, mempertahankan jalan napas airway breathing circulation, melindungi dari trauma, memberikan tindakan kompres hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh pasien (Nurarif & Kusuma, 2015). Adapun peran perawat yaitu mendukung keluarga dalam memenuhi perawatan kesehatan yang meliputi merawat anggota keluarga yang sakit, mengambil keputusan seperti memberikan edukasi kepada orang tua yang menjadi hal penting karena merupakan pilar pertama penanganan kejang demam. Penanganan pertama yang tepat yang dilakukan orang tua saat anak kejang demam adalah tetap tenang dan jangan panik, berusaha menurunkan suhu tubuh anak, memposisikan anak dengan tepat yaitu posisi kepala anak dimiringkan, ditempatkan di tempat yang datar, jauhkan dari benda-benda atau Tindakan yang dapat mencederai anak, selain itu Tindakan yang dapat dilakukan keluarga adalah dengan memperhatikan kelancaran jalan nafas anak seperti tidak menaruh benda apapun dalam mulut dan tidak memasukan makanan ataupun obat dalam mulut. Penanganan demam pada anak saat dirumah sangat tergantung pada peran keluarga terutama ibu. Ibu yang memiliki pengetahuan tentang penanganan demam dan memiliki sikap yang baik dalam memberikan perawatan dapat

menentukan pengelolaan demam yang terbaik bagi anak (Indrayanti, 2019). Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah tersebut, maka penulis mengambil kasus tentang “Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek”.

1.2 Batasan Masalah

Batasan masalah merupakan aspek kasus yang dibatasi dalam ruang lingkup masalah yang terlalu luas sehingga peneliti bisa lebih fokus pada masalah yang diteliti. Batasan masalah yang diteliti pada kasus ini adalah asuhan keperawatan pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam tanpa penyakit penyerta lain yang dirawat di ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.3 Rumusan Masalah

Rumusan masalah merupakan penyertaan peneliti yang umumnya ditulis dalam bentuk kalimat tanya, pernyataan akan menjadi arah kemana peneliti dibawa, data apa saja yang ingin dikaji dari peneliti. Berdasarkan latar belakang masalah di atas, penulis dapat merumuskan masalah sebagai berikut : “Bagaimana Asuhan Keperawatan pada Anak Usia 1-5 tahun Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek?”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan pada anak Usia 1-5 Tahun dengan kejang demam di Ruang Dahlia RSUD Dr. Soedomo Trenggalek.

1.4.2 Tujuan Khusus

- 1) Melakukan pengkajian pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek
- 2) Menetapkan diagnosa keperawatan pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 3) Menyusun rencana tindakan keperawatan (intervensi) pada Anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 4) Melakukan tindakan keperawatan (implementasi) pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 5) Melakukan evaluasi tindakan yang tepat pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.
- 6) Melakukan analisa data antara fakta dan teori pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penulisan manfaat secara teoritis ini berkaitan dengan pengembangan dan penyempurnaan ilmu pengetahuan yang sudah ada. Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan kajian dalam pengembangan ilmu keperawatan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam.

1.5.2 Manfaat Praktis

1) Institusi Rumah Sakit

Hasil penulisan ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek pelayanan keperawatan khususnya pada anak dengan kejang demam

2) Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar tentang asuhan keperawatan khususnya pada anak dengan kejang demam yang dapat dipakai sebagai acuan bagi praktek klinik mahasiswa keperawatan.

3) Bagi Peneliti

Hasil penulisan dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran dalam meningkatkan pengetahuan dan keterampilan personal dalam memberikan asuhan keperawatan yang akan datang.

4) Bagi Klien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat membantu menginformasikan dan memandu cara penatalaksanaan anak saat kejang demam.

5) Bagi peneliti yang akan datang

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai dasar untuk memperluas penelitian dengan tema yang sama bagi penelitian yang akan datang.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Demam adalah kondisi perkembangan suhu rektal $>38^{\circ}\text{C}$, atau suhu mulut $> 37,8^{\circ}\text{C}$, atau suhu ketiak $> 37,5^{\circ}\text{C}$. Dampak dari kejadian demam yang berlangsung lama pada anak mengakibatkan kejang-kejang. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering terjadi pada anak, 1 dari 25 anak akan mengalami satu kali kejang demam yang artinya setiap kelompok yang terdiri dari 25 anak, rata-rata 1 anak akan mengalami setidaknya satu episode kejang demam. Hal ini dikarenakan anak yang masih berusia dibawah 5 tahun sangat rentan terhadap berbagai penyakit yang disebabkan karena sistem kekebalan tubuh belum terbangun secara sempurna (Hapsari, 2023).

Kejang demam (*febrile convulsion*) adalah suatu kelainan ekstrakranial yang ditandai dengan peningkatan suhu tubuh yaitu di atas 38°C . Kejang demam disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium yang ditandai dengan suhu tubuh yang meningkat (Kusyani, 2022).

Demam tinggi ialah penyebab kejang yang sering dialami anak serta mempunyai prognosis baik, infeksi sistem saraf pusat merupakan diagnosis deferensial yang berbahaya ketika kejang

disertai demam, umumnya terjadi pada balita serta usia 14 hingga 18 bulan (Kusyani, 2022).

2.1.2 Klasifikasi Kejang Demam

Secara Klinis, kejang demam dapat dikelompokkan dua macam, ialah KDS dan KDK :

1. Kejang Demam Sederhana (*Simple Febrile Seizure*)

Kejang demam sederhana merupakan 80% kejadian kejang yang paling sering dijumpai, kejang demam sederhana berlangsung singkat kurang dari 15 menit, umumnya hanya terjadi dalam hitungan detik hingga 5 menit dan sangat jarang mencapai 15 menit. kejang berbentuk gerakan tanpa fokal, hilangnya kesadaran dan kontraksi otot hebat, kejang akan berhenti sendiri, tidak terjadi lagi selama 1 hari (Kusyani, 2022).

2. Kejang Demam Kompleks (*Complex Febrile Seizure*)

Kejang demam kompleks ialah kejang yang terjadi lebih dari 15 menit serta bangkitan kejangnya menyebabkan anak tidak sadar, kejang yang terjadi hanya pada satu area otak saja (fokal/parsial), berulang lebih dari 2 kali dalam waktu 1 hari .

Menurut proses terjadinya, kejang demam dapat dibedakan menjadi beberapa diantaranya intrakranial dan ekstrakranial. Intrakranial disebabkan karena trauma atau perdarahan ventrikuler, subdural dan subarachnoid, serta

infeksi akibat virus, parasit, bakteri dan bisa karena kelainan kongenital misalnya, pembesaran pada otak, kelainan disgenesis. Sedangkan ekstrakranial disebabkan karena adanya gangguan metabolik misalnya kekurangan ataupun kelebihan kalium dalam darah, kekurangan kadar magnesium dalam darah, gangguan kadar elektrolit dalam tubuh (natrium dan kalium) pada pasien yang memiliki riwayat diare, keracunan, bius lokal, penghentian pemberian obat, kelainan kongenital karena kekurangan obat peridoksin sehingga menyebabkan gangguan asam basa atau ketergantungan (Kusyani, 2022).

2.1.3 Etiologi Kejang Demam

Keseimbangan asam basa dan elektrolit dapat mengganggu fungsi normal otak sehingga dapat memicu terlepasnya muatan paroksismal yang berlebih dalam neuron. Infeksi virus atau bakteri berkaitan dengan hipertermi sehingga dapat mengakibatkan kejang demam. Umumnya terjadi singkat dan dapat terjadi karena adanya faktor peningkatan suhu pada tubuh yang muncul dan berhubungan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya terjadi karena faktor pemicu riwayat keluarga dengan kejang dan dalam waktu yang singkat (Kusyani, 2022).

Hingga kini belum diketahui secara pasti, tetapi dikaitkan faktor resiko yang penting pada kejang demam adalah :

- a. Faktor genetik

Faktor keturunan memegang peran penting untuk terjadinya kejang demam, pada anak yang mengalami kejang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang-kurangnya sekali.

b. Bakteri

Penyakit pada *traktus respiratorius* (pernapasan), *pharyngitis* (radang tenggorokan), *tonsillitis* (amandel), *otitis media* (infeksi telinga).

c. Virus

Varicella (cacar), *morbili* (campak), *dengue* (virus penyebab demam berdarah).

d. Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam atau pada waktu demam tinggi.

e. Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme seperti uremia, *hipoglikemia*, kadar gula darah kurang dari 30 mg% pada neonatus cukup bulan dan kurang dari 20 mg% pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau *hiperglikemia*.

f. Trauma

g. Gangguan sirkulasi

h. Penyakit degeneratif susunan saraf

i. Neoplasma

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapapun, tetapi mereka merupakan penyebab sangat penting dari kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit neoplastik meningkat.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Kejang yang dialami anak diawali dan disertai dengan suhu tubuh yang tinggi. Mayoritas anak-anak dengan kejang demam memiliki suhu rektal lebih dari 38,9°C. Kejang demam pada anak umumnya terjadi selama hari pertama demam. Anak-anak yang rentan terhadap kejang demam tidak dianggap memiliki epilepsi karena epilepsi ditandai dengan kejang berulang yang tidak dipicu oleh demam. Semakin bertambah usia anak saat kejang demam pertama terjadi, semakin kecil kemungkinan anak mengalami kejang demam berulang. Perbedaan manifestasi klinis pada kejang demam sederhana dan kompleks dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2.1 Manifestasi klinis Kejang Demam

Kejang Demam Sederhana	Kejang Demam Kompleks
- Kejang terjadi selama <15 menit. - Gerakan motorik bersifat <i>generalized</i> (melibatkan seluruh tubuh secara simetris), Gerakan biasanya bersifat <i>tonik-klonik</i> (kaku dan gemetar). - Tidak berulang dalam periode 24 jam.	- Kejang terjadi selama >15 menit. - Gerakan bersifat <i>fokal/parsial</i> (terlokalisasi pada satu sisi tubuh), Gerakan dapat melibatkan satu tangan, kaki atau wajah, lalu menyebar. - Berulang atau lebih dari 1 kali dalam periode 24 jam

Pada pemeriksaan fisik akan tampak ketika anak mengalami kejang demam, yaitu anak teraba panas dengan suhu 39,8°C. Anak tidak sadar dan tampak kaku atau bergetar pada tangan dan kaki pada salah satu sisi atau seluruh tubuhnya, mata anak tampak berputar atau melihat ke arah atas selama kejang berlangsung (Kartika & Netty, 2024).

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang bertujuan untuk menyingkirkan diagnosis yang serius atau setidaknya data laboratorium yang menunjang kecurigaan klinis.

Pemeriksaan penunjang pada anak yang mengalami kejang demam adalah sebagai berikut, (Anggraini, 2022) :

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam, atau keadaan lain misalnya gastroenteritis dehidrasi disertai demam. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dikerjakan misalnya darah perifer, elektrolit dan gula darah.

2. Pungsi Lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegaskan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis bakterialis adalah 0,6%-6,7%. Pada bayi kecil seringkali sulit untuk menegaskan atau

menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Oleh karena itu pungsi lumbal dianjurkan pada:

- a) Bayi kurang dari 12 bulan sangat dianjurkan dilakukan
- b) Bayi antara 12-18 bulan dianjurkan
- c) Bayi 18 bulan tidak rutin

Bila yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan pungsi lumbal.

3. *Elektroensefalografi*

Pemeriksaan *elektroensefalografi (EEG)* tidak dapat memprediksi berulangnya kejang, atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsi pada pasien kejang demam. Oleh karenanya tidak direkomendasikan. Pemeriksaan *EEG* masih dapat dilakukan pada keadaan kejang demam yang tidak khas, misalnya pada kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun, atau kejang demam fokal.

