# KARYA TULIS ILMIAH

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL PASURUAN


**Oleh :**

**FITRIA ISNAINI RAMADHANI**

**1701034**


**PROGRAM DIII KEPERAWATAN**

**AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

**SIDOARJO**

**2020**

# KARYA TULIS ILMIAH

## ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.H DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL PASURUAN

**Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh Gelar**
**Ahli Madya Keperawatan (Amd. Kep)**
**di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo**


**Oleh :**

**FITRIA ISNAINI RAMADHANI**

**1701034**


**PROGRAM DIII KEPERAWATAN**

**AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

**SIDOARJO**

**2020**

# SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fitria Isnaini Ramadhani

NIM : 1701034

Tempat, Tanggal Lahir : Sidoarjo, 12 Januari 1999

Institusi : Akademi Keperawatan Kerta Cendekia

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah berjudul: "**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK "H" DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL**" adalah bukan Karya tulis ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Sidoarjo, 20 Mei 2020

Yang Menyatakan,

**Fitria Isnaini Ramadhani**

**NIM. 1701034**

Mengetahui,

Pembimbing 1

**Riesmiyatiningdyah.S.kep.Ns.M.kes**

**NIDN. 0725027901**

Pembimbing 2

**Ns. Meli Diana,S.kep.M.kes**

**NIDN. 0724098402**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

Nama : Fitria Isnaini Ramadhani

Judul: Asuhan Keperawatan Pada Anak "H" Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam di Ruang Ashoka RSUD Bangil Pasuruan.

Telah di setujui untuk diajukan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah pada

Tanggal: 12 Juni 2020

Oleh,

| Pembimbing 1 | Pembimbing 2 |
|---|---|
| **Riesmiyatiningdyah.S.kep.Ns.M.kes** | **Ns. Meli Diana,S.kep.M.kes** |
| **NIDN. 0725027901** | **NIDN. 0724098402** |

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

**Agus Sulistyowati,S.Kep,M.Kes**

**NIDN.0703087801**

## HALAMAN PENGESAHAN

Telah diuji dan disetujui oleh Tim Penguji pada sidang di Program D3 Keperawatan di Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.

Tanggal :12 Juni 2020

TIM PENGUJI

| | | Tanda tangan |
|---|---|---|
| Ketua Penguji | : Ns. Faida Annisa,S.Kep.M.NS | …….. |
| Anggota Penguji 1: | Ns.Meli Diana,S.kep.M.Kes | …… |
| Anggota Penguji 2 : | Ns.Riesmiyatiningdyah.S.kep.M.kes | …… |

Mengetahui,

Direktur

Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo

AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA SIDOARJO

**Agus Sulistyowati, S.kep, M.Kes**

**NIDN. 0703087801**

# MOTTO

*Allah meninggikan orang-orang yang beriman diantara kamu dan orang-orang yang berilmu pengetahuan beberapa derajat dan Allah Maha mengetahui apa yang kamu kerjakan.*

*(Al-Mujadillah:11)*

*Kerendahan hati mampu menuntun pada kekuatan bukan pada titik kelemahan, mengakui kesalahan dan melakukan perubahan atasn kesalahan merupakan bentuk tertinggi dari penghormatan pada diri sendiri.*

## LEMBAR PERSEMBAHAN

Dengan segala puja dan puji syukur kepada Tuhan yang Maha Esa dan atas dukungam dan do'a dari orang-orang tercinta. Akhinya Karya Tulis Ilmiah ini dapat dirampungkan dengan baik dan tepat pada waktunya. Oleh karena itu, dengan rasa bangga dan bahagia saya khaturkan rasa syukur dan terimakasih saya kepada:

Allah SWT , Karena hanya atas izin dan karunianyalah maka skripsi ini dapat dibuat dan selesai pada waktunya. Puji syukur yang tak terhingga pada tuhan penguasa alam yang meridhoi dan mengabulkan segala do'a.

Ayah dan ibu tercinta yang selalu memberi dukungan secara moril, materi dan selaku mendoakan sehingga semuabisa berjalan lancar.

Kakakku zulvita yang selalu mendukung dan juga menghiburku dikala menghadapi kesulitan dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah.

Riesmiyatiningdyah.S.kep.Ns.M.kes selaku pembimbing 1 dan Meli Diana,S.kep.Ns. M.kes selaku pembimbing 2, yang selama ini telah tulus ikhlas meluangkan waktunya untuk menuntun dan mengarahkan saya, memberikan bimbingan dan pelajaran yang tiada ternilai harganya, agar saya menjadi lebih baik. Terimakasih banyak bapak dan ibu dosen, jasa kalian akan selalu terpatri di hati.

Terimakasih yang sebesar-besarnya untuk kalian semua, akhir kata saya persembahkan Karya Tulis Ilmiah untuk kalian semua

## KATA PENGANTAR

Syukur Alhamdulillah kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik serta hidayah-Nya, sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Anak "H" Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam di Ruang Ashoka RSUD Bangil Pasuruan**" ini dengan tepat waktu.

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan berbagai pihak, untuk itu kami mengucapkan terimakasih kepada:

1. Tuhan yang Maha Esa atas rahmat dan hidayahnya saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan tempat waktu.
2. Ayah dan Ibu yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material selama penulisan Karya Tulis Ilmiah.
3. Ibu Agus Sulistyowati,Skep.M.kes selaku Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo
4. Ibu Riesmiyatiningdyah.S.kep.Ns.M.kes selaku pembimbing 1 dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Meli Diana,S.kep.M.kes selaku pembimbing II dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Para sahabat seperjuangan di Akper Kerta Cendekia Sidoarjo yang telah mendukung.
7. Pihak-pihak yang turut berjasa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Penulis sadar bahwa Karya Tulis Ilmiah ini belum mencapai kesempurnaan, sebagai bekal perbaikan, penulis akan berterima kasih apabila para pembaca berkenan memberikan masukan, baik dalam bentuk kritik maupun saran demi ke sempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Sidoarjo, 20 Mei 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

Sampul Depan ..... i
Lembar Pernyataan..... ii
Lembar Persetujuan..... iii
Lembar pengesahan ..... iv
Motto .....v
Lembar persembahan ..... vi
Kata Pengantar ..... vii
Daftar isi..... viii
Daftar Gambar.....x
Daftar Tabel ..... xi
Daftar lampiran ..... xiii

**BAB 1 PENDAHULUAN .....1**
1.1 Latar Belakang .....1
1.2 Rumusan Masalah .....3
1.3 Tujuan Penelitian .....3
1.3.1 Tujuan Umum .....3
1.3.2 Tujuan Khusus .....3
1.4 Manfaat Penelitian .....4
1.4.1 Akademis .....4
1.4.2 Praktis .....4
1.5 Metode Penulisan .....5
1.5.1 Metode .....5
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data .....5
1.5.3 Sumber Data .....5
1.5.4 Studi Kepustakaan .....6
1.6 Sistematika penulisan.....6
1.6.1 Bagian Awal .....6
1.6.2 Bagian Inti .....6
1.6.3 Bagian akhir.....6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....7**
2.1 Konsep Penyakit.....7
2.1.1 Pengertian Kejang Demam…… .....7
2.1.2 Penyebab Kejang Demam .....7
2.1.3 Jenis-jenis Kejang Demam.....8
2.1.4 Klasifikasi Kejang Demam .....9
2.1.5.Manifestasi Klinis .....9
2.1.6 Penatalaksanaan .....10
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang .....11
2.1.8 Komplikasi Kejang Demam.....12
2.1.9 Diagnosa Banding.....12
2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak.....13
2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang.....13
2.2.2 Tahapan Tumbuh Kembang Anak .....13

2.2.3 Ciri-ciri Tumbuh Kembang Anak .....19
2.2.4 Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak .....20
2.2.5 Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak .....21
2.2.6 Tahapan Pertumbuhan Bayi .....23
2.2.7 Tahapan Pertumbuhan Anak .....24
2.2.8 Perkembangan Social Anak .....26
2.2.9 Perkembnagn Psikoseksual Anak .....27
2.2.10 Perkembangan Psikososial Anak .....30
2.2.11 Perkembangan Moral Anak.....32
2.2.12 Perkembangan Kognitif Anak.....34
2.3 Konsep Dampak Masalah .....35
2.3.1 Kosep Hospitalisasi.....35
2.3.2 Dampak hospitalisasi pada anak usia sekolah.....35
2.3.3 Efek Hospitalisasi pada anak .....38
2.3.4 Reaksi orang tua terhadap hospitalisasi .....39
2.3.5 Konsep Solusi.....39
2.4 Konsep Asuhan Keperawatan .....41
2.4.1 Pengkajian.....41
2.4.2 Analisa Data.....47
2.4.3 Diagnosa Keperawatan.....47
2.4.4 Intervensi Keperawatan.....48
2.4.5 Implementasi.....59
2.4.6 Evaluasi.....59
2.4.7 Kerangka Masalah.....60