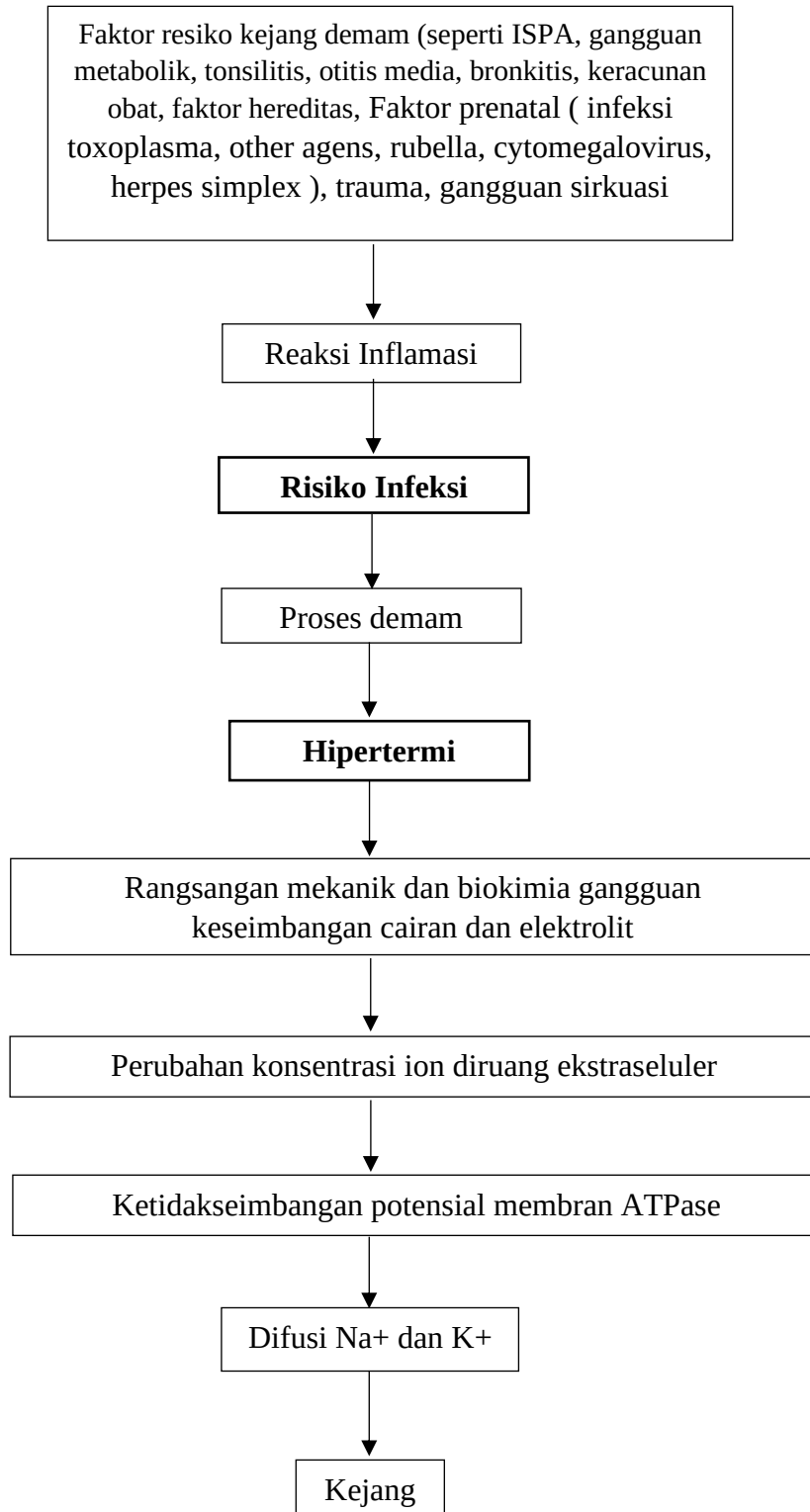
4. Pencitraan

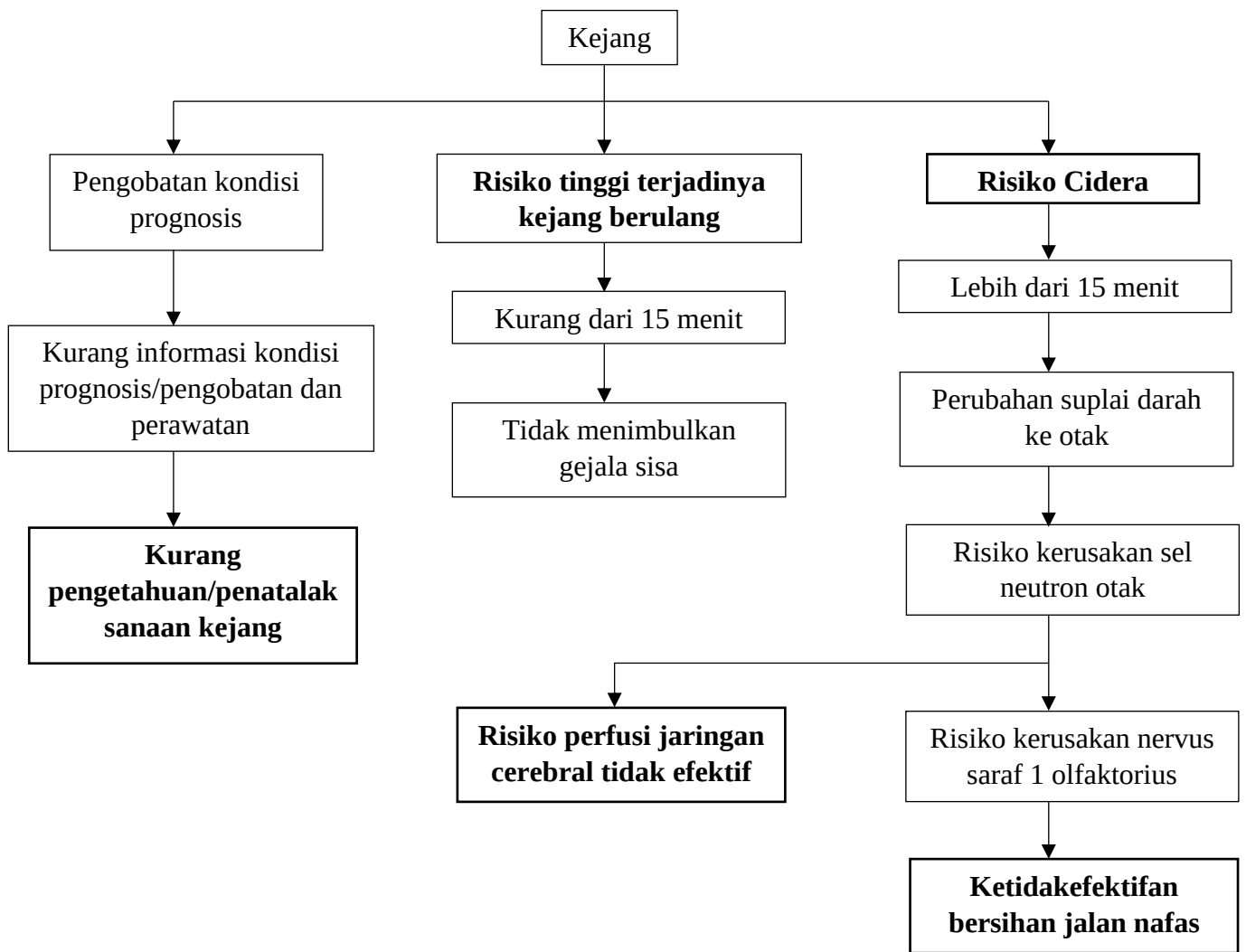
Foto *X-ray* kepala dan pencitraan seperti *Computed Tomography scan (CT-scan)* atau *Magnetic Resonance Imaging (MRI)* jarang sekali dikerjakan, tidak rutin dan hanya atas indikasi seperti:

- 1) Kelainan neurologik fokal yang menetap
- 2) Paresis nervus VI
- 3) Papiledema.

2.1.6 Patofisiologi Kejang demam

1) Pathway Kejang Demam





Gambar 2.1 Patofisiologi Kejang Demam

2) Uraian Pathway

Hingga saat ini penyebab kejang demam belum diketahui secara pasti, namun kejang demam yang disebabkan oleh hipertermia yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri antara lain infeksi saluran pernafasan atas (*ISPA*), gangguan metabolik (*hipoglikemia*, *hipoksemia*, *dehidrasi*, *hyponatremia*, *hipokalemia*, gangguan ginjal, gagal hati), *tonsilitis*, *otitis media*, *bronkitis*, keracunan obat (*alkohol*, *teofilin*, *kokain*) dan faktor hereditas (lingkungan), Faktor prenatal (*infeksi toxoplasma*, *other agents*, *rubella*, *cytomegalovirus*, *herpes simplex*), trauma, dan gangguan sirkulasi. 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 *ATPase* 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 cedera 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 ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

2.1.7 Komplikasi Kejang Demam

Menurut Waskito, 2013 dalam (Wulandari & Erawati 2016), komplikasi kejang demam dibagi menjadi lima, yaitu :

1) Kerusakan neurotransmitter

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

2) Epilepsi

Kerusakan pada daerah medial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat

menjadi matang di kemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi yang spontan.

3) Kelainan anatomi di otak

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

4) Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam.

5) Kemungkinan mengalami kematian.

2.1.8 Pencegahan Kejang Demam

Menurut (Ngastiyah, 2015), pencegahan difokuskan pada pencegahan kekambuhan berulang dan pencegahan segera saat kejang berlangsung.

1) Pencegahan kekambuhan berulang

(a) Mengobati infeksi yang mendasari kejang.

(b) Pendidikan kesehatan tentang:

(1) Tersedianya obat penurun panas yang didapat atas resep dokter.

(2) Tersedianya alat pengukur suhu dan catatan penggunaan thermometer, cara pengukuran suhu tubuh anak, serta keterangan suhu normal pada anak ($36^{\circ}\text{C}.$ - $37^{\circ}\text{C}.$).

(3) Anak diberi obat antipiretik bila orang tua mengetahuinya pada saat mulai demam dan jangan menunggu sampai demam meningkat.

- (4) Memberitahukan pada petugas imunisasi bahwa anaknya pernah mengalami kejang demam bila anaknya akan diimunisasi.
- 2) Mencegah cedera saat kejang berlangsung kegiatan ini meliputi:
 - (a) Baringkan pasien pada tempat yang rata.
 - (b) Perhatikan durasi kejang
 - (c) Kepala dimiringkan untuk menghindari aspirasi cairan tubuh.
 - (d) Pertahankan lidah untuk tidak menutupi jalan napas.
 - (e) Longgarkan pakaian.
 - (f) Jangan melawan gerakan pasien guna menghindari cedera

2.1.9 Penatalaksanaan Kejang Demam

- a) Penatalaksanaan Medis
 - (a) Menghentikan kejang secepat mungkin diberikan antikonvulsan secara intravena jika klien masih kejang
 - (b) Pemberian oksigen
 - (c) Penghisapan lendir kalau perlu
 - (d) Mencari dan mengobati penyebab pengobatan rumah profilaksis intermitten. Untuk mencegah kejang berulang, diberikan obat campuran anti konvulsan dan antipiretika, (Irdawati, 2017).
- b) Penatalaksanaan Keperawatan
 - (a) Membuka pakaian klien.

(b) Posisikan kepala miring untuk mencegah aspirasi isi lambung.

(c) Menjaga kepatenan jalan nafas untuk menjamin kebutuhan oksigen .

(d) Monitor suhu tubuh

Cara paling akurat adalah dengan suhu rektal.

(e) Obat untuk penurun panas

Pengobatan ini dapat mengurangi ketidaknyamanan anak dan menurunkan suhu 1 sampai 1,5 °C.

(f) Berikan kompres hangat

Mengompres dilakukan dengan handuk atau washcloth (washlap atau lap khusus badan) yang dibasahi dengan air hangat (30°C) kemudian dilapkan seluruh badan. Penurunan suhu tubuh terjadi saat air menguap dari permukaan kulit. Tambah kehangatan airnya bila demamnya semakin tinggi. Sebenarnya mengompres kurang efektif dibandingkan obat penurun demam. Akan lebih baik jika digabungkan dengan pemberian obat penurun demam, kecuali anak alergi terhadap obat tersebut.

(g) Menaikkan asupan cairan anak

Anak dengan demam dapat merasa tidak lapar dan sebaiknya tidak memaksa anak untuk makan. Akan tetapi cairan seperti susu (ASI atau susu formula) dan air

harus tetap diberikan atau bahkan lebih sering. Anak yang lebih tua dapat diberikan sup atau buah-buahan yang banyak mengandung air.

(h) Istirahatkan anak saat demam

Demam menyebabkan anak lemah dan tidak nyaman. Orang tua sebaiknya mendorong anaknya untuk cukup istirahat. Sebaiknya tidak memaksa anak untuk tidur atau istirahat atau tidur bila anak sudah merasa baikan dan anak dapat kembali ke sekolah atau aktivitas lainnya ketika suhu sudah normal dalam 24 jam, (Irdawati, 2017).

2.2 Konsep Dasar Anak

2.2.1 Definisi Anak

Definisi anak menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 adalah sebagai berikut: "Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Sedangkan menurut WHO, Batasan usia anak antara 0-19 tahun.

2.2.2 Prinsip Keperawatan Anak

Prinsip Keperawatan Anak diantaranya:

- a. 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.

- b. 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, social dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.
- c. 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.
- d. Keperawatan anak adalah 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.

- e. 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).
- f. Tujuan keperawatan anak dan keluarga adalah untuk meningkatkan maturasi atau kematangan yang sehat bagi anak dan remaja sebagai makhluk bio psikososial dan spiritual dalam konteks keluarga dan masyarakat. Upaya kematangan anak adalah dengan selalu memperhatikan lingkungan yang baik secara internal maupun eksternal dimana kematangan anak ditentukan oleh lingkungan yang baik.
- g. Pada masa yang akan datang kecenderungan keperawatan anak berfokus pada ilmu tumbuh kembang, sebab ini yang akan mempelajari aspek kehidupan anak (Ferasinta, 2022).

2.2.3 Paradigma Keperawatan Anak

Paradigma keperawatan anak merupakan suatu landasan berpikir dalam penerapan ilmu keperawatan anak. Landasan berpikir tersebut terdiri dari empat komponen, diantaranya :

1) Manusia (Anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang

usianya kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Ferasinta, 2022).

Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik (Ferasinta, 2022).

2) Sehat Sakit

Rentan 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. Konsep sehat sakit menjelaskan manusia bahwa manusia berada pada suatu rentang sehat pada suatu ujung dan sakit pada ujung yang lain, Semua orang dalam segala tingkatan usia termasuk usia pra sekolah mengharapkan hidup sehat dan terhindar dari berbagai penyakit (Ferasinta, 2022).

3) Lingkungan

Lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan

status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka dikemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedangkan lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak (Ferasinta, 2022).

4) Keperawatan

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

2.2.4 Tumbuh Kembang Anak

a. Pengertian pertumbuhan

Pertumbuhan adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur tubuh yang artinya adalah sebagian atau seluruhnya karena adanya multiplikasi bertambahnya banyak sel-sel tubuh dan juga karena bertambah besarnya sel, seperti penambahan ukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar

kepala. Jadi dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan adalah perubahan yang bersifat kualitatif, bertambahnya ukuran dan jumlah sel seperti tinggi badan, berat badan dan lingkaran kepala yang dapat dilihat secara nyata dari fisik dan struktur tubuh sebagian atau keseluruhan sehingga dapat diukur (Lesari, 2022).

b. Pengertian perkembangan

Menurut Garina dkk (2017), adalah proses pematangan secara majemuk atau komprehensif yang berkaitan dengan aspek perubahan atau diferensiasi bentuk atau fungsi termasuk aspek sosial dan emosional. Sedangkan menurut Darmawan (2019), perkembangan adalah bertambahnya struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan gerak kasar, gerak halus, bahasa, serta sosialisasi dan kemandirian. Jadi beberapa pengertian di atas dapat kita simpulkan bahwa perkembangan adalah proses pematangan secara majemuk yang berkaitan dengan bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dan mengikuti pola yang teratur (Rantina, 2020).

c. Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang

Pada umumnya, anak memiliki pola pertumbuhan dan perkembangan normal yang merupakan hasil interaksi

banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak (Rantina, 2020).

1) Faktor dalam (internal)

(1) Ras atau bangsa

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

(2) Keluarga

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

(3) Umur

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

(4) Jenis kelamin.

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

(5) Genetik

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

(6) Kelainan kromosom

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

2) Faktor luar (eksternal)

(1) Faktor prenatal

➤ Gizi

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

➤ Toksin/zat kimia

Beberapa obat-obatan seperti aminopterin dan thalidomid dapat menyebabkan kelainan seperti *palatoskisis*.

➤ Endokrin

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

➤ Radiasi

Paparan radium dan sinar rontgen dapat mengakibatkan kelainan pada janin, seperti mikrosefali, *spina bifida*, retardasi mental dan deformitas anggota gerak, kelainan kongenital mata, serta kelainan jantung.

➤ Infeksi

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

➤ Psikologi ibu.

Kehamilan yang tidak diinginkan, perlakuan salah/kekerasan metal pada ibu hamil, dan lain-lain dapat menyebabkan psikologis ibu terganggu yang berdampak pada kesehatan janin di dalam kandungan.

(2) Faktor persalinan

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

(3) Faktor pascasalin

➤ Gizi

Untuk tumbuh kembang bayi, diperlukan zat makanan yang adekuat agar anak dapat berkembang dengan sehat.

➤ Penyakit kronis/kelainan kongenital

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

➤ Psikologi

Hubungan anak dengan orang sekitarnya. Seseorang anak yang tidak dikehendaki oleh orang tua atau anak yang selalu merasa tertekan akan mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya.

➤ Sosial - ekonomi

Kemiskinan selalu berkaitan dengan kekurangan makanan, sedangkan kesehatan lingkungan yang jelek dan ketidaktahuan akan menghambat pertumbuhan dan perkembangan anak.

➤ Lingkungan pengasuhan

Pada lingkungan pengasuhan, interaksi ibu-anak sangat memengaruhi tumbuh kembang anak, jika anak berada di lingkungan pengasuhan yang baik dan nyaman maka perkembangan anak dan pertumbuhannya akan berkembang sesuai dengan tahapan usianya.

➤ Stimulasi.

Perkembangan memerlukan rangsangan atau stimulasi, khususnya dalam keluarga, misalnya

penyediaan alat mainan. Sosialisasi anak, keterlibatan ibu, dan anggota keluarga lain terhadap anak.

d. Tahap-tahap tumbuh kembang

a) Neonatus (bayi lahir sampai usia 28 hari)

Dalam tahap neonatus ini bayi memiliki kemungkinan yang sangat besar tumbuh dan kembang sesuai dengan tindakan yang dilakukan oleh orang tuanya. Sedangkan perawat membantu orang tua dalam memenuhi kebutuhan tumbuh kembang bayi yang masih belum diketahui oleh orang tuanya.

b) Bayi (1 bulan sampai 1 tahun)

Dalam tahap ini bayi memiliki kemajuan tumbuh kembang yang sangat pesat. Bayi pada usia 1-3 bulan mulai bisa mengangkat kepala mengikuti objek pada mata, melihat dengan tersenyum dll. Bayi pada usia 3-6 bulan mulai bisa mengangkat kepala 90°, mulai bisa mencari benda-benda yang ada di depan mata dll. Bayi usia 6-9 bulan mulai bisa duduk tanpa di topang, bisa 21 tengkurap dan berbalik sendiri bahkan bisa berpartisipasi dalam bertepuk tangan dll. Bayi usia 9-12 bulan mulai bisa berdiri sendiri tanpa dibantu, berjalan dengan dituntun, menirukan suara dll. Perawat disini membantu orang tua dalam memberikan pengetahuan dalam

mengontrol perkembangan lingkungan sekitar bayi agar pertumbuhan psikologis dan sosialnya bisa berkembang dengan baik.

c) Todler (usia 1-3 tahun)

Pada masa ini pertumbuhan fisik anak relatif lebih pelan daripada masa bayi tetapi perkembangan motoriknya berjalan lebih cepat. Anak sering mengalami penurunan nafsu makan sehingga tampak langsing dan berotot, dan anak mulai belajar jalan. Pada mulanya, anak berdiri tegak dan kaku, kemudian berjalan dengan berpegangan. Sekitar usia enam belas bulan, anak mulai belajar berlari dan menaiki tangga, tetapi masih kelihatan kaku. Oleh karena itu, anak perlu diawasi karena dalam beraktivitas, anak tidak memperhatikan bahaya. Sebagai sumber pelayanan kesehatan, perawat berkepentingan untuk mengetahui konsep tumbuh kembang anak usia toddler guna memberikan asuhan keperawatan anak dengan optimal.

d) Pra Sekolah (3-6 tahun)

Pada usia pra sekolah, pertumbuhan gigi susu sudah lengkap. Anak kelihatan lebih langsing, pertumbuhan fisik juga relatif pelan, anak mampu naik turun tangga tanpa bantuan, demikian juga berdiri dengan satu kaki secara bergantian atau melompat sudah mampu

dilakukan. Anak mulai berkembang super egonya (suara hati) yaitu merasa bersalah bila ada tindakannya yang keliru.