**BAB 3 TINJAUAN KASUS** .....61
3.1 Pengkajian.....61
3.2 Diagnosa Keperawatan .....72
3.3 Intervensi.....75
3.4 Implementasi.....78
3.5Catatan perkembangan.....82
3.6 Evaluasi.....84

**BAB 4 PEMBAHASAN .....86**
4.1 Pengkajian.....86
4.2 Diagnosa Keperawatan .....94
4.3 Intervensi.....96
4.4 Implementasi .....96
4.5 Evaluasi.....97

**BAB 5 PENUTUP.....98**
5.1 Kesimpulan .....98
5.2 Saran .....99
DAFTARN PUSTAKA .....101
LAMPIRAN

## DAFTAR GAMBAR


| No Gambar | Judul Gambar | Hal |
|---|---|---|
| Gambar 2.1 | Kerangka Masalah…… | 59 |
| Gambar 3.1 | Genogram keluarga An.H…… | 65 |

## DAFTAR TABEL


| No tabel | Judul Tabel | Hal |
|---|---|---|
| Tabel 2.1 | Perkembangan Anak Usia 13-24 bulan | 14 |
| Tabel 2.2 | Perkembangan Anak Usia 25-36 bulan | 16 |
| Tabel 2.3 | Perkembangan Anak Usia 36-48 bulan | 17 |
| Tabel 2.4 | Perkembangan Anak Usia 49-60 bulan | 18 |
| Tabel 2.5 | Perkembangan Anak Usia 61-72 bulan | 19 |
| Tabel 2.6 | Imunisasi Pada Anak | 43 |
| Tabel 2.7 | Hipertermi b.d Proses Demam | 48 |
| Tabel 2.8 | Resiko Keterlambatan Perkembangan b.d Gangguan Kejang | 50 |
| Tabel 2.9 | Resiko Aspirasi b.d Penurunan Reflek Muntah, Penurunan Kesadaran | 51 |
| Tabel 2.10 | Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak b.d Kejang | 53 |
| Tabel 2.11 | Defisiensi Pengetahuan b.d Ketidakmampuan Mengungkapkan Masalah | 55 |
| Tabel 2.12 | Resiko Jatuh b.d Penurunan Status Mental | 56 |
| Tabel 2.13 | Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun | 58 |
| Tabel 3.1 | Analisa Data Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil | 72 |
| Tabel 3.2 | Rencana tindakan keperawatan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil | 74 |
| Tabel 3.3 | Implementasi keperawatan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil | 77 |
| Tabel 3.4 | Implementasi Keperawatan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil | 79 |
| Tabel 3.5 | Catatan perkembangan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil | 81 |

Tabel 3.6 Evaluasi Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil……..83

## DAFTAR LAMPIRAN


| No Lampiran | Judul Lampiran | Hal |
|---|---|---|
| Lampiran 1 | Lembar Pengajuan Studi Kasus | 104 |
| Lampiran 2 | Surat balasan pengambilan studi kasus | 105 |
| Lampiran 3 | Lembar *Informed Consent* | 106 |
| Lampiran 4 | Satuan acara penyuluhan | 107 |
| Lampiran 5 | Leaflet kejang demam | 115 |
| Lampiran 6 | Lembar Konsul Pasca Proposal | 116 |

# BAB 1
# PENDAHULUAN

## 1.1 Latar Belakang

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Suhu badan yang tinggi ini disebabkan oleh kelainan ekstrakranial. Anak yang sebelumnya pernah mengalami kejang tanpa demam tidak digolongkan sebagai penderita kejang demam. Serangan kejang dapat terjadi satu kali, dua kali, tiga kali, atau lebih selama satu periode demam ( Sylvia A.price,2015). Pada umumnya orangtua panik ketika anaknya mengalami kejang demam. Masyarakat beranggapan penyakit kejang demam adalah penyakit 'Step'. Sehingga penyembuhannya dengan pemberian kopi atau diguyur air agar segera sadar ( Hazaveh,2011).

Badan Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2018 mengemukakan jumlah kasus kejang demam diseluruh dunia mencapai 18-34 juta kasus. Menurut laporan WHO angka kematian bayi dan anak di dunia yaitu 289.000 jiwa. Amerika serikat yaitu 9300 jiwa, Afrika utara 179.000 jiwa, dan Asia Tenggara 16.000 jiwa, angka kematian anak di Negara-negara asia tenggara yaitu 214 per 100.000 kelahiran hidup. Di Indonesia pada tahun 2018 terdapat 1800 jiwa kasus kejang demam (Wardiyah,2018). Kejadian kejang demam di provinsi Jawa Timur selama bulan Januari 2018 terjadi sebanyak 442 jiwa kasus kejang demam (Dinkes, 2018). Kasus Kejang demam di RSUD Bangil pasuruan sebanyak 43 penyakit pada bulan Januari-Oktober 2019 (Rekam medis RSUD Bangil,2019).

Penyebab kejang mencakup factor-faktor perinatal, malformasi otak kongenital, factor genetic, penyakit infeksi ( *ensefalitis, menginitis*), penyakit

demam, gangguan metabolisme, trauma, neoplasma, toksin, gangguan sirkulasi, dan penyakit degenerative susunan syaraf kejang disebut idiopatik bila tidak ditemukan penyebabnya (Fida & Maya,2012). Gejala yang mungkin terjadi saat anak mengalami kejang demam antara lain: demam tinggi, kejang *tonik-klonik* atau *grand mal*, pingsan. Postur tonik ( kontraksi dan kekakuan otot menyeluruh biasanya berlangsung selama 10-20 detik), gerakan *klonik* ( kontraksi dan relaksasi otot yang kuat berirama, biasanya berlangsung selama 1-2 menit), lidah atau pipi tergigit, gigi atau rahangnya tertutup rapat, *inkonentia* ( mengeluarkan air kemih atau tinja diluar kesadaran), hilang kesadaran, tangan dan kaki kaku tersentak-sentak, sulit bernafas, mulut mengeluarkan busa, wajah dan kulit menjadi pucat atau kebiruan, dan mata berputar sehingga hanya bagian putih saja yang terlihat. Komplikasi yang sering terjadi adalah: kerusakan sel otak, penurunan IQ pada demam yang berlangsung lebih dari 15 menit, henti nafas, epilepsy ( Mansjoer arif, 2010).

Penanganan yang harus dilakukan ibu dalam mengatasi demam pada anak sebelum terjadi kejang dan selanjutnya membawa kerumah sakit. Mengukur suhu tubuh dan memberikan obat penurun panas, kompres air hangat, memberikan cairan yang cukup dapat menurunkan suhu tubuh anak. Ibu harus menyadari bahwa demam merupakan salah satu factor prnyebab terjadinya kejang, dikarenakan adanya peningkatan suhu tubuh yang cepat ( Raftery,2011). Peran perawat sangat dibutuhkan dalam mengatasi demam kejang, peran promotif yaitu memberikan penyuluhan atau pengarahan pada keluarga tentang cara mengatasi kejang demam, sedangkan peran preventif yaitu melakukan pencegahan terhadap kejang demam dengan cara mengajarkan cara mengompres yang benar, peran kuratif yaitu dengan

memberikan asuhan keperawatan dengan berkolaborasi dengan tim medis lainnya untuk pemberian obat antikonvulsi, dan pemberian cairan, peran rehabilitative yaitu proses penyembuhan dari kejang demam dengan cara menjaga kesehatan anak ( Grandell, 2009).

## 1.2 Rumusan Masalah

Untuk mengetahui lebih lanjut dari perawatan penyakit ini maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut dengan melakukan asuhan keperawatan kejang demam dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut "Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan ?

## 1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mahasiswa mampu mengidentifikasi asuhan keperawatan pada anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.2 Merumuskan diagnosa keperawatan pada anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.3 Merencanakan tindakan keperawatan pada anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.4 Melaksanakan tindakan keperawatan pada anak "H" dengan diagnose medis kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.5 Mengevaluasi tindakan keperawatan pada anak “H” dengan diagnose Kejang demam di Ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan

1.3.2.6 Mendokumentasikan asuhan keperawatan pada anak “H” dengan Diagnose medis kejang demam di ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan.

**1.4 Manfaat**

Terkait dengan tujuan,maka tugas akhir ini diharapkan dapat memberi manfaat:

1.4.1 Akademis, hasil studi kasus ini merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan anak dengan diagnose kejang demam.