Pada masa ini anak berkembang rasa ingin tahu (*courius*) dan daya imajinasinya, sehingga anak banyak bertanya tentang segala hal di sekelilingnya yang tidak diketahuinya. Apabila orang tua mematikan inisiatif anak, akan membuat anak merasa bersalah. Anak belum mampu membedakan hal yang abstrak dan konkret sehingga orang tua sering menganggap anak berdusta, padahal anak tidak bermaksud demikian.

Anak mulai mengenal perbedaan jenis kelamin perempuan dan laki-laki. Anak juga akan mengidentifikasi figur atau perilaku orang tua sehingga mempunyai kecenderungan untuk meniru tingkah laku orang dewasa disekitarnya. Pada akhir tahap ini, anak mulai mengenal cita-cita, belajar menggambar, menulis, dan mengenal angka serta bentuk warna benda. Orang tua perlu mulai mempersiapkan anak untuk masuk sekolah, bimbingan, pengawasan, pengaturan yang bijaksana. perawatan kesehatan dan kasih sayang dari orang tua dan orang-orang disekelilingnya sangat diperlukan oleh anak.

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Kejang Demam

Dikutip dari Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 26 Tahun 2019 tentang keperawatan, bahwa asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi Perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan mendidik kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya.

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan ilmiah yang terstruktur dan sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara menyeluruh dengan melibatkan Langkah-langkah yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Nursalam, 2015).

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah, 2016).

Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi :

1) Pengumpulan Data

a) Biodata Pasien

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal MRS, tanggal pengkajian, diagnose medis, dan nomer registrasi. Orang tua meliputi nama ayah, nama ibu, usia ibu, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat (Suharso, D 2012).

b) Riwayat Penyakit

(1) Frekuensi Serangan

Kaji riwayat kejang. Apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali, dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosa semakin kurang baik apabila kejang timbul pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering timbul.

(2) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan,

Sebelum kejang perlu ditanyakan adakah rangsangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, misalnya lapar, lelah, muntah, sakit kepala dan lain-lain. Dimana kejang dimulai dan bagaimana menjalarnya. Sesudah kejang perlu ditanyakan apakah penderita segera sadar, tertidur, kesadaran menurun, ada paralise, menangis dan sebagainya.

(3) 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 penurunan kesadaran.

(4) 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.

(5) 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).

c) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Pada masa pre natal pengaruh konsumsi pada trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, umur kehamilan, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ. Pada masa post natal apgar skor <6 berhubungan

dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau *prematuur* memiliki resiko 10 kali lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan (Arif, 2014).

d) Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari imunisasi tersebut. (Suharso D, 2012).

e) Riwayat Perkembangan

(a) Personal Sosial

Perkembangan personal sosial pada anak usia 1–5 tahun mencakup kemampuan anak dalam mengenal diri sendiri, berinteraksi dengan orang lain, serta mengatur emosi dan perilakunya. Pada usia 1–2 tahun, anak mulai mengenali dirinya sendiri, meniru perilaku orang dewasa, menunjukkan emosi dasar, dan bermain secara paralel. Memasuki usia 2–3 tahun, anak mulai belajar berbagi, mengikuti aturan sederhana, serta mulai menunjukkan rasa empati dan bermain asosiatif. Pada usia 3–4 tahun, anak mampu bermain peran, membentuk persahabatan, menunjukkan kepercayaan diri, dan mengikuti aturan permainan. Sementara itu, pada usia 4–5 tahun, anak

mulai bermain dalam kelompok, bekerja sama, memahami perasaan orang lain, serta mulai memahami konsep benar dan salah secara sederhana

(b) Bahasa

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

(c) Gerakan Motorik Halus

Motorik halus melibatkan Gerakan kecil dan terkoordinasi yang menggunakan otot-otot tangan dan jari, seperti menggenggam, mencoret-coret, atau menggunakan peralatan makan. Pada anak dengan kejang demam, beberapa hal yang bisa terjadi seperti kesulitan menggenggam benda kecil, terutama jika terdapat efek sisa kejang seperti kelemahan otot sementara. Gerakan tangan menjadi kurang terkoordinasi, sehingga anak mungkin mengalami kesulitan dalam aktivitas seperti Menyusun balok,

mencoret dengan krayon, atau menggunakan sendok dan garpu. Pada anak dengan kejang berulang, reflek menggenggam dan koordinasi tangan-mata berkembang lebih lambat dibandingkan anak yang tidak mengalami kejang demam.

(d) Gerakan Motorik Kasar.

Motorik kasar melibatkan pergerakan otot besar yang digunakan dalam aktivitas seperti berjalan, berlari, dan melompat. Anak dengan kejang demam dapat mengalami gangguan motorik kasar, terutama setelah episode kejang. Setelah kejang, anak mungkin mengalami kelemahan sementara pada satu sisi tubuh (*todd's paresis*), yang dapat menghambat kemampuan berdiri, berjalan, atau berlari untuk sementara waktu. Jika kejang berulang atau berlangsung lama, bisa terjadi keterlambatan dalam penguasaan keterampilan motorik kasar, seperti kesulitan dalam keseimbangan saat berjalan atau naik tangga (Suharso D, 2012).

f) 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).

g) Pola Kebiasaan dan Fungsi Kesehatan

(1) Pola Nutrisi

Penderita akan sensitif terhadap makanan yang memicu kejang, adanya *hiperplasi ginggiva* sebagai akibat efek samping dilatin. Makanan pada umumnya jarang menyebabkan kejang, tetapi ada beberapa makanan yang harus di hindari yaitu, makanan yang tinggi lemak, minuman yang mengandung kafein, makanan yang mengandung adiktif (Neuropsychiatric Disiase and Treatment, 2020).

(2) Pola Eliminasi

(a) BAK

Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang bermasalah pada saat BAK (Kyle & Carman, 2015).

(b) BAB

Biasanya pada penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015).

(3) Pola Tidur/Istirahat

Pada penderita kejang demam sering kali mengalami gangguan pola istirahat tidur seperti, kesulitan untuk

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

2) Pemeriksaan Fisik

a) Keadaan Umum

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

b) Kepala

Pada pemeriksaan fisik kepala anak dengan kejang demam, umumnya ditemukan bentuk kepala normal tanpa deformitas atau trauma, kulit kepala dapat tampak kemerahan akibat demam, berkeringat berlebihan, serta pada anak <18 bulan perlu diperhatikan ubun-ubun yang normalnya datar atau sedikit cekung, namun jika menonjol dapat mengindikasikan peningkatan tekanan intrakranial yang memerlukan evaluasi lebih lanjut (Ngastiyah, 2005).

c) Rambut

Dimulai dari warna, kelembatan, distribusi serta karakteristik lain rambut. Pasien dengan malnutrisi energi protein mempunyai rambut yang jarang, kemerahan

seperti rambut rambut jagung dan mudah dicabut tanpa menyebabkan rasa sakit pada pasien (Ngastiyah, 2005).

d) Mata

Pada anak yang mengalami kejang demam umumnya terjadi dilatasi pupil, periksa ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah (Ngastiyah, 2005)

e) Telinga

Periksa fungsi telinga, kebersihan telinga, serta tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, keluar cairan dari telinga, berkurangnya pendengaran. Pada penderita kejang biasanya tidak mengalami masalah yang signifikan pada pendengaran (Ngastiyah, 2005).

f) Hidung

Pada anak dengan kejang demam, pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi adanya infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), yang merupakan penyebab umum terjadinya kejang demam, tanda-tanda seperti secret, kemerahan mukosa, hidung tampak bengkak, dan napas cuping hidung (Hidayat & Suwondo, 2011)

g) Mulut

Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka terjadi sianosis pada mukosa bibir,

vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan stomatitis (Kyle & Carman, 2015).

h) Leher

Umumnya pada penderita dengan kejang demam tidak mengalami gangguan atau masalah yang signifikan pada leher (Ngastiyah, 2005).

i) Thorax

(1) Paru

- Inspeksi

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

- Palpasi

Terabanya kedalaman pernafasan, vokal teraba pada semua lapang paru.

- Perkusi

Suara *sonor*.

- Auskultasi

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

(2) Jantung

- Inspeksi

Tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri.

- Palpasi

Kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah.

- Perkusi

Suara jantung terdengar pekak.

- Auskultasi.

Takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup.

j) Abdomen

- Inspeksi

Bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak.

- Auskultasi

Biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltik usus (normalnya 5-12x/menit).

- Palpasi

Biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen.

- Perkusi

Suara abdomen *tympani*.

k) Genetalia dan Anus

Kaji kelengkapan (laki-laki) : penis, skrotum, dan untuk (perempuan): *labia mayora*, *labia minora*, *klitoris*, fungsi

buang air besar dan fungsi buang air kecil (Mahyar, 2010).

l) Ekstremitas

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

m) Integumen

1. Warna : pucat sampai *sianosis*.
2. Suhu : *hipertermi* atau peningkatan suhu tubuh diatas normal <36,5°C.
3. Turgor : cenderung normal (Kembali < 2 detik) (Kyle & Carman, 2015).

3) Pemeriksaan Penunjang

Tergantung sarana yang tersedia dimana pasien dirawat, pemeriksaannya meliputi :

(1) Glukosa Darah

Hipoglikemia merupakan faktor predisposisi kejang ($N < 200 \text{mg/dl}$).

(2) *Blood Urea Nitrogen (BUN)*

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

(3) Elektrolit (K, Na)

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

(4) *Cairan Cerebro Spinal (CCS)*

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

(5) *Skull Ray*

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

(6) *EEG*

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

(7) *CT Scan*

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

2.3.2 Analisa Data

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

Data yang ada kemudian dikumpulkan dan dikelompokkan sesuai masalahnya untuk kemudian di analisis sehingga

menghasilkan suatu kesimpulan berupa masalah keperawatan yang pada akhirnya menjadi diagnose keperawatan (Mahyar, 2010).

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Okja SDKI DPP PPNI, 2016). Diagnosa yang sering muncul pada kasus anak dengan kejang demam adalah :

1) Hipertermia D.0130

Definisi :

Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh.

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Suhu tubuh di atas nilai normal

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

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

2) Bersihan jalan napas tidak efektif D.0001

Definisi :

Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.

Penyebab :

Fisiologis

- a. Spasme jalan napas
- b. Hipersekresi jalan napas
- c. Disfungsi neuromuskuler
- d. Benda asing dalam jalan napas

- e. Adanya jalan nafas buatan
- f. Sekresi yang tertahan
- g. Hyperplasia dinding jalan nafas
- h. Proses infeksi
- i. Respon alergi
- j. Efek agen farmakologis (mis. anastesi).

Situasional

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, *wheezing* dan/atau ronki kering
5. Mekonium di jalan nafas (neonatus)

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Ortopnea

Objektif

1. Gelisah, sianosis
2. Bunyi nafas menurun
3. Frekuensi nafas berubah
4. Pola nafas berubah

3) Resiko cedera D.0136

Definisi :

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

Faktor resiko :

Eksternal

- a. Terpapar pathogen
- b. Terpapar zat kimia toksik
- c. Terpapar agen nosocomial
- d. Ketidakamanan transportasi

Internal

- a. Ketidaknormalan profil darah
- b. Perubahan orientasi afektif
- c. Perubahan sensasi
- d. Disfungsi autoimun

- e. Disfungsi biokimia
- f. Hipoksia jaringan
- g. Kegagalan mekanisme pertahanan tubuh
- h. Malnutrisi
- i. Perubahan fungsi psikomotor
- j. Perubahan fungsi kognitif

4) Defisit pengetahuan D.0111

Definisi :

Ketiadaan atau kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topik tertentu.

Penyebab :

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

Gejala dan Tanda Mayor

Subjektif

1. Menanyakan masalah yang dihadapi

Objektif

1. Menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran

2. Menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah

Gejala dan Tanda Minor

Subjektif

(tidak tersedia)

Objektif

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

5) Resiko infeksi D.0142

Definisi :

Beresiko mengalami peningkatan terinfeksi organisme patogenik.

Faktor resiko :

- a. Penyakit kronis (mis. Diabetes melitus)
- b. Efek prosedur invasive
- c. Malnutrisi
- d. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- e. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer :

- a) Gangguan peristaltik
 - b) Kerusakan integritas kulit
 - c) Perubahan sekresi pH
 - d) Penurunan kerja siliaris
 - e) Status cairan tubuh
- f. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder :
- a) Penurunan hemoglobin
 - b) Imunosupresi
 - c) Leukopenia
 - d) Supresi respon inflamasi
 - e) Vaksinasi tidak adekuat
- 6) Resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif D.0017
- Definisi :
- Beresiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.
- Faktor resiko :
- a. Keabnormalan masa protombin dan/atau masa tromboplastin parsial
 - b. Penurunan kinerja ventrikel kiri
 - c. Aterosklerosis aorta
 - d. Diseksi arteri
 - e. Fibriliasi atrium
 - f. Tumor otak
 - g. Stenosis karotis
 - h. Miksoma atrium

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

Definisi

Resiko terjadinya kejang ulang akibat aktivitas listrik abnormal di otak.

Mayor : Pasien mengeluh panas

Minor : -

- a) Suhu lebih dari 38°C

- b) Nadi 120x/menit dan RR 34x/menit
- c) Keluar keringat dingin.

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Rusmiyati, 2014)

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)	SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)
1.	Hipertermia D.0130	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil : - Menggigil menurun - Kulit merah menurun - Pucat menurun - <i>Takikardi</i> menurun - <i>Takipnea</i> menurun - <i>Bradikardi</i> menurun - Suhu tubuh dalam batas normal (36,5 – 37,5°C). - Suhu kulit dalam batas normal.	Manajemen hipertermia Observasi - Identifikasi penyebab hipertermi (mis. dehidrasi terpapar lingkungan panas penggunaan incubator) - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine Terapeutik - Sediakan lingkungan yang dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Basahi dan kipasi permukaan tubuh - Berikan cairan oral - 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) - Batasi oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi - Anjurkan tirah baring Kolaborasi - Kolaborasi cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>.
2.	Bersihkan jalan napas tidak efektif D.0001	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan	Manajemen jalan napas Observasi - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

		jalan nafas membaik dengan kriteria hasil: - Batuk efektif menurun - Produksi sputum menurun - Mengi menurun - Wheezing menurun - Sianosis menurun - Gelisah menurun - Frekuensi napas membaik - Pola nafas membaik	- Monitor bunyi napas tambahan (mis. <i>Gurgling, mengi, weezing, ronchi</i> kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma). Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan napas dengan <i>head-tilt</i> dan <i>chin-lift</i> (<i>jaw-thrust</i> jika curiga trauma cervical) - Posisikan semi-Fowler atau Fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, <i>jika perlu</i> - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik - Lakukan hiperoksigenasi sebelum - Penghisapan endotrakeal - Keluarkan sumbatan benda padat dengan <i>forsep McGill</i> - Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i>. - Ajarkan teknik batuk efektif. Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, <i>jika perlu</i>.
3.	Resiko cedera D.0136	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan dapat mengurangi resiko cedera saat terjadi kejang dengan kriteria hasil : - Toleransi aktivitas meningkat - Kejadian cedera menurun - Luka/lecet menurun - Ketegangan otot menurun - Gangguan mobilitas menurun - Frekuensi nadi membaik - Frekuensi napas membaik - Pola istirahat/tidur membaik - Klien terbebas dari trauma saat kejang terjadi.	Pencegahan cedera Observasi - Identifikasi area lingkungan yang berpotensi menyebabkan cedera - Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera - Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stocking elastis pada ekstremitas bawah Terapeutik - Sediakan pencahayaan yang memadai - Gunakan lampu tidur selama jam tidur - Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat (mis. Penggunaan telepon, tempat tidur, penerangan ruangan, dan lokasi kamar mandi) - Gunakan alas kaki jika beresiko mengalami cedera serius - Sediakan alas kaki anti slip - Sediakan pispot dan urinal untuk eliminasi di tempat tidur, <i>jika perlu</i> - Pastikan bel panggilan atau telepon mudah terjangkau

			- Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau - Pertahankan posisi tempat tidur di posisi terendah saat digunakan - Pastikan roda tempat tidur atau kursi roda dalam kondisi terkunci - Gunakan pengaman tempat tidur sesuai dengan kebijakan fasilitas pelayanan Kesehatan - Pertimbangkan penggunaan alarm elektronik pribadi atau alarm sensor pada tempat tidur atau kursi - Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan - Diskusikan mengenai alat bantu mobilitas yang sesuai (mis. Tongkat atau alat bantu jalan) - Diskusikan Bersama anggota keluarga yang dapat mendampingi pasien - Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, <i>sesuai kebutuhan</i> Edukasi - Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga - Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit sebelum berdiri.
4.	Defisit pengetahuan D.0111	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : - Kemampuan menjelaskan tentang penyakit yang di derita klien meningkat - Perilaku sesuai anjuran meningkat - Verbalisasi minat dalam belajar meningkat - Kemampuan menggambarkan pengalaman sebelumnya yang sesuai dengan topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun - Persepsi yang keliru terhadap penyakit menurun.	Edukasi Kesehatan Observasi - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya Edukasi - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

			- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
5.	Resiko infeksi D.0142	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan drajat infeksi menurun dengan kriteria hasil : - Demam menurun - Kemerahan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun	Manajemen imunisasi dan vaksinasi : Obsevasi - Identifikasi Riwayat Kesehatan dan alergi - Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi - Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan Kesehatan Terapeutik - Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral - Dokumentasikan informasi vaksinasi - Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat Edukasi - Jelaskan tujuan, manfaat, resiko yang terjadi, jadwal dan efek samping - Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah - Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit, namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah - Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus - Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali - Informasikan penyedia layanan pekan imunisasi nasional yang menyediakan imunisasi gratis
6.	Resiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif D.0017	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi resiko perfusi serebral tidak efektif dengan kriteria hasil : - Tekanan intrakranial menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun - Kecemasan menurun	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis : lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) - Monitor tanda gejala peningkatan TIK (mis : tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) - Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>) - Monitor PAWP, jika perlu - Monitor PAP, jika perlu - Monitor ICP (<i>intra cranial pressure</i>) - Monitor gelombang ICP - Monitor status pernapasan - Monitor intake output cairan - Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) Terapeutik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

			- Berikan posisi <i>semi fowler</i> - Hindari manuver <i>valsava</i> - Cegah terjadinya kejang - Hindari penggunaan <i>PEEP</i> - Hindari pemberian cairan IV hipotonik - Atur ventilator agar <i>PaCO2</i> optimal - Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi - Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian deuritik osmosis, <i>jika perlu</i> - Kolaborasi pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
7.	Resiko tinggi terjadinya kejang berulang	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak akan terjadi kejang dengan kriteria hasil : - Tidak terjadi serangan kejang berulang - Suhu dalam batas normal - Kesadaran composmentis - Respirasi dalam rentang normal	Manajemen kejang Observasi - Monitor terjadinya kejang berulang - Monitor karakteristik kejang (mis. Aktifitas motoric, dan progresi kejang) - Monitor status neurologis - Monitor tanda-tanda vital Terapeutik - Baringkan pasien agar tidak terjatuh - Berikan alas empuk di bawah kepala, <i>jika memungkinkan</i> - Pertahankan kepatenan jalan napas - Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher - Dampingi selama periode kejang - Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam - Catat durasi kejang - Reorientasikan setelah periode kejang - Dokumentasikan periode terjadinya kejang - Pasang akses IV, <i>jika perlu</i> - Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi - Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang - Anjurkan keluarga tidak menggunakan kekerasan untuk menahan gerakan pasien Kolaborasi - Kolaborasi pemberian anlikonvulsan, <i>jika perlu</i>.

2.3.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah tahap yang mengarah pada pelaksanaan Tindakan atau intervensi keperawatan yang telah disusun selama tahap perencanaan. Tindakan ini mencakup pengelolaan masalah Kesehatan pasien yang melibatkan pengamatan, pemberian obat, dan pemberian terapi lainnya (Nursalam, 2015). Tindakan keperawatan dibedakan menjadi 2, yaitu :

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

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil di buat dalam bentuk SOAP (*Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing*), (Rusmiyati, 2010).

Adapun penjelasan lebih lanjut sebagai berikut :

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

BAB 3

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah cara ilmiah untuk memperoleh data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Metode Penelitian juga merupakan analisis teoritis mengenai suatu cara atau metode (Sugiyono, 2017). 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, uji keabsahan data, analisa data.

3.1 Rancangan penelitian/desain penelitian

Rancangan penelitian adalah rencana sistematis yang menggambarkan cara dan prosedur yang akan digunakan dalam penelitian untuk mencapai tujuan penelitian secara valid dan objektif. Desain atau rancangan penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Menurut Adiputra et al, (2021) Penelitian deskriptif kualitatif adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan fenomena yang ada, digunakan untuk menganalisis atau mendeskripsikan hasil subjek tetapi tidak dimaksudkan untuk memberikan implikasi yang lebih luas, serta pendekatan ini digunakan untuk menggambarkan dan memahami fenomena secara mendalam melalui pengumpulan data kualitatif seperti wawancara, observasi, dan analisis dokumen. Studi kasus merupakan salah satu jenis penelitian yang meneliti permasalahan melalui suatu kasus yang terdiri dari unit tunggal (Nursalam, 2017). Penulis menggunakan penelitian deskriptif kualitatif dalam melakukan penulisan Karya Tulis Ilmiah ini untuk mengetahui bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang

Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah adalah penjelasan tentang suatu variabel berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014). Batasan istilah pada penelitian ini adalah asuhan keperawatan pada anak usia 1-5 tahun dengan kejang demam tanpa penyakit penyerta lain yang di rawat di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

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

Anak usia 1-5 tahun merupakan usia anak dimana perkembangan adalah hal yang penting yang harus dipantau untuk mengetahui kondisi kesehatan anak baik dari perkembangan fisik, kognitif, motorik (kasar dan halus), kemampuan bahasa, sosial dan emosional.

Kejang demam adalah kondisi kejang yang terjadi akibat peningkatan suhu tubuh $>38^{\circ}\text{C}$ yang disebabkan oleh infeksi, tanpa adanya Riwayat gangguan neurologis. Kondisi ini dapat diamati melalui gejala seperti hilangnya kesadaran, Gerakan kejang pada anggota tubuh, dan peningkatan suhu tubuh yang dapat diukur menggunakan termometer.

Tanpa penyakit penyerta lain yang berarti anak yang menjadi subjek penelitian tidak memiliki penyakit lain selain kejang demam. Antara lain adanya infeksi sistem saraf pusat (*meningitis, ensefalitis*), gangguan metabolik,

gangguan elektrolit, atau penyakit sistemik (*sepsis, HIV/AIDS, tuberkulosis*), *bronkopneumonia*, dsb.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah individu yang ikut berperan dalam proses penelitian, yang mana berkontribusi dalam memberikan data penelitian kepada peneliti sebagai bahan penelitian (Depoy & Gitlin, 2017). Partisipan yang digunakan penelitian ini adalah anak usia 1-5 tahun yang mengalami kejang demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek, dengan kriteria:

- 1) Keluarga bersedia anaknya dijadikan responden dibuktikan tanda tangan informed consent
- 2) Klien dalam keadaan kesadaran penuh (*composmetis*)
- 3) Klien dirawat dengan kejang demam tanpa penyakit penyerta lain
- 4) Klien diperkirakan akan menjalani rawat inap selama 3 hari kedepan

3.4 Lokasi dan waktu

3.4.1 Lokasi penelitian

Lokasi pengambilan studi kasus asuhan keperawatan pada anak usia 1-5 tahun dengan kejang demam dilaksanakan di ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek.

3.4.2 Waktu pelaksanaan

Pengambilan data atau kasus pada penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 13-15 Maret 2025.

3.5 Pengumpulan data

3.5.1 Bahan instrument

Menurut (Arikunto, 2014) Instrumen penelitian adalah alat atau

fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah. Dalam penelitian ini instrument yang digunakan adalah format asuhan keperawatan anak.

3.5.2 Metode pengumpulan data

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

3.5.3 Prosedur pengumpulan data

Data yang diperoleh pada penelitian ini adalah dengan melakukan pendekatan kasus yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya. Sehingga prosedur pengambilan data didasarkan pada prosedur yang dilakukan oleh peneliti sebelumnya, yaitu sebagai berikut :

- 1) Peneliti mengurus surat izin penelitian dibagian TU Kampus Prodi D3 Keperawatan Trenggalek. Setelah diterbitkannya surat izin penelitian, peneliti mendapatkan surat sebanyak tiga item yaitu surat untuk direktur, surat untuk kepala ruang dahlia, dan surat untuk peneliti. Pertama, surat untuk Direktur RSUD dr. Soedomo diberikan melalui kordik (koordinator pendidikan) rumah sakit. Kedua, surat untuk peneliti untuk peneliti sendiri. Setelah surat izin

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

- 2) Proses pengumpulan data dimulai dari mahasiswa mencari klien sesuai dengan kriteria. Setelah klien ditemukan, mahasiswa melakukan tindakan preorientasi atau membina hubungan saling percaya dengan pasien dan keluarganya, mahasiswa memperkenalkan diri serta menjelaskan maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien dengan memberikan lembar informad consent sebagai persetujuan keluarga untuk dilakukan pengkajian. Setelah keluarga mengerti dan menyetujui maksud dan tujuan proses asuhan keperawatan, maka mahasiswa melakukan tahap berikutnya.
- 3) Tahap kontrak, mahasiswa melakukan kontrak waktu dan tempat dengan klien yang akan diberikan asuhan keperawatan.

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

3.6 Analisis data

Menurut (Hardani, 2020), analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan-bahan lainnya sehingga mudah dipahami serta temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain.

Prinsip yang harus dipegang dalam penelitian deskripsi kualitatif merupakan jenis penelitian kualitatif adalah proses mencari, menyusun dan menganalisis secara sistematis kesenjangan dan antara teori dengan fakta yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik maupun studi dokumentasi selama melakukan asuhan keperawatan.

3.7 Keabsahan data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif menurut Sugiyono (2016) meliputi, kepercayaan (*Credibility*), keteralihan (*Transferbility*), ketergantungan (*Dependability*) dan kepastian (*Confirmability*) :

- 1) *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 dilakukan sesuai tahapan asuhan keperawatan.
- 2) *Transferbility* adalah sejauh mana hasil penerapan penelitian deskriptif kualitatif pada suatu subyek dapat diterapkan dalam subyek penelitian yang lain. Artinya apakah asuhan keperawatan yang dilaksanakan ini dapat diterapkan pada pasien lain dengan fenomena keperawatan yang sesuai, dan dapat dijadikan sebagai perbandingan oleh penulis yang lain atau penelitian deskriptif kualitatif lain yang sesuai.
- 3) *Dependability* adalah kesesuaian metode yang digunakan untuk menjawab pokok permasalahan dan mencapai tujuan penulisan yang diinginkan. Dalam melaksanakan penelitian, peneliti menggunakan metode deskriptif. Peneliti terjun langsung ke lapangan untuk menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan kejang demam.
- 4) *Confirmability* mengandung makna bahwa sesuatu itu objektif jika mendapatkan persetujuan dari pihak – pihak lain terhadap pandangan, pendapat dan penemuan seseorang. Kondisi ini dapat diperoleh melalui

proses bimbingan yang telah mencapai kesepakatan antara pembimbing I, II dan mahasiswa, ujian proposal untuk mendapatkan kritikan dan masukan. Prinsip ini juga dapat diperoleh melalui upaya validasi data pasien pada saat melakukan asuhan keperawatan.

3.8 Etika penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain adalah sebagai berikut (Suprajitno, 2016):

1) *Informed Consent*

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subyek mengerti maksud dan tujuan penelitian mengetahui dampaknya. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

2) *Anonimity* (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan adalah masalah yang memberikan jaminan

dalam menggunakan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode atau inisial nama pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

3) *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti. hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Berdasarkan dari hasil pengambilan kasus yang dilakukan pada 1 orang klien, An. “J” dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Kabupaten Trenggalek pada 13 Maret 2025 sampai tanggal 15 Maret 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 merupakan ruang anak yang memberikan perawatan khusus anak. Jumlah petugas di Ruang Dahlia yaitu 15 perawat dan 1 administrasi dengan kapasitas tempat tidur 22 bed. Di HCU 4 bed. Di kelas 1 (ruang A) ada 2 bed. Di kelas 2 (ruang B) ruang B ada 4 bed. Di kelas 3 (ruang C,D,E) Ruang C ada 4 bed. Ruang D ada 4 bed. Dan ruang Isolasi ada 4 bed. Pada pelaksanaan Asuhan Keperawatan ini klien An. J di ruang kelas 2 (ruang B) di bed B2.

4.1.1 Pengkajian

Tabel 4.1 Pengkajian

IDENTITAS KLIEN	
1. Biodata Klien	
a. Nama	An. J
b. Umur	3,5 tahun
c. Jenis Kelamin	Perempuan
d. Anak ke	Pertama
e. Dx. Medis	<i>Febris Convulsi</i>
f. Reg	488242
g. Tgl datang	13 Maret 2025 / Jam 10.30 WIB
h. Tgl pengkajian	13 Maret 2025 / Jam 14.40 WIB
2. Biodata Orang Tua	
a) Nama Ayah	Tn. F
a. Umur	29 tahun
b. Agama	Islam
c. Pendidikan	SMK
d. Pekerjaan	Wiraswasta
e. Suku bangsa	Jawa

f. Alamat	Rt 14 Rw 03 Desa Karangsoko, Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek
b) Nama Ibu	Ny. S
a. Umur	28 tahun
b. Agama	Islam
c. Pendidikan	Sarjana
d. Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga
e. Suku bangsa	Jawa
f. Alamat	Rt 14 Rw 03 Desa Karangsoko, Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek

4.1.2 Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit

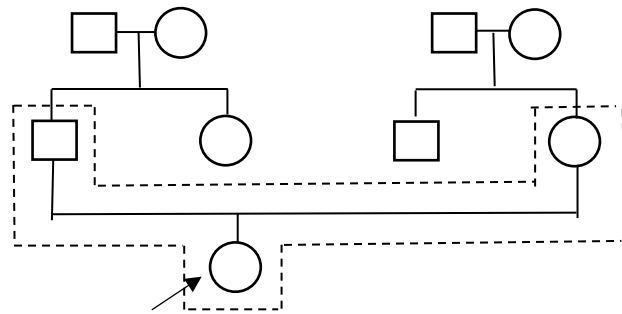
RIWAYAT PENYAKIT	
3. Keluhan utama	
a. Saat MRS	Ibu klien mengatakan anaknya panas selama 2 hari dan disertai dengan kejang 1x pada hari ke 2 saat dirumah.
b. Saat dikaji	Ibu klien mengatakan anaknya rewel, demam dengan suhu 38,6°C dan tidak kejang.
4. Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan pada hari Selasa tanggal 12-03-2025 anaknya tiba-tiba muntah sebanyak 3x dan juga demam kemudian pada hari Rabu tanggal 13-03-2025 pada pagi hari sekitar pukul 07.30 wib tiba-tiba suhu badannya naik dengan suhu 39 °C dan disertai dengan kejang sekitar 5 menit, kejang pada seluruh tubuh, dan pada saat kejang anak tidak berespon sama sekali. Setelah klien sadar, keluarga klien segera membawa klien ke UGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 13-03-2025, sekitar pukul 08.20 wib. Di UGD klien mendapatkan perawatan sesuai keadaannya. Setelah di observasi dan kondisi klien mulai stabil, klien dipindahkan ke ruang Dahlia pada pukul 10.30 wib untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.
5. Riwayat Penyakit Dahulu	Ibu klien mengatakan klien sebelumnya pernah dirawat inap sebanyak 2x pada umur 16 bulan dan juga pada umur 2 tahun, di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan penyakit yang sama yaitu Kejang Demam.
6. Riwayat Kehamilan dan Persalinan	
a. Prenatal	Ibu klien mengatakan pada trimester pertama ibu mengkonsumsi makanan sesuai anjuran dan tidak mengkonsumsi zat berbahaya, selama kehamilan tidak ada masalah atau gangguan seperti hipertensi. Tetapi ibu memiliki riwayat kejang demam pada umur 2 tahun. Tempat periksa selama hamil ke dokter. Ibu klien mengatakan selama hamil periksa kandungannya sebanyak 8x tepatnya setiap bulan sekali.

b. Natal	Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara SC (Sectio Caesarea) di RSUD Muhammadiyah Tulungagung, bayi lahir langsung menangis.
c. Post natal	Ibu klien mengatakan saat lahir anaknya baik dan sehat dengan berat 2 kg 6 gram dan panjang 48 cm. Usia kehamilan cukup bulan (39 minggu).