1.4.2 Secara praktis, tugas akhir ini akan bermanfaat bagi:

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil studi kasus ini,dapat menjadi masukan bagi pelayanan di RS agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose kejang demam dengan baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil peneliti ini dapat menjadi salah satu rujukam bagi peneliti berikutnya,yang akan melakukan studi kasus pada asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose medis kejang demam.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi kesehatan keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada anak dengan diagnose medis kejang demam.

**1.5 Metode Penulisan**

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi studi keperawatan yang mempelajari ,mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnose perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1.5.2.1 Wawancara

Data diambil atau diperoleh melalui percakapan baik dengan klien,keluarga maupun tim kesehatan lain.

1.5.2.2 Observasi

Data yang diambil melalui pengamatan kepada klien

1.5.3 Sumber Data

1.5.3.1 Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari klien.

1.5.3.2 Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga atau orag terdekat klien,catatan medic perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1.5.3.3 Studi kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber yang berhubungan dengan judul studi kasus dan masalah yang dibahas.

**1.6 Sistematika Penulisan**

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam mempelajari dan memahami studi kasus ini,secara keseluruan di bagi menjadi tiga bagian yaitu :

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti, terdiri dari lima bab,yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini.

Bab 1 : Pendahuluan, berisi latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, sistematika penulisan studi kasus.

Bab 2 : Tujuan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnose ikterus serta kerangka masalah.

Bab 3 : Tujuan kasus berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Bab 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

Bab 5 : Penutup, berisi tentang ssimpulan dan saran

1.6.3 Bagian akhir, terdiri dari daftar pustaka dan lampiran

# BAB 2
# TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam. Konsep penyakit ini akan diuraikan definisi, etiologi, dan cara penangganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit kejang demam dengan melakukan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

## 2.1 Konsep Penyakit

### 2.1.1 Pengertian Kejang Demam

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Suhu badan yang tinggi ini disebabkan oleh kelainan ekstrakranial. Anak yang sebelumnya pernah mengalami kejang tanpa demam tidak digolongkan sebagai penderita kejang demam. Serangan kejang dapat terjadi satu kali, dua kali, tiga kali, atau lebih selama satu periode demam (Price, 2015).

### 2.1.2 Penyebab Kejang Demam (Price, 2015).

2.1.2.1 Demam itu sendiri

2.1.2.2 Efek produk toksik dari pada mikroorganisme ( kuman dan virus) terhadap otak

2.1.2.3 Respon alergik atau keadaan Imun yang abnormal oleh infeksi

2.1.2.4 Perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit, ensefalitis viral ( radang otak akibat virus)

2.1.3 Jenis-jenis Kejang Demam ( Wulandari, 2016).

2.1.3.1 Kejang Tonik

Kekakuan dan kotraksi otot di seluruh tubuh yang terjadi secata tiba-tiba. Kejang ini biasanya terdapat pada bayi baru lahir dengan berat badan rendah dengan masa kehamilan kurang dari 34 minggu dan bayi dengan komplikasi prenatal berat. Terjadi kehilangan kesadaran, lidah tergigit dan berteriak yang tidak jelas.

2.1.3.2 Kejang Klonik

Gerakan berkedut dan menyetak yang berulang-ulang pada tubuh yang terjadi secara tiba-tiba. Bentuk klinis kejang klonik berlangsung 1-3 detik, tampak pucat, lemas, letih dan tidak disertai gangguan kesadaran dan bisanya dikuti oleh fase tonik.

2.1.3.3 Kejang Mioklonik

Kejang demam yang berlangsung <5 detik, Gambaran klinis yang terlihat adalah gerakan ekstensi dan fleksi lengan atau keempat anggota gerak yang berulang dengan terjadinya cepat. Gerakan tersebut menyerupai reflek morro.

2.1.4 Klasifikasi ( Livingstone, 2013)

2.1.4.1 Kejang demam sederhana

Umur anak ketika kejang antara 6 bulan & 4 tahun, kejang berlangsung kurang dari 15 menit, kejang bersifat umum, kejang timbul dalam 16 jam pertama setelah timbulnya demam.

2.1.4.2 Kejang demam kompleks

Pada umunya tetap sadar, kejang lama dan bersifat lokal, umur lebih dari 6 tahun, frekuensi serangan lebih dari 4 kali/ tahun Kejang demam lebih dari 15 menit.

2.1.5 Manifestasi Klinis (Kusuma, 2015)

2.1.5.1 Kejang umum biasanya diawali kejang tonik kemudian klonik berlangsung 10 sampai 15 menit , bisa juga lebih

2.1.5.2 Takikardi : pada bayi frekuensi sering diatas 150-200 per menit

2.1.5.3 Pulsasi arteri melemah dan tekanan nadi mengecil yang terjadi sebagai akibat menurunnya curah jantung.

2.1.5.4 Gejala bendungan system vena:

1. Hepatomegaly
2. Peningkatan vena jugularis

2.1.6 Penatalaksanaan ( Wulandari, 2016).

2.1.6.1 Penatalaksanaan keperawatan

1) Saat terjadi serangan mendadak yang harus diperhatikan pertama kali adalah ABC *( Airway, Breathing, Circulation).*

2) Setelah ABC aman. Baringkan pasien ditempat yang rata untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh.

3) Kepala dimiringkan dan pasang sundip lidah yang sudah dibungkus kasa.

4) Singkirkan benda-benda yang ada di sekitar pasien yang bisa menyebabkan bahaya.

5) Longgarkan pakaian yang menganggu pernafasan.

6) Bila suhu tinggi berikan kompres hangat.

7) Setelah pasien sadar dan terbangun berikan minuman air hangat.

8) Jangan berikan selimut tebal karena uap panas akan sulit akan dilepaskan.

2.1.6.2 Penatalaksanaan medis

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

2) Untuk mencegah odem otak, berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/hari dan dibagi dalam 3 dosis atau sebaiknya glukorkoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam.

2.1.7 Pemeriksaan penunjang (Kusuma, 2015)

2.1.7.1 Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan darah lengkap, elektrolit, dan glukosa darah dapat dilakukan walaupun kadang tidak menunjukkan kelainan yang berarti.

2.1.7.2 Indikasi lumbal pungsi pada kejang demam adalah untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan menginitis, yang meliputi :

1) Bayi <12 bulan harus dilakukan lumbal pungsi karena gejala menginitis sering tidak jelas.

2) Bayi antara 12 bulan – 1 tahun dianjurkan untuk melakukan lumbal pungsi kecuali pasti bukan menginitis.

2.1.7.3 Pemeriksaan EEG dapat dilakukan pada kejang demam yang tidak khas.

2.1.7.4 Pemeriksaan foto kepala, CT scan atau MRI tidak dianjurkan pada anak tanpa kelainan neurologis karena hampir semuanya menunjukkan gambaran normal. CT scan atau MRI direkomendasikan untuk kasus kejang fokal untuk mencari lesi organic di otak.

2.1.8 Komplikasi ( Waskitho,2013)

2.1.8.1 Kerusakan neorotransmiter

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

2.1.8.2 Epilepsi

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

2.1.8.3 Kelainana anatomi di otak

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

2.1.8.4 Kecacatan atau kelainan neorologis karena disertai demam.

2.1.9 Diagnosa Banding

Infeksi susunan saraf pusat dapat disingkirkan dengan pemeriksaan klinis dengan cairan serebrospinal. Kejang demam yang berlangsung lama kadang-kadang di ikuti hemiparesis, sehingga sukar dibedakan dengan kejang karena proses intracranial. Sinkop juga dapat di provokasi oleh demam dan sukar dibedakan dengan kejang demam. Anak dengan demam tinggi dapat mengalami delirium. Mengigil, pucat dan sianosis sehingga menyerupai kejang demam. Meningitis terdapat kelainan pada otak yang dapat ditandai dengan reflek patologis dan reflek meningeal yang positif, EEG abnormal kejang berulang sehingga TIK meningkat dan kesadaran menurun (Soetomenggolo, 2009)

## 2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak

### 2.2.1 Pengertian Tumbuh Kembang

Pertumbuhan *( growh)* berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan ukuran berat ( gram, pound, kg) ukuran panjang bdengan cm atau meter, umur tulang, dan keseimbangan metabolic ( retensi kalium dan nitrogen tubuh) (Ngastiyah, 2014). Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya kemampuan *(skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensi sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ, dan system organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.( Ngastiyah, 2014)

### 2.2.2 Tahapan tumbuh kembang anak, menurut Wong (2009)

#### 2.2.2.1 Pre natal

1) Geminal : Konsepsi -8 minggu

2) Embrio : 2-8 minggu

3) Fetal : 8-40 minggu

#### 2.2.2.2 Bayi

1) Neonatus : lahir -1 bulan

2) Bayi : 1 bulan – 12 bulan

2.2.2.3 Anak-anak awal

1) *Toodler* : 1-3 tahun

2) Pra sekolah : 3-6 tahun

2.2.2.4 Anak-anak tengah/sekolah : 6-12 tahun

2.2.2.5 Anak-anak akhir

1) pra pubertas : 10-13 tahun

2) Remaja : 13-19 tahun

2.2.2.6 Tahapan Perkembangan Anak sesuai dengan usia

Tabel 2.1 Perkembangan Anak Usia 13-24 bulan

| GERAKAN MOTORIK KASAR | GERAKAN MOTORIK HALUS | KOMUNIKASI PASIF | KOMUNIKASI AKTIF | MENOLONG DIRI SENDIRI |
|---|---|---|---|---|
| 1. Berjalan sendiri<br>2. Berjalan mundur<br>3. Mengambil alat permainan dari lantai tanpa jatuh<br>4. Menarik dan mendorong alat permainan<br>5. Duduk sendiri,mengerti penghargaan/pujian<br>6. Naik dan turun tangga dengan | 1. Menggunakan benda<br>2. Memasukkan benda kedalam lubang<br>3. Membuka-buka lembaran<br>4. Mencoret-coret<br>5. Menarik, memutar, mendorong benda-benda<br>6. Melempar-lempar<br>7. Menggambar dengan gerakan tangan yang menyeluruh, menggeser | 1. Memberikan reaksi yang tepat kalau ditanya “dimana”<br>2. Mengerti arti kata “di, didalam, dibawah”<br>3. Menjalankan perintah untuk membawa | 1. Mengucapkan kata yang mempunyai arti.<br>2. Menggunakan perkataan yang disukai gerakan untuk meminta sesuatu.<br>3. Mengucapkan kata-kata tunggal secara beruntun untuk menceritakan suatu kejadian. | 1. Bisa memakai sendok,tapi masih tumpah.<br>2. Minum dari cangkir dipegang demgan satu tangan tanpa dibantu.<br>3. Membuka sepatu,kaos kaki,celana,baju kaos.<br>4. Membuka tutup baju seleret(rets |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| pertolongan<br>7. Bergoyang-goyang mengikuti irama musik | tangan, membuat garis besar | benda yang sudah dikenalnya dari ruangan lain<br>4. Mengerti kalimat sederhana yang terdiri dari paling banyak dua kata saja<br>5. Mengerti dua perintah sederhana yang saling berhubungan | 4. Menyebutkan diri sendiri namanya.<br>5. Dapat mengatakan hak milik/kepunyaannya untuk menunjuk pada benda-benda miliknya.Menambah perbendaharaan kata(sebanyak lebih kurang 50 kata). | luiting) yang besar.<br>5. Bisa mengatakan kalau ingin kebelakang (buang air) |

Tabel 2.2 Perkembangan Anak Usia 25-36 bulan

| GERAKAN MOTORIK KASAR | GERAKAN MOTORIK HALUS | KOMUNIKASI PASIF | KOMUNIKASI AKTIF | MENOLONG DIRI SENDIRI |
|---|---|---|---|---|
| 1. Lari tanpa jatuh.<br>2. Lompat ditempat kedua kaki jatuh bersamaan.<br>3. Berdiri pada satu kaki.<br>4. Berjingkat diatas jari-jari kaki.<br>5. Menendang bola. | 1. Mengatur/memakai benda-benda.<br>2. Membalik halaman buku satu persatu.<br>3. Memegang alat tulis gambar.<br>4. Menggunakan satu tangan secara tetap, dalam hampir semua kegiatan.<br>5. Meniru garis (lingkaran, lurus dan berditi/tegak lurus).<br>6. Melukis bentuk-bentuk.<br>7. Meremas-remas, menggulung tanah liat. | 1. Menunjuk gambar dari benda yang umum/sudah dikenal, kalau benda tersebut disebutkan.<br>2. Dapat mengenal benda kalau diberitahu kegunaannya.<br>3. Mengerti bentuk pertanyaan apa dan dimana.<br>4. Mengerti kata larangan seperti : tidak, bukan, tidak dapat, jangan.<br>5. Senang mendengarkan cerita yang sederhana dan minta diceritakan lagi. | 1. Membuat kalimat dua kata.<br>2. Menyebutkan nama.<br>3. Menggunakan kata tanya apa dan dimana<br>4. Membuat kalimat sangkal.<br>5. Menunjukkan kekesalan atau kejengkelan karena tidak mengerti | 1. Menggunakan sendok tumpah sedikit.<br>2. Mengambil minuman dari kendi/teko/ceret tanpa dibantu.<br>3. Membuka pintu dengan memutar pegangan pintu.<br>4. Membuka baju dengan dibantu.<br>5. Mencuci dan mengeringkan tangan dengan bantuan.<br>6. Belajar dilakukan dengan eksplorasi.<br>7. Mulai mengerti menggunakan benda-benda |

Tabel 2.3 Perkembangan Anak Usia 36-48 bulan

| GERAKAN MOTORIK KASAR | GERAKAN MOTORIK HALUS | KOMUNIKASI PASIF | KOMUNIKASI AKTIF | MENOLONG DIRI SENDIRI |
|---|---|---|---|---|
| 1. Lari menghindari hambatan dan tantangan.<br>2. Berjalan diatas garis.<br>3. Berdiri diatas satu kaki untuk 5-10 detik.<br>4. Melonjat diatas satu kaki.<br>5. Mendorong, menarik,mengemudikan permainan beroda.<br>6. Mengendarai sepeda roda tiga.<br>7. Lompat diatas benda setinggi 15cm mendarat dengan kedua kaki bersama.<br>8. Melempar bola diatas kepala.<br>9. Menangkap bola yang dilempar kepadanya. | 1. Membuat menara dari sembilan balok kecil.<br>2. Meniru bentuk-bentuk membuat lingkaran.<br>3. Meniru garis.<br>4. Membuat silang.<br>5. Membuat segiempat.<br>6. Meniru tulisan.<br>7. Membuat bentuk | 1. Mulai memahami kalimat-kalimat konsep-konsep waktu.<br>2. Mengerti perbandingan-perbandingan dalam hal ukuran, membandingkan benda-benda atau dua hal.<br>3. Memahami konsep sebab akibat.<br>4. Mengerti dan dapat melaksanakan sampa-sampai 4 perintah/petunjuk yang ada kaitannya.<br>5. Mengerti kalau diberitahukan “ayo pura-pura” | 1. Bicara dalam kalimat yang terdiri dari 3.<br>2. Anak dapat mencari terakan pengalaman masa yang lalu.<br>3. Menyebut diri dengan memakai kata “saya, aku”.<br>4. Berbicara dengan ucapan yang dapat dimengerti orang lain (yang masih asing). | 1. Dapat menuang air dengan baik (tanpa tumpah) dari tempat air (teko/ceret) tutup kecil.<br>2. Memasang dan membuka kancing besar.<br>3. Mencuci tangan dibantu.<br>4. Membuang ingus kalau diingatkan. |

Tabel 2.4 Perkembangan Anak Usia 49-60 bulan

| GERAKAN MOTORIK KASAR | GERAKAN MOTORIK HALUS | KOMUNIKASI PASIF | KOMUNIKASI AKTIF | MENOLONG DIRI SENDIRI |
|---|---|---|---|---|
| 1. Berjalan mundur dengan tumit berjingkat(jinjit).<br>2. Lompat kedepan 10kali tanpa terjatuh.<br>3. Naik turun tangga dengan kaki berganti-ganti | 1. Menggunting kertas dengan mengikuti garis tanpa terputus.<br>2. Menggambar garis silang.<br>3. Menggambar segiempat | 1. Dapat mengikuti 3 perintah tidak berhubungan ,dalam urutan yang tepat.<br>2. Mengerti perbandingan sesuatu sifat dari benda/orang secara bertingkat (3 tingkatan ini: ia lah biasa, lebih, paling).<br>3. Mendengarkan cerita yang panjang.<br>4. Menggabungkan perintah lisan kedalam kegiatan bermain.<br>5. Menceritakan isi cerita,walau mungkin masih campur aduk faktanya. | 1. Bertanya dengan pertanyaan :<br>-kapan<br>-bagaimana<br>-mengapa<br>2.Menggunakan kata :<br>-dapat<br>-akan<br>3.Menggabungkan kalimat.<br>4. Berbicara tentang hubungan sebab akibat dengan menggunakan karena dan jadi.<br>5.Menceritakan isi cerita, walau mungkin masih campur aduk faktanya | 1. Memotong makanan dengan pisau.<br>2. Mengikat tali sepatu. |