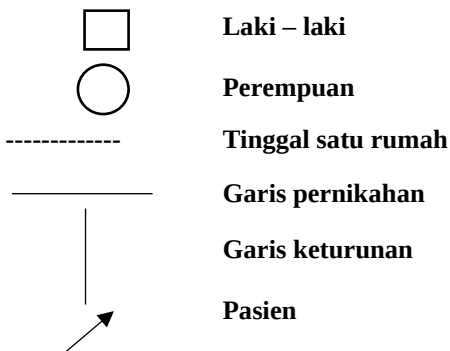
Riwayat Pertumbuhan dan Perkembangan

- | | |
|---|---|
| 7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan | |
| a. Pertumbuhan | Ibu klien mengatakan tidak ada gangguan pertumbuhan yang dialami anaknya. Ibu klien mengatakan anaknya lahir dengan berat 2 kg 6 gram. Berat badan klien setiap bulannya selalu bertambah setiap dilakukan penimbangan di Posyandu. Berat Badan (BB) sekarang 12,4 kg dan Tinggi Badan (TB) saat ini 90 cm. |
| b. Perkembangan | <ul style="list-style-type: none"> - Motorik Kasar : Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa berlari dengan stabil, bisa melompat di tempat dan naik turun tangga. - Motorik halus : Ibu klien mengatakan anaknya sudah mampu Menyusun balok , bisa menggambar garis dan lingkaran , bisa makan sendiri dan membuka tutup botol kecil, dan dapat memakai dan melepas pakaian sendiri dengan sedikit bantuan. - Personal sosial : Ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai bermain bersama teman sebaya, melihat Ketika disapa orang, dan sudah mulai bersosialisasi dengan tetangga - Bahasa : Ibu klien mengatakan anaknya sudah menyebutkan nama lengkap dan usia sendiri, Mengerti dan mengikuti perintah 2 langkah, misalnya “ambil sepatu, lalu taruh di rak”, dan mampu membuat kalimat 3-5 kata. |
| 8. Riwayat Imunisasi | Ibu klien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap. Hepatitis B 4x (0 bulan, 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan). BCG 1x (2 bulan). DPT 3x (2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Polio 4x (1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Campak 1x (9 bulan). |
| 9. Riwayat Pemberian Nutrisi | Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI eksklusif Pada usia 0-6 bulan lalu dilanjutkan dengan penambahan MPASI hingga umur 2 tahun, klien sekarang makan nasi, telur, daging/ayam, sayur hijau, minum air putih. |
| 10. Riwayat kesehatan keluarga dan genogram | Ibu klien mengatakan bahwa dirinya yaitu Ny. S mempunyai riwayat penyakit kejang demam pada umur 2 tahun seperti yang diderita anaknya. |
-

Genogram



Keterangan :



11. Riwayat Psikososial	Ibu klien mengatakan bahwa dirinya sedih melihat anaknya lagi sakit, orang yang terdekat dengan anaknya yaitu ibu dan ayahnya.
12. Riwayat Sosial Budaya	Klien diasuh oleh orang tuanya sendiri. Saat dirumah klien merupakan anak yang sangat aktif. Ibu klien mengatakan menjaga kebersihan rumah dengan baik, mencuci tangan sebelum makan dan setelah buang air, sayuran dan buah di cuci sebelum diolah, anaknya dibiasakan mandi dan menyikat gigi secara rutin, dan juga membuang sampah pada tempatnya.
13. Riwayat Spiritual	Ibu klien mengatakan semua anggota keluarga menganut agama islam dan jika ada anggota keluarga yang sakit langsung dibawa ke pelayanan kesehatan terdekat.

4.1.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Tabel 4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

Pola Sehari – hari		
	Di Rumah	Di Rumah Sakit
1. Nutrisi	ibu klien mengatakan tidak adanya kesensitifan terhadap makanan yang dapat memicu kejang, tidak adanya hiperplasi gingiva pada klien. anaknya makan	Pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anaknya belum mau makan, minum 1 botol susu formula $\pm$ 50 ml dan minum $\frac{1}{2}$ gelas air putih $\pm$ 100 ml.

	3x/hari dengan porsi $\pm$ 1 piring kecil dengan komposisi nasi, sayur hijau, telur, ayam/daging.	
2. Eliminasi	Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x/hari, warna feses coklat kekuningan, lunak, bau khas feses. Sedangkan BAK 5-6x/hari dengan output $\pm$ 500-600 cc/hari, warna kuning jernih bau khas urin.	Saat dikaji klien belum BAB, Saat dikaji klien sudah BAK menggunakan pampers dengan total output $\pm$ 100 cc, warna kuning jernih, bau khas urin.
3. Istirahat/tidur	Ibu klien mengatakan klien tidur siang sekitar jam 12.00 – 14.00 WIB. Dan malam hari pada jam 20.00 – 06.00 WIB	Pada saat pengkajian, Ibu klien mengatakan anaknya hanya rewel kesulitan untuk tidur.
4. Aktivitas	Ibu klien mengatakan saat di rumah anaknya aktif bermain dengan teman sebayanya di sekitar rumah	Ibu klien mengatakan ketika sakit klien hanya minta gendong dan berbaring di tempat tidur.
5. Personal hygiene	Ibu klien mengatakan mandi 2x/hari menggunakan sabun cair, gosok gigi 2x/hari saat mandi, keramas 3x/minggu, potong kuku 1 minggu sekali.	Ibu klien mengatakan dari masuk RS sampai pengkajian belum mandi ataupun di sibin.

4.1.4 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum Status Kesadaran	Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, GCS E ₄ V ₅ M ₆ , terpasang infus Ka En 3B 1.100 cc/24 jam ditangan kiri
2. Tanda tanda Vital (TTV)	.
a. Suhu	38,6°C
b. Nadi	100x/menit
c. Respiratory Rate	24x/menit
d. SpO ₂	98%
3. Status Gizi	Tinggi badan 90 cm, Berat badan saat ini 12,4 kg usia pasien 3,5 tahun. $IMT = \frac{BB}{TB^2}$ $= \frac{12,4}{(0,90 \times 0,90)} = \frac{12,4}{0,81} = 15,31 \text{ (Normal)}$
4. Kepala	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, tidak ada deformitas, tampak berkeringat.

5. Mata	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.				
6. Hidung	Tidak ada pernafasan cuping hidung, septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat secret pada hidung, tidak ada kelainan dan tidak ada tanda-tanda infeksi lain seperti ISPA.				
7. Mulut	Tidak terjadi sianosis mukosa bibir, mukosa bibir kering, tidak terjadi vomiting dan juga stomatitis, reflek menelan baik.				
8. Telinga	Pendengaran klien baik, tampak bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada nyeri.				
9. Leher	Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis				
10. Thorax					
a. Paru					
- Inspeksi	Bentuk dada normal cest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal.				
- Palpasi	Vocal fremitus teraba sama getarannya disemua lapang paru				
- Perkusi	Suara paru sonor				
- Auskultasi	Suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan.				
b. Jantung					
- Inspeksi	Bentuk dada normal cest, pulsasi normal di area precordium, tidak ada kelainan bentuk				
- Palpasi	Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan				
- Perkusi	Suara jantung pekak				
- Auskultasi	Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4				
	Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri				
	Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup				
	Tidak terdengar bunyi jantung tambahan				
11. Abdomen					
a. Inspeksi	Perut datar, tidak terdapat lesi, tidak ada bekas luka				
b. Auskultasi	Bising usus terdengar 8x/menit				
c. Palpasi	Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan				
d. Perkusi	Suara tympani				
12. Ekstremitas atas dan bawah					
a. Warna	Tidak pucat				
b. Bentuk	Simetris				
c. Pergerakan	Lemah				
d. CRT	Kembali < 2 detik				
e. Kelainan kongenital	Tidak ada				
f. Kekuatan otot	<table> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	5	5
5	5				
5	5				
13. Kulit					
a. Warna	Tidak pucat (tidak terdapat sianosis)				
b. Kelembaban	Kering				
c. Turgor	Kembali < 2 detik				

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

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Pemeriksaan Penunjang

Tanggal 13 Maret 2025 Jam 11:20:18

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	12.2	g/dl	10.7 – 14.7
Leukosit	13.8	$10^3/\text{ul}$	5.5 – 15.5
Trombosit	493	$10^3/\text{ul}$	229 – 553
Hematokrit	38.1	%	31.0 – 34.0
Trombosit	493	$10^3/\text{ul}$	229 – 553
Eritrosit	4.87	Juta/uL	3.70 – 5.70
MCV	78.2	fl	72.0 – 88.0
MCH	25.1	Pg	23.0 – 31.0
MCHC	32.0	g/dl	32.0 – 36.0
RDW	12.8	%	11.0 – 16.0
PDW	10.2	fl	9.0 – 17.0
MPV	8.5	fl	8.0 – 11.0
Hitung Jenis (DIFF) :			
Neu%	72.6	%	25.0 – 60.0
Lym%	21.8	%	25.0 – 50.0
Mxd%	5.6	%	1.0 – 6.0
Neu#	9.2	$10^3/\text{ul}$	1.4 – 6.6
Lym#	2.7	$10^3/\text{ul}$	1.0 – 5.5
Mxd#	0.7	$10^3/\text{ul}$	<1.0

4.1.6 Penatalaksanaan Medis

- 1) Infus KaEn 3B 1.100 cc/24 jam
- 2) Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg
- 3) Injeksi Ampicilin 3 x 350 mg
- 4) Paracetamol 6 x 150 mg
- 5) Diazepam 4 mg (jika kejang)

4.1.7 Analisa Data

Tabel 4.6 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	DS : Ibu klien mengatakan suhu badan anaknya panas DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Mukosa bibir kering e. Tanda-tanda vital - S : 38,6°C - N : 100 x/menit - RR : 24 x/menit - SpO2 : 98% f. CRT < 2 detik g. Turgor kulit < 2 detik h. WBC : 13.8	Hipertermi	Proses penyakit (reaksi infeksi)
2.	DS : a. Ibu klien mengatakan anaknya tiba-tiba panasnya meningkat dengan suhu 39°C dan kejang 1x saat dirumah dengan durasi sekitar 5 menit, kejang pada seluruh tubuh. b. Ibu klien mengatakan klien sebelumnya pernah dirawat inap sebanyak 2x, dengan penyakit yang sama yaitu kejang demam pada umur 16 bulan dan juga umur 2 tahun. c. Ibu klien mengatakan bahwa dirinya yaitu Ny. S memiliki riwayat penyakit yang sama yaitu kejang demam pada umur 2 tahun. DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Tanda-tanda vital - S : 38,6°C - N : 100 x/menit - RR : 24 x/menit - SpO2 : 98% e. CRT < 2 detik f. Turgor kulit < 2 detik	Resiko terjadinya kejang berulang	Peningkatan suhu tubuh

4.1.8 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa Keperawatan

NO	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN
1.	13/03/2025	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi infeksi) ditandai dengan : DS : Ibu klien mengatakan anaknya panas DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis c. Akral hangat d. Mukosa bibir kering e. Tanda-tanda vital - S : 38,6°C - N : 100 x/menit - RR : 24 x/menit - SpO2 : 98% f. CRT < 2 detik g. Turgor kulit < 2 detik h. WBC : 13.8	15/03/2025	
2.	13/03/2025	Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh ditandai dengan : DS : a. Ibu klien mengatakan anaknya tiba-tiba panasnya meningkat dengan suhu 39°C dan kejang 1x saat dirumah dengan durasi sekitar 5 menit, kejang pada seluruh tubuh. b. Ibu klien mengatakan klien sebelumnya pernah dirawat inap sebanyak 2x, dengan penyakit yang sama yaitu kejang demam pada umur 16 bulan dan juga umur 2 tahun. c. Ibu klien mengatakan bahwa dirinya yaitu Ny. S memiliki Riwayat penyakit yang sama yaitu kejang demam pada umur 2 tahun. DO : a. K/u lemah b. Kesadaran composmetis	15/03/2025	

-
- c. Akral hangat
 - d. Tanda-tanda vital
 - S : 38,6°C
 - N : 100 x/menit
 - RR : 24 x/menit
 - SpO2 : 98%
 - e. CRT < 2 detik
 - f. Turgor kulit < 2 detik
-

4.1.9 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 Intervensi Keperawatan

No	Tanggal	No. Dx. Kep.	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
1.	13/03/2025	1	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil : a. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C). b. Suhu kulit dalam batas normal c. Pucat menurun	Manjemen Hipertermia (1.15506) Observasi 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urine Terapeutik 5. Sediakan lingkungan yang dingin (nyaman) 6. Longgarkan atau lepaskan pakaian 7. Basahi atau kipasi permukaan tubuh 8. Berikan cairan oral 9. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 10. Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada leher, dada, abdomen, aksila) 11. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi 12. Anjurkan tirah baring Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, <i>jika perlu</i>	1. Untuk mengetahui penyebab terjadinya hipertermia 2. Untuk mengetahui kenaikan atau penurunan suhu tubuh. 3. Untuk mengetahui kadar elektrolit 4. Untuk mengetahui volume urine yang keluar 5. Untuk memberikan lingkungan yang nyaman bagi pasien hipertermia 6. Untuk membantu proses penurunan suhu tubuh 7. Untuk menurunkan suhu tubuh 8. Agar kebutuhan cairan pasien tetap terjaga 9. Untuk menurunkan suhu tubuh melalui evaporasi 10. Agar suhu permukaan tubuh tetap hangat maupun dingin 11. Untuk memenuhi kebutuhan oksigen 12. Untuk menghindari komplikasi seperti perdarahan ataupun perforasi 13. Untuk menghindari kehilangan cairan dan elektrolit yang berlebih.	

No	Tanggal	No. Dx. Kep	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
2.	13/03/2025	2	Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi kejang berulang dengan kriteria hasil : a. Tidak terjadi serangan kejang berulang b. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C). c. Kesadaran composmentis d. Respirasi dalam rentang normal	Manajemen kejang Observasi 1. Monitor terjadinya kejang berulang 2. Monitor karakteristik kejang (mis. Aktivitas motorik dan progresi kejang) 3. Monitor status neurologis 4. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik 5. Baringkan pasien agar tidak terjatuh 6. Berikan pengaman sisi tempat tidur 7. Pertahankan kepatenan jalan napas 8. Longgarkan pakaian, terutama di bagian leher 9. Dampingi selama periode kejang 10. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam 11. Reorientasikan setelah periode kejang 12. Dokumentasikan periode terjadinya kejang 13. Pasang akses iv, <i>jika perlu</i> 14. Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi 15. Anjurkan keluarga menghindari memasukan apapun ke dalam mulut pasien saat periode kejang 16. Anjurkan keluarga memantau dan mangawasi kondisi klien. Kolaborasi 17. Kolaborasi pemberian antikonvulsan, <i>jika perlu.</i>	1. Untuk mendeteksi kejang berulang sejak dini dan mencegah kondisi memperburuk 2. Untuk mengetahui jenis dan pola kejang sehingga bisa di sesuaikanndengan kondisi pasien 3. Untuk mendeteksi perubahan kesadaran dan tanda kejang berulang secara dini 4. Untuk mendeteksi perubahan kondisi tubuh 5. Untuk mencegah cedera akibat jatuh saat kejang 6. Untuk mencegah cedera selama pasien mengalami kejang di tempat tidur 7. Untuk mencegah obstruksi jalan napas selama kejang 8. Untuk mempermudah pernapasan dan mencegah sumbatan jalan napas 9. Untuk menjaga keamanan dan memberikan pertolongan segera jika diperlukan 10. Untuk mencegah cedera selama pasien mengalami kejang 11. Untuk mengembalikan kesadaran pasien setelah kejang 12. Untuk memantau durasi dan frekuensi kejang sebagai dasar evaluasi terpai 13. Untuk mempermudah pemberian obat 14. Untuk memastikan oksigenasi yang adekuat selama atau setelah kejang	

-
15. Untuk mencegah resiko aspirasi atau cedera pada pasien
 16. Untuk mengawasi kondisi klien
 17. Untuk mencegah terjadinya kejang berulang.
-