Tabel 2.5 Perkembangan Anak Usia 61-72 bulan

| GERAKAN MOTORIK KASAR | GERAKAN MOTORIK HALUS | KOMUNIKASI PASIF | KOMUNIKASI AKTIF | MENOLONG DIRI SENDIRI |
|---|---|---|---|---|
| 1. Berjalan ringan diatas ujung jari kaki (jinjit).<br>2. Jalan diatas papan keseimbangan<br>3. Dapat meloncat sampai 20cm.<br>4. Main lompat tali dengan kaki berganti-ganti | 1. Menggunting bentuk-bentuk sederhana.<br>2. Meniru membuat segi tiga,bentuk-bentuk simetris.<br>3. Membuat bentuk wajik,segi tiga,segi empat.<br>4. Menulis angka.<br>5. Memberi warna(berbagai bentuk gambar). | 1. Menunjukkan berbagai bentuk ketrampilan dan kemauan dibidang pra akademik seperti TK. | 1. Dalam tata bahasa sudah mendekati penggunaan tata bahasa orang dewasa.<br>2. Dapat menanti gilirannya yang tepat dalam pembicaraan.<br>3. Memberi dan menerima keterangan | 1. Dapat berpakaian sendiri secara lengkap.<br>2. Menyikat gigi tanpa dibantu.<br>3. Menyebrang jalan dengan selamat |

2.2.3 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak ( Soetjiningsih,2012)

2.2.3.1 Terdapat masa percepatan dan masa pelambatan, serta laju tumbuh kembang yang berlainan organ-organ.

2.2.3.2 Pola perkembangan anak adalah sama pada semua anak, tetapi kecepatannya berbeda antara anak satu dengan lainnya.

2.2.3.3 Perkembangan erat hubungannya dengan maturasi system susunan saraf.

2.2.3.4 Aktifitas seluruh tubuh diganti respon individu yang khas.

2.2.3.5 Arah perkembangan anak adalah sefalokaudal.

2.2.3.6 Refleks primitive seperti reflek memegang dan berjalan akan menghilang sebelum gerakan volunteer tercapai.

2.2.4 Kebutuhan Dasar Tumbuh Kembang Anak (Ngastiyah,2014)

2.2.4.1 Kebutuhan fisik-biomedis (ASUH ) meliputi :

1) Pangan / gizi

2) Perawatan kesehatan

3) Tempat tinggal yang layak

4) Kebersihan individu

5) Sandang/pakaian

6) Kesegaran jasmani

2.2.4.2 Kebutuhan social / kasih sayang (“Asih”)

Kasih sayang dari orang tua akan menciptakan ikatan yang erat ( *bounding*) dan kepercayaan dasar ( *basic trust* ) yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang anak (Ngastiyah,2014)

2.2.4.3 Kebutuhan akan stimulasi mental (“Asah”)

Stimulasi mental merupakan bakal dalam proses belajar pada anak, stimulasi mental ini mengembangkan perkembangan mental, psikososial, kecerdasan, keterampilan, kemandirian, kreativitas, moral etika, agama, kepribadian, dan produktivitas ( Ngastiyah,2014)

2.2.5 Menurut ( Ngastiyah,2014) Faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak adalah :

2.2.5.1 Faktor herediter

Factor keturunan merupakan factor yng tidak dapat diubah melalui instruksi genetic yang terkandung di dalam sel telur yamg telah dibuahi dapat menentukan kualitas dan kuantitas pertumbuhan, termasuk dalam factor genetic ini adalah jenis kelamin,suku atau ras.

2.2.5.2 Faktor lingkungan

Merupakan factor yang sangat menentukan tercapainya atau tidaknya potensi bawaan. Lingkungan yang baik memungkinkan potensi bawaan tercapai, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini merupakan lingkungan “ bio-fisiko-psiko-sosial” yang mempengaruhi individu setiap hari mulai dari konsepsi sampai akhir hayat

2.2.5.3 Lingkungan prenatal

Merupakan lingkungan dalam kandungan,mulai dari konsepsi sampai lahir yang meliputi pada waktu ibu hamil, lingkungan mekanis seperti zat kimia, penggunaan obat-obatan, alcohol atau kebiasaan merokok ibu selama kehamilan.

2.2.5.4 Lingkungan postnatal

1) Budaya lingkungan : budaya dimasyarakat yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.budaya lingkungan dapat menentukan bagaimana seseorang atau masyarakat mempersepsikan pola hidup sehat.

2) System ekonomi: ekonomi juga dapat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak.anak dengan keluarga yang memiliki social ekonomi tinggi terntunya pemenuhan kebutuhan gizi cukup baik dibandingkan anak dengan keluarga yang memliki status social ekonomi rendah.

3) Nutrisi : salah satu komponen penting dalam menunjang keberlangsungan proses pertumbuhan dan perkembangan. Menurut Arif (2009) dalam nutrisi terdapat kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan antara lain:

(1) Energi

Banyak sedikitnya asupan energy atau kalori sangat berperan terhadap laju pembelahan sel dan pembentukan struktur organ tubuh. Jumlah energy yang dianjurkan dihitung berdasarkan jumlah konsumsi energy yang dibutuhkan anak. Karbohidrat merupakan salah satu sumber energy utama selain protein dan lemak.

(2) Protein

Salah satu sumber energy dan zat pembangun yang dibutuhkan anak untuk pembuatan sel baru dan merupakan pembentukan berbagai struktur organ tubuh.

(3) Asam lemak dan omega-3

Salah satu asam lemak esensial yang berfungsi umtuk memperlancar peredaran darah keseluruh tubuh dan melunakkan membrane sel darah merah serta mencegah terjadinya pengerasan pembuluh darah merah.

(4) Vitamin A

Pada anak terjadinya defisiensi vitamin A dapat mengakibatkan hambatan pertumbuhan

(5) Vitamin D

Mengkonsumsi vitamin D dapat meningkatkan penyerapan kalsium dan pertumbuhan kerangka tubuh

2.2.6 Tahapan Pertumbuhan bayi ( Ngastiyah,2014)

2.2.6.1 Panjang badan

Penentuan tinggi badan neonatus menggunakan istilah panjang badan,dengan pemahaman bahwa metode pengukuran tinggi badan dilakukan dengan neonatus dengan posisi berbaring.

2.2.6.2 Berat badan

Bayi baru lahir cukup bulan,berat badan waktu lahir akan kembali pada hari ke10, kenaikkan berat badan bayi jika didapatkan gizi yang baik.

2.2.6.3 Ubun-ubun

Kepala bayi dibentuk oleh beberapa lempeng tulang, antara lain tulang oksipital satu buah dibagian belakang kepala,tulang perietalis sebanyak 2 buah yang berada di bagian kanan dan kiri,tulang frontalis sebanyak 2 buah yang berada di bagian depan kepala.tulang tulang yang belom tersambung itu terdapat celah yang di sebut sutura.

2.2.6.4 Lingkar kepala

Lingkar kepala waktu lahir ukuran MO : 35cm, SO: 33cm, FOB :34cm rata-rata 34 cm. besarnya lingkar kepala lebih besar dari pada lingkar dada.

2.2.6.5 Gigi

Gigi pertama tumbuh pada umur 5-9 bulan, pada umur 1 tahun sebagian besar mempunyai 6-8 gigi susu. Selama tahun kedua gigi tumbuh lagi 8 buah,sehingga jumlah seluruhnya sekitar 14-16 gigi, dan pada umur 2,5 tahun sudah terdapat 20 gigi susu.

2.2.7 Tahap Pertumbuhan Anak

2.2.7.1 Berat Badan

1) Usia 3-12 bulan : BB ideal (kg) = (usia dalam bulan + 9) : 2
2) Usia 1-6 tahun : BB ideal (kg) = (usia dalam tahun x 2) + 8
3) Usia 7-12 tahun : BB ideal (kg) = (usia dalam tahun) x 7-5) : 2

2.2.7.2 Tinggi badan

1) Bayi baru lahir : sekitar 50 cm
2) Bayi hingga 1 tahun : 1,5 x tinggi badan saat lahir
3) Umur 4 tahun : 2 x tinggi badan saat lahir
4) Umur 6 tahun : 1,5 x tinggi badan pada usia 1 tahun
5) Umur 13 tahun : 3 x tinggi badan pada usia 1 tahun

(Indarini, 2017)

2.2.7.3 Lingkar kepala

1) Pemahaman per tahun 2 cm
2) Usia 2 tahun : 49-50 cm

2.2.7.4 Lingkar Lengan Atas

1) Gizi baik : 13,5 – 20 cm
2) Gizi kurang : 12,5 -13,5 cm
3) Gizi buruk : 7-12,5 cm

2.2.7.5 Lingkar Dada

1) Pengukuran dilakukan pada saat bernafas biasa.
2) Pengukuran lingkar dada dilakukan dengan posisi berdiri pada anak yang lebih besar

2.2.7.6 Gigi

1) Usia 6 bulan tumbuh gigi depan bagian bawah ( gigi seri tengah) biasanya tumbuh lebih dulu, baru kemudian gigi lainnya akan mulai tumbuh setelah satu atau dua bulan.
2) Biasanya gigi seri samping muncul sekitar usia 10-12 tahun, pertama di bagian bawah dan kemudian gigi atas. Geraham pertama muncul pada usia 12-16 bulan, diikuti oleh gigi taring. Geraham kedua biasanya muncul terakhir dan sederet gigi susu seharusnya sudah tumbuh semua di usia 2-3 tahun.

(Nursalam, 2009)

2.2.8 Perkembangan social anak, menurut Christiati (2012)

2.2.8.1 Pasca lahir

Anak lebih suka ditinggal tanpa diganggu. Merasa senang waktu berkontak erat dengan tubuh ibu. Menangis keras apabila merasa tidak enak, tetapi bila didekap erat atau diayun dengan lembut anak akan berhenti menangis.

2.2.8.2 Usia 1 bulan sampai 3 bulan

Merasakan kehadiran ibu dan memandang ke arahnya bila ibu mendekat. Terus menerus mengamati setiap gerakan orang yang berada di dekatnya. Berhenti menangis bila diajak bermain atau bicara oleh siapa saja yang bersikap ramah.

2.2.8.3 Usia 6 bulan

Penuh minat terhadap segala sesuatu yang sedang terjadi disekitarnya. Jika akan diangkat, anak akan mengulurkan kedua tangannya. Tertawa kecil bila diajak bermain, walaupun bisanya bersahabat tetapi tidak langsung menyambut dan memberi respon terhadap orang yang tidak dikenalnya.

2.2.8.4 Usia 9 bulan sampai 12 bulan

Pada tahap ini anak sudah mengerti kata tidak, melambaikan tangan, bertepuk tangan atau menggoyangkan tangan mengikuti nyanyian. Bermian dengan orang dewasa yang dikenal dan memperhatikan serta meniru

tindakan orang dewasa. Mulai memahami dan mematuhi perintah yang sederhana.

2.2.8.5 Usia 18 bulan sampai 21 bulan

Ketergantungan terhadap orang lain dalam hal bantuan, perhatian dan kasih sayang. Mengerti seagian apa yang dikatakan kepada dirinya dan mengulang kata yang diucapkan orang dewasa dan banyak bercakap-cakap. Usia 3 tahun sampai 5 tahun anak sudah dapat berbicara bebas pada diri sendiri, orang lain, bahkan dengan maianannya. Mampu berbicara lancar, dan bermain dengan kelompok. Anak kadang merasa puas bila bermain sendiri untuk waktu yang lama dan mulai menyenangi kisah seseorang/tokoh dalam film.

2.2.8.6 Usia 5 tahun sampai 6 tahun

Anak dapat bergaul dengan semua teman, merasa puas dengan prestasi yang dicapai, tanggang rasa terhadap keadaan orang lain, dan dapat mengendalikan emosi.

2.2.9 Perkembangan psikoseksual anak menurut freud (Wong, 2009)

2.2.9.*1 Fase Oral*/mulut (0-18 bulan)

Bayi merasa bahwa mulut adalah tempat pemuasan. Rasa lapar dan haus terpenuhi dengan menghisap putting susu ibunya. Kebutuhan-kebutuhan, persepsi-persepsi dan cara ekspresi bayi secara primer dipusatkan di mulut, bibir, lidah dan organ lain yang berhubungan dengan daerah mulut. Pada fase oral ini, peran ibu penting untuk memberikan kasih

sayang dengan memenuhi kebutuhan bayi secepatnya. Jika semua kebutuhannya terpenuhi, bayi akan merasa aman, percaya pada dunia luar.

2.2.9.2 *Fase Anal* ( 1,5-3 tahun)

Pada fase ini kepuasan dan kenikmatan anak terletak pada anus. Kenikmatan didapatkan pada waktu menahan berak. Kenikmatan lenyap setelah berak selesai. Jika kenikmatan yang sebenarnya diperoleh anak dalam fase ini ternyata diganggu oleh orangtuanya dengan mengatakan bahwa hasil produksinya kotor, jijik dan sebaginya, bahkan jika disertai dengan kemarahan atau bahkan ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan, maka hal ini dapat menganggu perkembangan kepribadian anak. Oleh karena itu sikap orangtua yang benar yaitu mengusahakan agar anak merasa bahwa alat kelamin dan anus serta kotoran yang dikeluarkannya adalah sesuatu yang biasa dan bukan sesuatu yang menjijikkkan.

2.2.9.3 *Fase Uretral*

Pada fase ini merupakan perpindahan dari fase anal ke fase phallus. Erotic uretral mengacu pada kenikmatan dalam pengeluaran dan penahanan air seni seperti pada fase anal. Jika fase uretra tidak dapat diselesaikan dengan baik, anak akan mengembangkan sifat uretral yang menonjol yaitu persaingan dan ambisi sebagai akibat timbulnya rasa malu karena kehilangan control terhadap uretra. Jika fase ini dapat diselesaikan dengan baik, maka anak akan mengembangkan persaingan sehat, yang

menimbulkan rasa bangga akan kemampuan diri. Anak laki-laki meniru dan membandingkan dengan ayahnya.

2.2.9.4 *Fase Phallus* (3-5 tahun)

Pada fase ini anak mula mengerti bahwa kelaminnya berbeda dengan kakak,adik atau temannya. Anak mulai merasakan bahwa kelaminnya merupakan tempat yang memberikan kenikmatan ketika ia mempermainkan bagian tersebut. Tetapi orangtua sering marah bahkan mengeluarkan ancaman bila melihat anaknya memegang atau mempermainkan kelaminnya.

2.2.9.5 *Fase Laten* ( 6-12 tahun)

Pada fase ini anak menggunakan energy fisik dan psikologis yang merupakan media untuk mengeksplorasi pengetahuan dan pengalamannya melalui aktivitas fisik maupun sosialnya. Pada fase laten, anak perempuan lebih menyukai teman dengan jenis kelamin perempuan, dan laki-laki dengan laki-laki. Pertanyaan anak tentang seks semakin banyak dan bervariasi, mengarah pada system reproduksi.

2.2.9.6 *Fase Genital* ( 11/13 tahun-18 tahun)

Pada fase ini, proses perkembangan psikoseksual mencapai titik akhir. Organ-organ seksual mulai aktif sejalan dengan mulai berfungsinya hormone-hormon seksual, sehingga pada saat ini terjadi perubahan fisik dan psikis. Secara fisik, perubahan yang paling nyata adalah pertumbuhan tulang dan perkembangan organ seks serta tanda-tanda seks sekunder.

Remaja putri mencapai kecepatan pertumbuhan maksimal pada usia sekitar 12-13 tahun, sedangkan remaja putra sekitar 14-15 tahun ( minarti,2015).

2.2.10 Perkembangan Psikososial Anak, menurut Erikson ( satara,2011)

2.2.10.1 Tahap 1 : 0-1 tahun *( Thust versus Mistrust*)

Dalam tahap ini, bayi berusaha keras untuk mendapatkan pengasuhan dan kehangatan, jika ibu berhasil memnuhi kebutuhan anaknya, sang anak akan mengembangkan kemampuan untuk dapat mempercayai dan mengembangkan asa. Jika kritis ego ini tidak pernah terselesaikan, individu tersebut akan mengalami kesulitan dalam membentuk rasa percaya dengan orang lain sepanjang hidupnya, selalu menyakinkan dirinya bahwa orang lain berusaha mengambil keuntungan dari dirinya.

2.2.10.2 Tahap II : 1-3 tahunm *( Autonomy versus Shame and Doubt)*

Dalam tahap ini, anak akan belajar bahwa dirinya memiliki kontrol atas tubuhnya. Orang tua seharusnya menuntun anaknya, mengajarkannya untuk mengontrol keinginan atau impuls-impulsnya, namun tidak dengan perlakuan yang kasar. Mereka melatih kehendak mereka, tepatnya otonomi. Harapan idealnya, anak bisa belajar menyesuaikan diri dengan aturn-aturan social tanpa banyak kehilangan pemahaman awal mereka mengenai otonomi, inilah resolusi yang diharapkan.

2.2.10.3 Tahap III : 3-6 tahun *( Initiative versus Guilt)*

Pada periode ini anak belajar bagaimana merencanakan dan melaksanakan tindakannya. Resolusi yang tidak berhasil dari tahapan ini

akan membuat sang anak takut mengambil inisiatif atau membuat keputusan karena takut berbuat salah. Anak memiliki rasa percaya diri yang rendah dan tidak mau mengembangkan harapan-harapan ketika ia dewasa. Bila anak berhasil melewati masa ini dengan baik, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah memiliki tujuan dalam hidupnya.