4.1.10 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

No	Tanggal/ Jam	No. Dx. Kep	Implementasi	Tanda Tangan
1.	13/3/2025 15.00 15.30 15.40 15.45 15.55 16.10 19.50 20.00	1	1. Mengkaji keluhan yang dialami klien (Ibu klien mengatakan anaknya masih panas) 2. Mengobservasi TTV : S : 38°C N : 99x/menit RR : 23x/menit SpO2 : 98% 3. Menganjurkan pada keluarga klien untuk pemberian kompres hangat. 4. Menganjurkan kepada keluarga klien untuk melonggarkan atau melepaskan pakaian klien. (klien memakai kaos dalam dan melepas kaos kaki) 5. Menganjurkan kepada keluarga/Ibu agar anaknya banyak istirahat dan memberikan minum $\pm$ 1.000 cc/hari 6. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan a. Injeksi Paracetamol 6 x 150 mg b. Injeksi ampicillin 3 x 350 mg c. Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg 7. Mengobservasi TTV S : 37,8°C N : 96x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 98% 8. Menganjurkan pada keluarga untuk memberikan kompres hangat.	
2.	13/3/2025 15.00 15.30 15.50 15.57 16.00 16.10	2	1. Mengkaji keadaan umum klien (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang) 2. Mengobservasi TTV S : 38°C N : 99x/menit RR : 23x/menit SpO2 : 98% 3. Membantu memberikan seka air hangat 4. Mengedukasi keluarga untuk menghindari memasukan apapun ke dalam mulut klien pada saat terjadi kejang dan selalu mengawasi klien. 5. Memberikan pengaman pada sisi tempat tidur klien 6. Memberikan injeksi IV Injeksi Paracetamol 6 x 150 mg Injeksi Ampicilin 3 x 350 mg Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg	

	16.20		7. Mengedukasi keluarga untuk memantau dan mengawasi kondisi anak	
	19.50		8. Memonitor suhu tubuh klien Suhu tubuh klien 37,8 °C	

4.1.11 Evaluasi

Tabel 4.10 Evaluasi Keperawatan

No	Tanggal/Jam	Diagnosa	Evaluasi
1.	13/3/2025 20.30	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (reaksi infeksi)	S : Ibu klien mengatakan anaknya panas O : - K/u lemah - Akral hangat - Mukosa bibir kering - CRT < 2 detik - Turgor kulit < 2 detik - TTV : S : 37,8°C N : 96x/menit RR : 24x/mnt SpO2 : 98% - Ma/mi (+) - BAB (-) BAK (+) A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2.	13/3/2025 20.30	Resiko terjadinya kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang O : - K/u lemah - Kesadaran composmetis - Klien tampak gelisah dan rewel - TTV : S : 37,8°C N : 96x/menit RR : 24x/mnt SpO2 : 98% A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi

4.1.12 Catatan Perkembangan

Tabel 4.11 Catatan Perkembangan

No	Tgl/ jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi
1.	14/3/2025 14.30	1	1. Mengkaji keluhan yang dialami klien (ibu klien mengatakan panas anaknya naik turun)	S : Ibu klien mengatakan panas anaknya naik turun O : a. K/u cukup b. Akral hangat c. Mukosa bibir lembab d. CRT < 2 detik e. Turgor kulit < 2 detik f. TTV : S : 37,2°C N : 98x/menit RR : 24x/mnt SpO2 : 99% g. Ma/mi (+) h. BAB/BAK (+) A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan
	14.35		2. Menganjurkan pada keluarga klien untuk pemberian kompres	
	14.40		3. Mengganti linen klien	
	15.30		4. Mengobservasi TTV : S : 37,6°C N : 96x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	
	15.40		5. Menganjurkan kepada keluarga/Ibu agar anaknya banyak istirahat dan memberikan minum ± 1.000 cc/hari	
	16.00		6. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan Injeksi Paracetamol 6 x 150 mg Injeksi Ampicilin 3 x 350 mg Injeksi ranitidine 2 x 15 mg	
	18.30		7. Mencatat porsi makanan yang dimakan (07.00-14.00). anak makan ½ porsi makanan dari RS dan minum air putih ± 200 ml dan susu dari RS ± 50 ml	
	20.00		8. Mengobservasi TTV : S : 37,2 °C N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	
2.	14/3/2025 14.30	2	1. Mengkaji keadaan umum klien (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang)	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang O : a. K/u cukup b. Kesadaran composmetis c. Klien tampak tenang dan tidak rewel d. TTV : S : 37,2 °C N : 98x/menit RR : 24 x/menit SpO2 : 99% A : Masalah tertasi sebagian
	14.38		2. Memasang pengaman sisi tempat tidur	
	15.30		3. Mengobservasi TTV S : 37,6°C N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	
	16.00		4. Memberikan injeksi IV Injeksi paracetamol 6 x 150 mg	

	16.10 20.00		Injeksi ampicillin 3 x 350 mg Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg 5. Mengedukasi keluarga klien untuk memantau atau mengawasi kondisi anak 6. Mengobservasi TTV : S : 37.2°C N : 98x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 99%	P : Lanjutkan intervensi
3.	15/3/2025 08.00 08.15 08.30 08.40 11.00	1	1. Mengkaji keluhan yang dialami klien (Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak panas) 2. Mengobservasi TTV : S : 36,7°C N : 96x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 100% 3. Memberikan injeksi IV Injeksi ampicillin 3 x 350 mg Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg 4. Mengobservasi CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik 5. Mengobservasi TTV : S : 36,5 °C N : 97x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 100%	S : Ibu klien mengatakan anaknya tidak panas lagi O : a. K/u baik b. Akral hangat c. Mukosa bibir lembab d. CRT < 2 detik e. Turgor kulit < 2 detik f. TTV : S : 36,5°C N : 97x/menit RR : 24x/mnt SpO2 : 100% g. Ma/mi (+) h. BAB/BAK (+) A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi
4.	15/3/2025 08.10 08.15 08.30 11.00	2	1. Mengkaji keadaan umum klien (Ibu klien mengatakan anaknya tidak kejang) 2. Mengobservasi TTV S : 36,7°C N : 94x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 100% 3. Memberikan Injeksi ampicillin 3 x 350 mg Injeksi Ranitidine 2 x 15 mg 4. Mengobservasi TTV : S : 36,5°C N : 97x/menit	S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang O : a. K/u baik b. Kesadaran composmetis c. Klien tampak tenang d. TTV : S : 36.5 °C N : 97x/menit RR : 24x/menit SpO2 : 100% A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi (px krs)

			RR : 24x/menit SpO2 : 100%	
	13.30		5. Persiapan KRS	

4.2 Hasil Analisis Antara Fakta dan Teori

Tabel 4.12 Hasil Analisa Antara Fakta dan Teori

Pengkajian		Analisis	
No	Teori	Fakta	Keterangan
1.	Identitas Klien : Meliputi nama, umur, jenis kelamin, alamat, agama, suku atau bangsa, tanggal MRS, tanggal pengkajian, diagnose medis, dan nomer registrasi. Orang tua meliputi nama ayah, nama ibu, usia, agama, pendidikan, pekerjaan, dan alamat (Suharso D, 2012).	1. Biodata Klien : Nama : An. J Umur : 3,5 tahun Jenis Kelamin : Perempuan Anak ke : Pertama Dx. Medis : <i>Febris Convulsi</i> Reg : 488242 Tgl datang : 13/3/2025 jam 10.30 wib Tgl pengkajian : 13/3/2025 jam 14.40 wib 2. Biodata Orang Tua a) Ayah a. Nama Ayah : Tn. F b. Umur : 29 Tahun c. Agama : Islam d. Pendidikan : SMK e. Pekerjaan : Wiraswasta f. Suku bangsa : Jawa g. Alamat : Rt 14 Rw 03 Desa Karangsoko, Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek b) Ibu a. Nama Ibu : Ny. F b. Umur : 28 Tahun c. Agama : Islam d. Pendidikan : Sarjana e. Pekerjaan : Ibu rumah tangga f. Suku bangsa : Jawa	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

g. Alamat : Rt 14 Rw 03 Desa Karangsoko, Kec. Trenggalek Kab. Trenggalek			
2.	Riwayat Kesehatan Keluhan utama : Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh >38°C, anak biasanya mengalami kejang dan bahkan pada anak dengan kejang demam kompleks biasanya mengalami penurunan kesadaran (Suharso D, 2012)	Ibu klien mengatakan anaknya panas dengan suhu tubuh 38,6°C dan kejang 1 kali saat dirumah	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 (Suharso D, 2012).	Ibu klien mengatakan pada hari Selasa tanggal 12-03-2025 anaknya tiba-tiba muntah sebanyak 3x dan juga demam kemudian pada hari Rabu tanggal 13-03-2025 pada pagi hari sekitar pukul 07.30 wib tiba-tiba suhu badannya naik dengan suhu 39 °C dan disertai dengan kejang sekitar 5 menit, kejang pada seluruh tubuh, dan pada saat kejang anak tidak berespon sama sekali. Setelah klien sadar, keluarga klien segera membawa klien ke UGD RSUD dr. Soedomo Trenggalek pada tanggal 13-03-2025, sekitar pukul 08.20 wib. Di UGD klien mendapatkan perawatan sesuai keadaanya. Setelah di observasi dan kondisi klien mulai stabil, klien dipindahkan ke ruang Dahlia pada pukul 10.30 wib untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
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).	Ibu klien mengatakan klien sebelumnya pernah dirawat inap sebanyak 2x pada umur 16 bulan dan juga pada umur 2 tahun, di RSUD dr. Soedomo Trenggalek dengan penyakit yang sama yaitu Kejang Demam.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
5.	Riwayat Kehamilan dan Persalinan Riwayat prenatal, natal dan post natal : Pada masa pre natal , berbagai faktor dapat mempengaruhi perkembangan janin, termasuk asupan nutrisi ibu pada trimester pertama, penyakit	Prenatal : Ibu klien mengatakan pada trimester pertama ibu mengkonsumsi makanan sesuai anjuran dan tidak mengkonsumsi zat berbahaya, selama kehamilan tidak ada masalah atau gangguan seperti hipertensi. Tetapi	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

	selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa natal, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ. Pada masa post natal apgar skor <6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau prematur memiliki resiko 10 kali lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan (Arif, 2014).	ibu memiliki riwayat kejang demam pada umur 2 tahun. Tempat periksa selama hamil ke dokter. Ibu klien mengatakan selama hamil periksa kandungannya sebanyak 8x tepatnya setiap bulan sekali. Natal : Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara SC (Sectio Caesarea) di RSUD Muhammadiyah Tulungagung, bayi lahir langsung menangis. Post natal : Ibu klien mengatakan saat lahir anaknya baik dan sehat dengan berat 2 kg 6 gram dan panjang 48 cm. Usia kehamilan cukup bulan (39 minggu).	
6.	Riwayat Imunisasi Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum didapatkan serta umur saat pemberian imunisasi dan reaksi dari imunisasi tersebut. (Suharso D, 2012).	Ibu klien mengatakan anaknya sudah diberi imunisasi lengkap. Hepatitis B 4x (0 bulan, 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan). BCG 1x (2 bulan). DPT 3x (2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Polio 4x (1 bulan, 2 bulan, 3 bulan, 4 bulan). Campak 1x (9 bulan).	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
7.	Riwayat Kesehatan Keluarga : Kejang demam mempunyai faktor keturunan adanya faktor keluarga yang menderita kejang demam, penyakit syaraf atau penyakit lainnya sebesar 25-50% (Suharso D, 2012).	Ibu klien mengatakan bahwa dirinya yaitu Ny. S mempunyai riwayat penyakit kejang demam pada umur 2 tahun seperti yang diderita anaknya.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
8.	Pola Nutrisi Penderita akan sensitif terhadap makanan yang memicu kejang, adanya hiperplasi gingiva sebagai akibat efek samping dilatin. Makanan pada umumnya jarang menyebabkan kejang, tetapi ada beberapa makanan yang harus di hindari yaitu, makanan yang tinggi lemak, minuman yang mengandung kafein, makanan yang mengandung adiktif (Neuropsychiatric Disiase and Treatment, 2020).	Di Rumah : Ibu klien mengatakan tidak adanya kesensitifan terhadap makanan yang dapat memicu kejang, tidak adanya hiperplasi gingiva pada klien. Di Rumah Sakit : Pada saat pengkajian ibu klien mengatakan anaknya belum mau makan, minum 1 botol susu formula $\pm$ 50 ml dan minum $\frac{1}{2}$ gelas air putih $\pm$ 100 ml.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

9.	Pola Eliminasi : BAK Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang bermasalah pada saat BAK (Kyle & Carman, 2015). BAB Biasanya pada penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia (Kyle & Carman, 2015).	Di Rumah Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x/hari, warna feses coklat kekuningan, lunak, bau khas feses. Sedangkan BAK 5-6x/hari dengan output $\pm$ 500-600 cc/hari, warna kuning jernih bau khas urin. Di Rumah Sakit Saat dikaji klien belum BAB dari masuk RS sampai pengkajian, sedangkan BAK menggunakan pampers dengan total output $\pm$ 100 cc, warna kuning jernih, bau khas urin.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
10.	Pola istirahat 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).	Di Rumah : Ibu klien mengatakan klien tidur siang sekitar jam 12.00-14.00 wib, dan malam hari pada jam 20.00-06.00 wib. Di Rumah Sakit : Pada saat pengkajian, Ibu klien mengatakan anaknya hanya rewel kesulitan untuk tidur.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
PEMERIKSAAN FISIK			
11.	Keadaan Umum Umunya pada anak yang mengalami kejang demam terlihat lemah dengan kesadaran letargi, coma dan apatis saat kejang berlangsung dan akan kembali normal atau compos metis saat kejang berhenti. Selain itu terdapat peningkatan resepsi, dan juga suhu (Nursalam, 2008)	Keadaan umum lemah, kesadaran composmetis, GCS E₄V₅M₆, terpasang infus Ka En 3B 1.100 cc/24 jam ditangan kiri TTV : S : 38,6 °C N : 100x/menit RR :24x/menit SpO₂ : 98%	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
12.	Kepala dan leher Pada pemeriksaan fisik kepala anak dengan kejang demam, umumnya ditemukan bentuk kepala normal tanpa deformitas atau trauma, kulit kepala dapat tampak kemerahan akibat demam, berkerlingat berlebihan, serta pada anak <18 bulan perlu diperhatikan ubun-ubun yang normalnya datar atau	Bentuk kepala normal, penyebaran rambut merata, rambut warna hitam, tidak ada deformitas, tampak berkerlingat.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

	sedikit cekung, namun jika menonjol dapat mengindikasikan peningkatan tekanan intrakranial yang memerlukan evaluasi lebih lanjut (Ngastiyah, 2005). Umumnya pada penderita dengan kejang demam tidak mengalami gangguan atau masalah yang signifikan pada leher (Ngastiyah, 2005)	Bentuk normal, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	
13.	Mata Pada anak yang mengalami kejang demam umumnya terjadi dilatasi pupil, periksa ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah (Ngastiyah, 2005)	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.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
14.	Hidung Pada anak dengan kejang demam, pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi adanya infesi saluran pernafasan atas (ISPA), yang merupakan penyebab umum terjadinya kejang demam, tanda-tanda seperti secret, kemerahan mukosa, hidung tampak bengkak dan napas cuping hidung (Hidayat & Suwondo, 2011)	Tidak ada pernafasan cuping hidung, septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat secret pada hidung, tidak ada kelainan dan tidak ada tanda-tanda infeksi lain seperti ISPA.	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
15.	Mulut Biasanya pada penderita kejang akibat meningkatnya suhu tubuh maka terjadi sianosis mukosa bibir, vomiting akibat dari peningkatan produksi saliva dan stomatitis (Kyle & Carman, 2015).	Tidak terjadi sianosis mukosa bibir, mukosa bibir kering, tidak terjadi vomiting dan juga stomatitis, reflek menelan baik	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
16.	Telinga Pada penderita kejang biasanya tidak mengalami masalah yang signifikan pada pendengaran seperti fungsi telinga, kebersihan telinga, serta apakah ada tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga (Ngastiyah, 2005).	Pendengaran klien baik, tampak bersih, tidak ada pembengkakan dan tidak ada nyeri.	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

17.	Thorax : Paru a. Inspeksi : Terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya retraksi intercostal, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : takipnea, dyspnea progresif, pernafasan dangkal, dada corong (pectus ekskavatum) dada burung (pectus karanatum), barrel chest b. Palpasi : Terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. c. Perkusi : Suara sonor d. Auskultasi : Suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi. Jantung a. Inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri b. Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah c. Perkusi : suara jantung terdengar pekak d. Auskultasi : takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup	Paru a. Inspeksi : Bentuk dada normal cest, tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal. b. Palpasi : Vocal fremitus teraba sama c. Perkusi : Suara paru sonor d. Auskultasi : Suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan Jantung a. Inspeksi : Bentuk dada normal cest, pulsasi normal di area precordium, tidak ada kelainan bentuk b. Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan c. Perkusi : Suara jantung pekak d. Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4 Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup, Tidak terdengar bunyi jantung tambahan	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
18.	Abdomen Inspeksi : bentuk abdomen datar, terdapat lesi atau tidak, terdapat bekas operasi atau tidak Auskultasi : biasanya tidak terdapat peningkatan peristaltic usus (normalnya 5-12x/menit) Palpasi : biasanya tidak terdapat kekakuan otot abdomen. Perkusi : suara abdomen <i>timpani</i> (Lumbangtobing, 2009)	a. Inspeksi : Perut datar, tidak terdapat lesi, tidak ada bekas luka b. Auskultasi : Bising usus terdengar 8x/menit c. Palpasi : Tidak ada benjolan/massa, tidak ada nyeri tekan d. Perkusi : Suara timpani	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
19.	Integumen Warna : pucat sampai sianosis	Warna : Tidak pucat (tidak terdapat sianosis) Kulit : Kering CRT : Kembali < 2 detik	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta

Suhu : hipertermi atau peningkatan suhu tubuh diatas normal <36,5 °C.		Akral : Hangat				
Turgor : cenderung normal (Kembali < 2 detik) (Kyle & Carman, 2015).						
20.	Pemeriksaan Penunjang	Pemeriksaan Darah Lengkap	Hasil	Unit	Nilai Rujukan	Tidak terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
a)	Glukusa Darah	Hemoglobin	12.2	g/dL	10.7-14.7	
	Hipoglikemia merupakan faktor predisposisi kejang (N<200mq/dl).	Leukosit	13.8	10^3/ul	5.5 – 15.5	
b)	BUN	Trombosit	493	10^3/ul	229 - 553	
	Peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi neprotocsic akibat dari pemberian obat.	Hematokrit	38.1	%	31.0 – 34.0	
c)	Elektrolit (K, Na)	Eritrosit	4.87	Juta/uL	3.70 – 5.70	
	Ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang. Kalium (Normal=3,80-5,00 mq/dl) dan Natrium (Normal=135-144 mq/dl).	MCV	78.2	fL	72.0 – 88.0	
		MCH	25.1	pg	23.0 – 31.0	
		MCHC	32.0	g/dl	32.0 – 36.0	
d)	Cairan Cerebro Spinal (CCS)	RDW	12.8	%	11.0 – 16.0	
	Mendeteksi tekanan abnormal dari CCS, tanda infeksi, perdarahan penyebab kejang.	PDW	10.2	fL	9.0 – 17.0	
e)	Skull Ray	MPV	8.5	fL	8.0 – 11.0	
	Untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi pada otak.	Neu%	72.6	%	25.0 – 60.0	
f)	EEG	Lym%	21.8	%	25.0 – 50.0	
	Teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui focus aktivitas kejang.	Mxd%	5.6	%	1.0 – 6.0	
		Neu#	9.2	10^3/ul	1.4 – 6.6	
g)	CT Scan	Lym#	2.7	10^3/ul	1.0 – 5.5	
	Untuk mengidentifikasi lesi cerebral infaik hematoma, cerebral edema, trauma, abses, tumor dengan dengan atau tanpa kontras (Mahyar, 2010).	Mxd#	0.7	10^3/ul	<1.0	

21.	Diagnosa Keperawatan Hipertermi Bersihan jalan nafas tidak efektif Resiko cedera Defisit pengetahuan Resiko infeksi Risiko perfusi jaringan cerebral tidak efektif Resiko kejang berulang	Hasil pengkajian dan observasi pada tanggal 13 Maret 2025 ditegakkan diagnosa a. Hipertermi b/d proses penyakit (reaksi infeksi) b. Resiko kejang berulang b/d peningkatan suhu tubuh	Terdapat kesenjangan antara teori dan fakta
22.	Intervensi keperawatan Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien atau tindakan yang harus dilakukan perawat. Intervensi dilakukan untuk membantu klien mencapai hasil yang diharapkan (Rusmiyati, 2014).	Sesuai dengan yang disusun penulis	Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh pasien
23.	Implementasi keperawatan Implementasi adalah tahap yang mengarah pada pelaksanaan Tindakan atau intervensi keperawatan yang telah disusun selama tahap perencanaan. Tindakan ini mencakup pengelolaan masalah Kesehatan pasien yang melibatkan pengamatan, pemberian obat, dan pemberian terapi lainnya (Nursalam, 2015).	Tindakan atau implementasi di lakukan pada saat penelitian pada klien dan mengacu pada intervensi yang telah dibuat sesuai dengan teori yang ada namun tidak semua intervensi dapat dilakukan karena di sesuaikan dengan kondisi klien	Dari semua perencanaan yang dibuat. Peneliti melakukan Tindakan sesuai intervensi, akan tetapi tidak semua perencanaan dapat dilakukan, disesuaikan dengan kondisi klien
24.	Evaluasi keperawatan Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa semua proses keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil di buat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing) (Rusmiyati, 2010).	Pada waktu di lakukan evaluasi selama 3 hari, klien mengalami keadaan membaik. Di hari pertama klien masih panas dengan suhu 37,8 °C dan akral hangat, di hari kedua klien panasnya masih naik turun dengan suhu 37,6 °C, setelah dimasukan paracetamol 150 mg pada jam 16.00 wib panasnya turun menjadi 37.2 °C, dan di hari ketiga klien sudah membaik dengan suhu 36,5 °C.	Hal ini dilakukan Tindakan yang sama selama 3 hari. Klien mengalami proses penyembuhan dan dihari terakhir klien mengalami penurunan suhu dengan suhu dalam batas normal

4.3 Pembahasan

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

4.3.1 Pengkajian Klien

Dari hasil pengkajian didapatkan kesenjangan pada bagian

1. Riwayat kehamilan dan persalinan

Hasil penelitian didapatkan informasi berupa pada riwayat **prenatal**, Ibu klien mengatakan pada trimester pertama ibu mengkonsumsi makanan sesuai anjuran dan tidak mengkonsumsi zat berbahaya, selama kehamilan tidak ada masalah atau gangguan seperti hipertensi. Tetapi ibu memiliki riwayat kejang demam pada umur 2 tahun. Tempat periksa selama hamil ke dokter. Ibu klien mengatakan selama hamil periksa kandungannya sebanyak 8x tepatnya setiap bulan sekali. Pada riwayat **Natal**, Ibu klien mengatakan saat melahirkan klien secara SC (Sectio Caesarea) di RSUD Muhammadiyah Tulungagung, bayi lahir langsung menangis. Pada riwayat **post natal**, Ibu klien mengatakan saat lahir anaknya baik dan sehat dengan berat 2 kg 6 gram dan panjang 48 cm. Usia kehamilan cukup bulan (39 minggu).

Berdasarkan teori menurut Arif (2014), Pada masa **pre natal**, berbagai faktor dapat mempengaruhi perkembangan janin, termasuk asupan nutrisi ibu pada trimester pertama, penyakit selama kehamilan yang menyertai seperti hipertensi, panas saat masa kehamilan, atau

bahkan memiliki riwayat kejang dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin dalam rahim dan beresiko tinggi penyebab kejang demam pada anak. Pada masa **natal**, persalinan dengan bantuan alat yang dapat mempengaruhi fungsi dan maturitas organ. Pada masa **post natal** apgar skor <6 berhubungan dengan asfiksia, resusitasi, atau bahkan anak yang lahir belum cukup bulan atau prematur memiliki resiko 10 kali lebih besar untuk menderita bangkitan kejang demam dibandingkan dengan anak yang lahir cukup bulan.

Dari hasil pengkajian yang dilakukan, fakta di lapangan menunjukkan bahwa kehamilan ibu klien berlangsung cukup bulan, tanpa adanya gangguan seperti hipertensi atau masalah nutrisi. Hal ini berbeda dengan teori yang menyebutkan bahwa gangguan selama kehamilan dapat menjadi faktor risiko kejang demam. Namun, adanya riwayat kejang demam pada ibu saat kecil mendukung bagian teori yang menyebutkan bahwa faktor genetik juga memiliki peran. Dengan demikian, fakta dan teori dalam kasus ini saling melengkapi dan memperjelas bahwa kejadian kejang demam tidak selalu berakar pada kondisi kehamilan yang bermasalah, melainkan bisa dipengaruhi oleh faktor lain seperti riwayat keluarga.

2. Pola nutrisi

Hasil penelitian didapatkan informasi berupa ibu klien mengatakan tidak adanya kesensitifan terhadap makanan yang dapat memicu kejang, tidak adanya *hiperplasi gingiva* pada klien. Pada saat

pengkajian ibu klien mengatakan anaknya belum mau makan, minum 1 botol susu formula $\pm$ 50 ml dan minum $\frac{1}{2}$ gelas air putih $\pm$ 100 ml.

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

Peneliti berasumsi bahwa klien mengalami kejang karena adanya demam, sehingga tidak berhubungan dengan penyebab lain, seperti makanan ataupun *hiperplasi gingiva*. Saat anak demam, suhu tubuh yang tinggi bisa mengganggu keseimbangan elektrolit yang membuat saraf menjadi lebih mudah terangsang dan memicu kejang. Dengan demikian, meskipun anak makan makanan seperti biasa tidak menjadi penyebab kejangnya.

3. Pola eliminasi

Faktanya saat pengkajian didapatkan bahwa **Dirumah** : Ibu klien mengatakan anaknya BAB 1x/hari, warna feses coklat kekuningan, lunak, bau khas feses. Sedangkan BAK 5-6x/hari dengan output $\pm$ 500-600 cc/hari, warna kuning jernih bau khas urin. **Di Rumah Sakit** : Saat dikaji klien belum BAB dari masuk RS sampai pengkajian, sedangkan BAK menggunakan pampers dengan total output $\pm$ 100 cc, warna kuning jernih, bau khas urin.

Secara teori pola eliminasi meliputi BAB Penderita kejang demam akan mengalami inkontinensia, sedangkan BAK Biasanya pada penderita kejang demam tidak mengalami kondisi yang bermasalah pada saat BAK (Kyle & Carman, 2015).

Dari uraian tersebut didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Secara teori, pasien dengan kejang demam berisiko mengalami inkontinensia (kondisi ketidakmampuan menahan atau mengontrol pengeluaran urin atau feses). Namun, pada saat dilakukan pengkajian, pasien sudah berada dalam kondisi pascakejang (post-ictal) dan tidak ditemukan adanya tanda-tanda inkontinensia. Pasien belum buang air besar selama kurang lebih 4 jam selama berada di rumah sakit, namun durasi tersebut masih dalam batas normal dan tidak menunjukkan adanya gangguan eliminasi.

4. Pemeriksaan Mata

Hasil penelitian didapatkan informasi saat pengkajian pada pemeriksaan mata, didapatkan 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.

Menurut Ngastiyah (2005), Pada anak yang mengalami kejang demam umumnya terjadi dilatasi pupil, periksa ketajaman penglihatan, gerakan mata dan bola mata cepat, reflek cahaya turun dan konjungtiva merah.

Peneliti berasumsi bahwa klien tidak mengalami kejadian tersebut, dikarenakan pada saat pengkajian dilakukan, pasien sudah berada dalam fase pasca kejang, sehingga pupil tampak normal, reaktif terhadap cahaya dan tidak menunjukkan tanda-tanda dilatasi. Hal ini berkaitan dengan waktu pengkajian yang tidak dilakukan saat kejang berlangsung, sehingga tanda-tanda klinis yang muncul selama fase aktif kejang tidak dapat diamati secara langsung.

5. Pemeriksaan Hidung

Hasil penelitian didapatkan informasi saat pengkajian pada pemeriksaan hidung didapatkan, Tidak ada pernafasan cuping hidung, septum nasi tepat ditengah, tidak terdapat secret pada hidung, tidak ada kelainan dan tidak ada tanda-tanda infeksi lain seperti ISPA.

Menurut Hidayat & Suwondo (2011), Pada anak dengan kejang demam, pemeriksaan dilakukan untuk mendeteksi adanya infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), yang merupakan penyebab umum terjadinya kejang demam, tanda-tanda seperti secret, kemerahan mukosa, hidung tampak bengkak, dan napas cuping hidung.

Peneliti berasumsi bahwa, kondisi ini menunjukkan bahwa kejang demam pada anak tidak selalu disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan atas seperti yang disebutkan dalam teori. Kasus ini memperlihatkan bahwa kejang demam dapat terjadi tanpa adanya tanda-tanda infeksi pada pemeriksaan fisik hidung. Hal ini membuka pemahaman bahwa selain ISPA, penyebab demam bisa berasal dari infeksi lain atau faktor risiko lain, seperti riwayat keluarga, mengingat

ibu klien memiliki riwayat kejang demam saat kecil. Dari sini dapat disimpulkan bahwa tidak semua kasus kejang demam disertai gejala infeksi pada sistem pernapasan atas, dan oleh karena itu pemeriksaan harus mencakup area yang lebih luas, tidak hanya terfokus pada satu organ atau sistem.

6. Pemeriksaan Mulut

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

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

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

7. Pemeriksaan Thorax

Hasil penelitian didapatkan informasi saat pengkajian pada pemeriksaan **paru**, didapatkan kesenjangan antara teori dan fakta. Pada klien An. J didapatkan hasil, Inspeksi : Bentuk dada normal cest,

tidak ada pernafasan retraksi intercostal, pernafasan dangkal, Palpasi : Vocal fremitus teraba sama di semua lapang paru, Perkusi : Suara paru sonor, Auskultasi : suara vesikuler. Tidak terdengar suara nafas tambahan.

Dan pada pemeriksaan **Jantung** didapatkan, Inspeksi : Bentuk dada normal cest, pulsasi normal di area precordium, tidak ada kelainan bentuk, Palpasi : Ictus cordis teraba pada ICS V mid clavikula kiri selebar 1 cm, tidak ada nyeri tekan, Perkusi : Suara jantung pekak, Auskultasi : Bunyi jantung 1 terdengar di ICS 4, Bunyi jantung 2 terdengar di ICS 2 kanan dan kiri, Bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lup-dup-lup-dup, tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

Sedangkan menurut Ngastiyah (2005) pemeriksaan pada **paru**, Inspeksi : terjadi peningkatan jumlah frekuensi respirasi, irama regular, adanya *retraksi intercostal*, kedalaman dan upaya bernafas antara lain : *takipnea*, *dyspnea progresif*, pernafasan dangkal, dada corong (*pectus ekskavatum*) dada burung (*pectus karanatum*), *barrel chest*. Palpasi : terabanya kedalaman pernafasan, vocal teraba pada semua lapang paru. Perkusi : suara sonor. Auskultasi : suara pernafasan yang meningkat intensitasnya, suara nafas tambahan yang sering muncul ronchi. Pada pemeriksaan **Jantung**, Inspeksi : tidak ada pembesaran pada dada sebelah kiri. Palpasi : kemungkinan terdapat nyeri tekan jika keadaan penyakit semakin parah. Perkusi : suara jantung terdengar pekak. Auskultasi : takikardi, bunyi jantung 1 dan bunyi jantung 2 terdengar lupdup.

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

4.3.2 Diagnosa Keperawatan

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

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

Dari hasil penelitian, penulis berpendapat bahwa adanya kesenjangan antara fakta dan teori karena diagnosa yang muncul disesuaikan dengan data yang diperoleh dan keadaan klien pada saat dilakukan pengkajian.

4.3.3 Intervensi

1. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (reaksi infeksi)

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan suhu tubuh kembali normal dengan kriteria hasil:

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

Rencana Tindakan

Obervasi

- a. Monitor suhu tubuh

Terapeutik

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

Edukasi

- h. Anjurkan tirah baring

Kolaborasi

- i. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit, jika perlu
2. Resiko tinggi kejang berulang berhubungan dengan peningkatan suhu tubuh.

Tujuan : Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 3x24 jam

diharapkan tidak terjadi kejang berulang dengan kriteria

hasil :

- a. Tidak terjadi serangan kejang berulang
- b. Suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5°C).
- c. Kesadaran composmentis
- d. Respirasi dalam rentang normal

Rencana Tindakan

Observasi

- a. Monitor tanda tanda vital

Terapeutik

- b. Berikan seka air hangat jika dibutuhkan untuk mengurangi demam
- c. Berikan pengaman pada sisi tempat tidur

Edukasi

- d. Anjurkan keluarga memantau dan mangawasi kondisi klien

Kolaborasi

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

Berdasarkan kondisi klien dengan kejang demam muncul dua diagnosa keperawatan 14 intervensi yang menyertai. Peneliti berpendapat bahwa kondisi klien saat dikaji tidak terjadi kejang sehingga mendapat penanganan yang adekuat. Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul sesuai dengan teori yang ada. Intervensi yang dicantumkan disesuaikan dengan keadaan yang diperlukan oleh klien.