2.2.10.4 Tahap IV : 6-12 tahun *( Industry versus Inferiorit)*

Pada saat ini, anak-anak belajar untuk memperoleh kesenangan dan kepuasan dari menyelesaikan tugas khususnya tugas-tugas akademik. Penyelesaian yang sukses pada tahapan ini akan menciptakan anak yang dapat memecahkan masalah dan bangga akan prestasi yang diperoleh. Keterampilan ego yang diperoleh adalah kompetensi. Disisi lain, anak yang tidak mampu untuk menemukan solusi positif dan tidak mampu mencapai apa yang diraih teman-teman sebaya akan merasa *inferior.*

2.2.10.5 Tahap V : 12-18 tahun *(Identity versus Role Confusion)*

Pada tahap ini, terjadi perubahan pada fisik dan jiwa di masa biologis seperti orang dewasa sehingga tampak adanya kontraindikasi bahwa di lain pihak ia dianggap belum dewasa. Tahap ini anak mencari identitas dalam bidang seksual, umur dan kegiatan. Peran orang tua sebagai sumber perlindungan dan nilai utama mulai menurun. Adapun peran kelompok atau teman sebaya tinggi.

2.2.10.6 Tahap VI : masa dewasa muda *( Intimacy versus Isolation)*

Dalam tahap ini, orang dewasa muda mempelajari cari berinteraksi dengan orang lain secara lebih mendalam. Ketidakmampuan untuk

membentuk ikatan social yang kuat akan menciptakan rasa kesepian. Bila individu berhasil mengatasi krisis ini, maka keterampilan ego yang diperoleh adalah cita.

2.2.10.7 Tahap VII : masa dewasa menengah *(Genetativity versus Stagnation)*

Pada tahap ini, individu memberikan sesuatu kepada dunia sebagai balasan darai apa yang telah dunia berikan untuk dirinya, juga melakukan sesuatu yang dapat memastikan kelangsungan geneasi penerus masa depan. Ketidakmampuan untuk memiliki pandangan generative akan menciptakan perasaan bahwa hidup ini tidak berharga dan membosakan.bila individu berhasilmengatasi krisis pada masa ini maka ketrampilan ego yang dimiliki adalah perhatian.

2.2.10.8 Tahap VII : masa dewasa akhir *(Ego Integrity versus Despair)*

Pada tahap usia lanjut ini, mereka juga dapat mengingat kembali masa lalu dan melihat makna, ketentraman dan integritas. Refleksi ke masa lalu itu terasa menyenangkan dan pencarian saat ini adalah untuk mengintegrasikan tujuan hidup yang telah dikejar selama bertahun-tahun. Kegagalan dalam melewati tahapan ini akan menyebabkan munculnya rasa putus asa. ( Riendravi,2013)

2.2.11 Perkembangan Moral Anak menurut Kohlberg (Satriana, 2010)

2.2.11.1Tingkat Satu : Moralitas Prakonvensional

Ketika manusia berada dalam fase perkembangan prayuwana mulai dari usia 4-10 tahun yang belum menganggap moral sebagai

kesepakatan tradisi sosial.Yang man dimasa ini anak masih belum menganggap moral sebagai kesepakatan tradisi sosial.

1) Tahap 1. Orientasi kepatuhan dan hukuman.

   Adalah penalaran moral yang yang didasarkan atas hukuman dan anak-anak taat karena orang-orang dewasa menuntut mereka untuk taat. Dengan kata lain sangat memperhatikan ketaatan dan hokum

2) Tahap 2. Memperhatikan Pemuasan kebutuhan.

   Perilaku baik dihubungkan dengan pemuasan keinginan dan kebutuhan sendiri tanpa mempertimbangkan kebutuhan orang lain.

2.2.11.2 Tingkat Dua : Moralitas Konvensional

Ketika manusia menjelang dan mulai memasuki fase perkembangan pada usia 10-13 tahun yang sudah menganggap moral sebagai kesepakatan tradisi sosial.

1) Tahap 3. Memperhatikan Citra Anak yang Baik

   Anak dan remaja berperilaku sesuai dengan aturan dan patokan moral agar dapat memperoleh persetujuan orang dewasa, bukan untuk menghindari hukuman.

2) Tahap 4. Memperhatikan Hukum dan Peraturan.

   Anak dan remaja memiliki sikap yang pasti terhadap wewenang dan aturan. Hukum harus ditaati oleh semua orang

2.2.11.3 Tingkat Tiga : Moralitas Pascakonvensional

Yaitu ketika manusia telah memasuki fase perkembangan dari mulai usia 13 tahun ke atas yang memandang moral lebih dari sekadar

kesepakatan tradisi sosial. Dalam artian disini mematuhi peraturan yang tanpa syarat dan moral itu sendiri adalah nilai yang harus dipakai dalam segala situasi.

1) Tahap 5. Memperhatikan Hak Perseorangan.

Dalam dunia pendidikan itu lebih baiknya adalah remaja dan dewasa mengartikan perilaku baik dengan hak pribadi sesuai dengan aturan dan patokan sosial.

2) Tahap 6. Memperhatikan Prinsip-Prinsip Etika

Keputusan mengenai perilaku-pwerilaku sosial berdasarkan atas prinsip-prinsip moral, pribadi yang bersumber dari hukum universal yang selaras dengan kebaikan umum dan kepentingan orang lain.

2.2.12 Perkembangan kognitif anak Menurut Piaget (Wong, 2009)

Perkembangan kognitif atau proses pikir adalah proses menerima, mengelola, sampai memahami info yang diterima. Aspeknya antara lain intelegensi, kemampuan memecahkan masalah serta kemampuan berfikir logis.

2.2.12.1 Sensorik motoric (0-2 tahun)

Pada periode ini tingkah laku anak bersifat motoric dan anak menggunakan system penginderaan untuk mengenal lingkungannya untuk mengenal obyek.

2.2.12.2 Periode pra operasional ( 2-7 tahun)

Pada periode ini anak bisa melakukan sesuatu sebagai hasil meniru atau mengamati sesuatu model tingkah laku dan mampu melakukan simbolisasi.

2.2.12.3 Periode konkret (7-11 tahun)

Pada periode ini anak sudah mampu menggunakan operasi, pemikiran anak tidak lagi didominasi oleh persepsi, sebab anak mampu memecahkan maslah secara logis.

## 2.3 Konsep Dampak Masalah

2.3.1 Konsep hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang memiliki alasan yang berencana atau darurat sehingga mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi perawatan sampai pemulangannya kembali ke rumah. Selama proses tersebut anak dan orang tua dapat mengalami kejadian yang menurut beberapa penelitian ditunjukkan dengan pengalaman traumatic dan penuh dengan stress. Perasaan yang sering muncul yaitu cemas, marah, sedih, takut, dan rasa bersalah (Wulandari, 2016).

2.3.2 Dampak hospitalisai terhadap anak usia prasekolah ( Wong, 2009)

2.3.2.1 Cemas disebabkan perpisahan

Sebagian besar kecemasan yang terjadi pada anak pertengahan sekolah sampai anak periode prasekolah khususnya anak berumur 6-30 bulan adalah cemas karena perpisahan. Hubungan anak dan ibu sangat dekat sehingga perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan terhadap orang yang

terdekat bagi diri anak. Selain itu, lingkungan belum dikenal akan mengakibatkan perasaan tidak aman dan rasa cemas.

1) Masa Kanak-Kanak Awal

Kecemasan akibat perpisahan merupakan stress terbesar yang ditimbulkan oleh hospitalisasi selama masa kanak-kanak awal. Jika perpisahan tersebut dapat dihindari maka anak-anak memiliki kapasitas yang luar biasa untuk menghadapi stress lainnya. Mereka dapat menunjukkan rasa tidak senang pada saat orang tua kembali atau pergi dengan sikap;menolak mematuhi dengan rutinitas yang biasa dilakukan pada waktu makan, menjelang tidur, atau *toileting* atau mengalami regresi ke tingkat perkembangan yang lebih primitif.

2) Masa Kanak-Kanak Akhir dan Remaja

Secara umum anak usia sekolah lebih mampu melakukan koping terhadap perpisahan, setres dan seringkali disertai akibat penyakit atau hospitalisasi dapat meningkatkan kebutuhan mereka akan keamanan dan bimbingan dari orangtua. Anak-anak usia sekolah pertengahan dan akhir dapat lebih bereaksi terhadap perpisahan dengan aktivitas mereka yang biasa dan teman sebaya daripada ketidakhadiran orang tua.