4.3.4 Implementasi

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

4.3.5 Evaluasi

Di dalam penelitian ini, penulisan evaluasi menggunakan catatan perkembangan SOAP untuk memudahkan memantau perkembangan klien. Peneliti melaksanakan evaluasi keperawatan pada klien selama tiga hari. Hasil dari evaluasi di hari pertama klien masih panas dengan suhu 37,8 °C dan akral hangat, di hari kedua klien panasnya masih naik turun dengan suhu 37,6 °C, setelah dimasukan paracetamol 150 mg pada jam 16.00 wib panasnya turun menjadi 37.2 °C, dan di hari ketiga klien sudah membaik dengan suhu 36,5 °C. Pelaksanaan evaluasi menurut (Rusmiyati, 2010).

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan, dimana perawat mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah diberikan untuk memastikan bahwa hasil yang diharapkan telah dicapai. Selain itu, evaluasi juga digunakan untuk memeriksa

semua proses keperawatan. Kerangka pembuatan kriteria hasil di buat dalam bentuk SOAP (Subyektif, Obyektif, Assesment, Planing).

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

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis penelitian asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek yang telah dilaksanakan mulai tanggal 13 Maret 2025 sampai dengan 15 Maret 2025 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

5.1.1 Pengkajian

Setelah dilakukan pengkajian pada penderita Kejang Demam terdapat beberapa kesenjangan antara teori dan fakta yang peneliti temukan saat dilapangan. Kesenjangan tersebut adalah pada Riwayat kehamilan dan persalinan, pola eliminasi, pola eliminasi, pemeriksaan mata, pemeriksaan hidung, pemeriksaan mulut, dan pemeriksaan thorax dan juga jantung.

5.1.2 Diagnosa

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

5.1.3 Intervensi

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

5.1.4 Implementasi

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

5.1.5 Evaluasi

Pada tahap evaluasi secara umum kondisi pasien mulai menunjukkan tanda-tanda baik. Pelaksanaan evaluasi pada pasien dilakukan selama tiga hari. Di hari pertama klien masih panas dengan suhu 37,8 °C dan akral hangat, di hari kedua klien panasnya masih naik turun dengan suhu 37,6 °C, setelah dimasukan paracetamol 150 mg pada jam 16.00 wib panasnya turun menjadi 37.2 °C, dan di hari ketiga klien sudah membaik dengan suhu 36,5 °C.

5.1.6 Analisa data antara teori dan fakta

Setelah dilakukan analisis kesenjangan antara teori dan fakta terdapat kesenjangan pada pengkajian yang meliputi riwayat kehamilan dan persalinan, pola nutrisi, pemeriksaan mata, pemeriksaan mulut, dan pemeriksaan thorax dan juga jantung, serta terdapat kesenjangan fakta dan teori pada diagnosa keperawatan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Institusi Rumah Sakit

Dari hasil penelitian bagi institusi rumah sakit diharapkan dapat melaksanakan asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam

dengan masalah hipertermi dan resiko terjadinya kejang berulang, serta dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

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

5.2.3 Bagi Peneliti

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

5.2.4 Bagi Klien dan keluarga

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

5.2.5 Bagi Peneliti yang akan datang

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

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. &. (2022). Kejang Demam. *Scientific Journal*, 329-330.
- Budi, I. S. (2021). Hubungan pengetahuan ibu denagn penanganan kejang demam berulang di ruang anak rumah sakit islam sunan kudus. *Jurnal Profesi Keperawatan*, 2.
- Damanik, S. M. (2019). *Buku Materi Pembelajaran Keperawatan Anak*. Jakarta: BMP.UKI : SDM.ES-29-KA-PK-2019.
- Depkes. (2019). *Laporan Tugas Akhir*, 3.
- Ferasinta, d. (2022). *Konsep Dasar Keperawatan Anak*. Aceh: Yayasan penerbit muhammad Zaini.
- Hapsari, V. d. (2023). *Bunga rampai keperawatan anak*. Cilacap: PT. Media Pustaka Indo.
- Hardani, H. d. (2020). *Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif*. Yogyakarta: CV Pustaka Ilmu.
- Hidayat. (2014). *Metodologi penelitian keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indrayanti, N. &. (2019). Peningkatan kemampuan orangtua dalam penanganan pertama kejang demam pada anak. *Jurnall peduli masyarakat*, 9.
- Irdawati. (2017). Kejang demam dan penatalaksanaanya. *Jurnal berita ilmu keperawatan*, 144-145.
- Kartika & Netty, E. (2024). *Bahan ajar keperawatan anak*. Yogyakarta: DEEPUBLISH.

- Kusyani, A. R. (2022). *Asuhan Keperawatan Anak dengan Kejang Demam dan Diare*. NEM.
- Kyle, T., & Carman, S. (2015). *Keperawatan Pediatri*. Jakarta: EGC.
- Lesari, Y. S. (2022). *Keperawatan Anak 1*. Pekalongan: CV. Pustaka Indonesia,.
- Maghfirah & Namira, I. (2022). Kejang Demam Kompleks. *Jurnal kedokteran dan kesehatan malikusaleh*, 77.
- Maghfirah, M. &. (2022). Kejang Demam Kompleks. *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 71.
- Maghfirah, N. I. (2022). Kejang Demam Kompleks. *Jurnal kedokteran dan kesehatan malikusaleh vol. 8*, 71.
- Mahyar. (2010). *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi 2. Jilid 1* . Jakarta: Media Aesculapius.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Ngastiyah. (2015). *Perawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Jakarta: Ilmu Kesehatan Anak.
- Nursalam. (2015). *Proses Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Nursalam. (2015). *Proses Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olfah, Y. &. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta Selatan.
- Perdana, S. (2022). Penanganan Kejang Demam pada Anak. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional* , 699.
- Putra, H. R. (2014). Putra, H. R., Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Kejang Demam Dengan Penanganan Kejang Demam Pada Anak Di Instalasi Rawat Darurat Anak (Irda) Dan Ruang Perawatan Intensif . *Jurnal Keperawatan*, 2.
- Rantina, M. H. (2020). *BUKU PANDUAN STIMULASI DAN DETEKSI DINI TUMBUH KEMBANG ANAK USIA (0-6) TAHUN*. Tasikmalaya: EDU PUBLISHER.
- Rofiqoh, S. (2014). Tingkat kecemasan ibu pada anak kejang demam. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*.
- Rusmiyati. (2010). *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Setiawati. (2020). PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG PENANGANAN KEJANG DEMAM TERHADAP SELF EFFICACY IBU DI RUMAH SAKIT . *Malahayati Nursing Journal*, 2.
- Siallagan, A. S. (2023). GAMBARAN PENGETAHUAN ORANGTUA TERHADAP PENANGANAN KEJANG DEMAM PADA ANAK DI RUMAH SAKIT SANTA ELISABETH BATAM KOTA TAHUN 2022. . *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 2.

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

Vita, D. S. (2023). *Jurnal medika husada*, 50-51.

Vita, D. S. (2023). Efektifitas Penurunan Suhu Tubuh Subfebris Pada Anak Kejang Demam Dengan Menggunakan Kompres Hangat Di Ruang Rawat Inap Gardenia RSUD M.Sani . *Jurnal medika husada*, 51-52.

Widiyanto, M. M. (2023). Pengaruh pendidikan kesehatan tentang kejang demam terhadap peningkatan keterampilan ibu dalam memberikan pertolongan pertama pada anak kejang demam di desa blukon kabu[aten lumajang. *Jurnal rumpun ilmu kesehatan*, 330.

*Lampiran 1***LEMBAR INFORM CONSENT**

Nama saya Sel Fia Dwi Yunika. Saya adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Trenggalek mengharap partisipasi klien sebagai responden dalam penelitian saya yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek" dan juga mengharapkan tanggapan serta jawaban yang diberikan sesuai dengan keluhan yang klien rasakan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan jawaban dan identitas klien serta informasi yang klien berikan hanya akan dipergunakan untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

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

Trenggalek, 13 Maret 2025



(Sukma Rahi P.....)

*Lampiran 2***LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya wakil/pasien yang telah membaca dan memahami maksud dan tujuan serta manfaat penelitian dari Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang Prodi D3 Keperawatan Kampus Kabupaten Trenggalek yang bernama Sel Fia Dwi Yunika yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1 – 5 Tahun Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek" saya dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan menyetujui apabila saya dijadikan responden dan saya sebagai wakil/pasien bersedia menandatangani surat persetujuan ini.

Trenggalek, 13 Maret 2025



(Sukma Ratih P.....)

Lampiran 3



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, 24 Februari 2025

Nomor: DP.04.03/F.XIII.15.5/105/2025

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 : SEL FIA DWI YUNIKA

NIM : P17240224091

Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Anak Usia 1 – 5 Tahun Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

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

Demikian agar menjadikan periksa dan 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 4



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, 08 Maret 2025

Nomor : 000.9/ 101 /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.15.5/105/2025 tanggal 24 Februari 2025 perihal Permohonan Penelitian dan Pengambilan Data, maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat memberikan izin kepada:

Nama : SEL FIA DWI YUNIKA
 NIM : P17240224091
 Program Studi : D-III Keperawatan
 Institusi Asal : Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Trenggalek

untuk melaksanakan Penelitian berjudul **"Asuhan Keperawatan pada Anak Usia 1-5 Tahun dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek"**. Adapun ketentuan yang harus dipenuhi peneliti, sebagai berikut:

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

Demikian atas kerja sama yang baik disampaikan terima kasih.

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

SUJONO, SST, M.Kes
 Pembina: S P
 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 5

FORMAT ASUHAN KEPERAWATAN ANAK**A. PENGKAJIAN**

01. Biodata pasien :.....
- a. Nama :.....
- b. Umur :.....
- c. Jenis kelamin :.....
- d. Dx. Medis :.....
- e. Reg :.....
- f. Tgl pengkajian :.....
02. Biodata keluarga :.....
1. Nama ayah :.....
- a. Umur :.....
- b. Agama :.....
- c. Pendidikan :.....
- d. Pekerjaan :.....
- e. Suku bangsa :.....
- f. Alamat :.....
2. Nama ibu :.....
- a. Umur :.....
- b. Agama :.....
- c. Pendidikan :.....
- d. Pekerjaan :.....
- e. Suku bangsa :.....
- f. Alamat :.....
3. Keluhan utama :
- a. Saat MRS :.....
- b. Saat dikaji :.....
4. Riwayat penyakit sekarang :.....
-

5. Riwayat 124esehatan yang lalu :.....
.....
6. Riwayat kehamilan dan persalinan :
 - a. Prenatal :
.....
 - b. Natal :
.....
 - c. Post Natal :
.....
7. Riwayat pertumbuhan dan perkembangan :
 - a. Pertumbuhan :.....
 - b. Perkembangan :.....
8. Riwayat imunisasi :.....
9. Riwayat pemberian nutrisi :.....
10. Riwayat 124esehatan keluarga dan genogram:

.....

Genogram :
11. Riwayat psikososial :.....
12. Riwayat sosial budaya :.....
13. Riwayat spiritual :.....
14. Pola kebiasaan sehari – hari :

No.	Pola sehari – hari	Di rumah	Di RS
1.	Nutrisi	..... ..... .....	..... ..... .....

2.	Eliminasi	.....	.....
			
			
			
			
3.	Istirahat / tidur	.....	.....
			
			
			
			
4.	Aktivitas	.....	.....
			
			
			
5.	Personal hygiene	.....	.....
			
			

Pemeriksaan Fisik :

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

9. Leher

10. Dada

Paru :

a. Inspeksi

b. Palpasi

c. Perkusi

d. Auskultasi

Jantung :

a. Inspeksi

b. Palpasi

c. Perkusi

d. Auskultasi

11. Perut

a. Inspeksi

b. Auskultasi

c. Palpasi

d. Perkusi

12. Genetalia dan anus

.....

13. Ekstremitas

.....

.....

B. Integumen

.....

.....

C. Neurologi

.....

.....

Pemeriksaan penunjang:

.....

.....

Penatalaksanaan terapi :

.....
.....
.....

Trenggalek,.....

NIM.

ANALISA DATA

NO.	DATA	MASALAH	ETIOLOGI

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tgl Teratasi	Tanda Tangan

E. INTERVENSI

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

F. IMPLEMENTASI

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

E. EVALUASI

NO.	Tanggal / Jam	Diagnosa	Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Tgl / Jam	No. Dx	Implementasi	Evaluasi

Lampiran 6



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
 Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS
ILMIAH

Nama Mahasiswa : Sel Fia Dwi Yunika

NIM : P17240224091

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1 – 5 Tahun Dengan Kejang Demam di Ruang Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Nama Pembimbing : Ns. Tunik, S.Kep., M.Kep.

NO	TANGGAL	CATATAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	Rabu 01-01-2025	Pengajuan judul KTI	
2.	Senin 06-01-2025	Merevisi judul KTI ditambahkan rentang usia 1-5 tahun BAB 1 1. Alinea 1 menambahkan penanganan pada kejang demam dan mengurangi definisi kejang demam serta menambahkan peran asuhan keperawatan. 2. Memperbaiki penulisan 3. Revisi Alinea 2 diganti tahun yang terbaru	
3.	Rabu 08-01-2025	BAB 2 1. Diagnosis keperawatan sesuaikan dengan cara penulisan diagnosis keperawatan meliputi 3 hal, PES 2. Intervensi buat kolom biar lebih komunikatif	
4.	Jumat 10-01-2025	BAB 3 1. Partisipan tuliskan dengan jelas	

		2. Belum ada prosedur pengumpulan data	
5.	Senin 13-01-2025	BAB 2 1. Konsep asuhan keperawatan sesuai dengan kejang demam 2. Font pada intervensi dikecilkan 3. Pada tahap tumbuh kembang difokuskan usia 1-5 tahun 4. Revisi Pathway	
6.	Rabu 15-01-2025	Revisi BAB 2 1. Menambahkan nomor diagnose 2. Urutan poin disesuaikan dengan format	
7.	Senin 20-01-2025	Revisi BAB 3 1. Revisi Batasan istilah 2. Melengkapi partisipan 3. Penyebutan pasien diganti dengan keluarga	
8.	Kamis 23-01-2025	1. ACC 2. Siapkan PPT 3. Persiapan Sempro	
9.	Senin 21-04-2025	Revisi BAB 4 1. Riwayat perkembangan untuk motoric halus, motoric kasar, personal sosial dan Bahasa dijelaskan sendiri-sendiri 2. Riwayat sosial budaya dijelaskan lebih lengkap 3. Pada DS untuk diagnose ke-2 ditambahkan suhu badan.	
10.	Selasa 22-04-2025	Revisi BAB 4 1. SLKI ditambahkan 2. Pada hasil analisis antara teori dan fakta bagian Riwayat kehamilan dan persalinan dan pemeriksaan mata terdapat kesenjangan, dilengkapi lagi	

11.	Kamis 24-04-2025	Revisi BAB 4 1. Riwayat perkembangan pada personal sosial dibenarkan 2. Revisi pada hasil pengkajian teori dan fakta bagian pola nutrisi Revisi BAB 5 1. Menambah tujuan poin ke 6 menganalisis kesenjangan teori dan fakta	
12.	Selasa 29-04-2025	ACC Persiapkan ujian hasil	
13.	Senin 05-05-2025	Sidang Seminar Hasil Karya Tulis Ilmiah	
14.	Selasa 20-05-2025	ACC KTI	

Lampiran 7



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KARYA TULIS
ILMIAH

Nama Mahasiswa : Sel Fia Dwi Yunika

NIM : P17240224091

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Anak Usia 1 – 5
 Tahun Dengan Kejang Demam di Ruang
 Dahlia RSUD dr. Soedomo Trenggalek

Nama Penguji : Ns. Rahayu Niningasih , S.Kep., M.Kes.

NO	TANGGAL	CATATAN PENGUJI	TANDA TANGAN
1.	Rabu 13-02-2025	- Bahasa asing cetak miring - BAB 3 direvisi	
2.	Senin 17-02-2025	Definisi deskriptif kualitatif	
3.	Rabu 18-02-2025	ACC Proposal KTI	
4.	Jumat 15-05-2025	Revisi sesuai saran	
5.	Senin 23-05-2025	ACC KTI	