2.3.2.2 Kehilangan Kendali

Anak yang mengalami hospitalisasi biasanya mengalami kehilangan control. Hal ini terlihat jelas dalam perilaku anak dalam hal kemampuan

motorik, bermain, melakukan hubungan interpersonal, melakukan aktivitas hidup sehari-hari, dan komunikasi. Akibat sakit dan dirawat dirumah sakit, anak akan kehilangan kebebasan pandangan ego dalam mengembangkan otonominya. Ketergantungan merupakan karateristik anak dari peran terhadap sakit.

1) Bayi

Bayi sedang mengembangkan ciri kepribadian sehat yang paling penting yaitu rasa percaya. Rasa percaya dibangun melalui pemberian kasih sayang yang terus menerus dari orang yang mengasuhnya. Bayi berusaha mengendalikan lingkungannya dengan ungkapan emosional seperti menangis atau tersenyum.

2) Anak Prasekolah

Anak prasekolah juga menderita akibat kehilangan kendali yang disebabkan oleh restriksi fisik, perubahan rutinitas, dan ketergantungan yang harus dipatuhi. Akan tetapi, kemampuan kognitif spesifik mereka, yang membuatnya yang kehilangan kendali.

3) Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah biasanya rentan terhadap kejadian-kejadianyang dapat mengurangi rasa kendali dan kekuatan mereka. Perubahan peran keluarga, ketidakmampuan fisik, takut terhadap kematian, penelantaran atau cedera permanen, ketidakmampuan untuk menghadapi stress sesuai harapan budaya yang ada dapat menyebabkan kehilangan kendali.

4) Remaja

Perjuangan remaja memperoleh kemandirian, pengkajian diri, dan kebebasan berpusat pada pencarian identitas pribadi. Kehilangan kendali juga terjadi karena berbagai alasan yang telah dibahas pada anak usia sekolah. Akan tetapi remaja lebih sensitive terhadap kemungkinan kasus kehilangan kendalin dan ketergantungan jika dibandingkan dengan anak-anak yang lebih kecil.

2.3.3 Efek Hospitalisasi Pada Anak ( Wong, 2009)

2.3.3.1 Anak Kecil

1) Kecenderungan untuk berpegangan erat dengan orang tua

2) Menuntut perhatian orangtua

3) Sangat menentang perpisahan

4) Ketakutan baru ( Misalnya mimpi buruk)

5) Rewel terhadap makanan

6) Menarik diri dan pemalu

2.3.3.2 Anak yang Lebih Tua

1) Dingin secara emosional, dilanjutkan dengan ketergantungan pada orangtua yang intens dan menuntut

2) Marah pada orangtua

3) Cemburu dengan orang lain

2.3.4 Reaksi Orangtua Terhadap Hospitalisasi

Pada awalnya orangtua dapat bereaksi dengan tidak percaya, terutama jika penyakit tersebut muncul secara tiba-tiba dan serius. Setelah realisasi penyakit, orang tua bereaksi dengan marah atau merasa bersalah. Orangtua dapat mempertanyakan kelayakan diri mereka sendiri sebagai pemberi perawatan terhadap anaknya. Takut, cemas, dan frustasi merupakan perasaan yang banyak diungkapkan oleh orangtua. Takut dan cemas berkaitan dengan keseriusan penyakit dan jenis prosedur medis yang dilakukan. Perasaan frustasi berkaitan dengan kurangnya informasi tentang prosedur dan pengobatan. Orangtua akhirnya dapat bereaksi dengan beberapa tingkat depresi.(Wong, 2009)

2.3.5 Konsep Solusi ( Ambarwati,2015)

2.3.5.1 Mencegah Dampak Perpisahan

1) *Rooming In*

Berarti orang tua dan anak tinggal bersama. Jika tidak bisa, sebaiknya orang tua dapat melihat anak setiap saat untuk mempertahankan kontak/ komunikasi orang tua dan anak.

2) Partisipasi Orang Tua

Orang tua diharapkan dapat berpatisipasi dalam merawat anak yang sakit, terutama dalam perawatan yang bisa dilakukan. Perawat dapat memberikan kesempatan pada orang tua untuk menyiapkan makanan anak atau

memandikannya. Dalam hal ini, perawat berperan dalam hal pendidik kesehatan.

3) Membuat Ruang Perawatan

Ruang perawatan dibuat seperti situasi dirumah dengan mengdekorasi dinding memakai poster/kartun bergambar sehingga anak merasa aman jika berada di ruangan tersebut.

2.3.5.2 Meminimalkan Perasaan Kehilangan Kendali

1) Mengusahakan Kebebasan Bergerak

Pembatasan fisik pada anak untuk mempertahankan aliran infus dapat dicegah apabila anak bersikap kooperatif.

2) Mempertahankan Kegiatan Rutin Anak

Teknik meminimalkan gangguan dalam melakukan kegiatan sehari-hari adalah dengan jadwal kegiatan yang terstruktur yang meliputi suatu kegiatan penting bagi anak, seperti prosedur tindakan, bermain, serta menonton Tv, jadwal tersebut disusun oleh perawat, orang tua dan anak bersama-sama.

3) Dorongan Anak untuk Independen

Anak sebaiknya diberi kesempatan untuk berpatisipasi dalam setiap kegiatan misalnya, anak diberikan kesempatan untuk memilihn makanan atau mengatur waktu tidur.

2.3.5.3 Mencegah Perlukaan Tubuh dan Rasa Sakit

Persiapan anak terhadap prosedur yang menimbulkan rasa nyeri adalah penting untuk mengurangi ketakutan. Perawat dapat menjelaskan apa yang akan dilakukan. Misalnya jika anak takut diukur temperaturnya melalui anus maka hal tersebut dapat dilakukan melalui ketiak. Untuk mengatasi rasa nyeri dapat dilakukan dengan obat maupun tanpa obat, misalnya dengan teknik distraksi

**2.4 Konsep Asuhan Keperawatan**

2.4.1 Pengkajian

2.4.1.1. Pengumpulan Data

1) Identitas klien

Pada pasien kejang demam, sebagian besar sering terjadi pada anak-anak umur 6 bulan s/d 5 tahun, tidak terdapat perbedaan jenis kelamin (Rampengan, 2013).

2) Keluhan utama

Alasan yang menonjol pada pasien kejang demam untuk datang ke Rumah Sakit adalah panas tinggi dengan suhu 38c dan anak tampak lemah dan kejang (Rampengan, 2013).

3) Riwayat penyakit sekarang (Rampengan, 2013)

(1) Didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai kejang.

(2) Kadang disertai dengan keluhan batuk pilek.

4) Riwayat penyakit dahulu (Rampengan, 2013)

(1) Riwayat ksehatan dalam keluarga perlu dikaji kemungkinan ada keluarga yang pernah menderita kejang demam.

(2) Trauma kepala, radang selaput otak, dan kejang demam

(3) Tumbuh kembang

Mengkaji mengenai pertumbuhan dan perkembaangan anak sesuai dengan tingkat usia, baik perekembangan emosi dan social.

4)Imunisasi

Tabel 2.6 Imunisasi pada anak

| No | Jenis imunisasi | Frekuensi pemberian | Reaksi setelah pemberian |
|---|---|---|---|
| 1. | BCG | 1x | - |
| 2. | DPT | 3x | Demam |
| 3. | Polio | 4x | - |
| 4. | Campak | 1x | Demam |
| 5. | Hepatitis | 3x | - |

5) Riwayat persalinan (Rampengan,N.H 2013)

(1) Pre natal

Keadaan ibu saat hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil. Riwayat trauma, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil. Riwayat persalinan

ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan( forcep/vakum), perdarahan ante partum, asfiksi dan lain-lain.

(2). Riwayat Natal

Ibu melahirkan bayi icterus dengan umur kehamilan 38-39 minggu secara normal atau SC, klien bayi kelahiran dengan ekstraksi vakum, induksi oksitosin, pelambatan pengkleman tali pusat, trauma kelahiran, asfiksia, partus lama, lama mengejan, his lama.

(3) Riwayat post natal

Setelah bayi lahir, syanosis, sesak, terpasang ventilator, tampak icterus, masuk ke incubator.

6) Riwayat kesehatan keluarga (Rampengan, 2013)

(1) Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga

Anggota keluarga pernah menderita kejang demam sebelumnya.

(2) Lingkungan rumah dan komunitas

Tidak ada

(3) Perilaku yang mempengaruhi kesehatan

Pada umumnya perilaku orang tua yang buruk membiarkan anaknya demam selama 3 hari dirumah.

7)Riwayat nutrisi (Rampengan, 2013)

Pada pasien kejang demam biasanya mengalami penurunan nafsu makan dan porsi makan tidak habis sehingga kebutuhan nutrsisi tidak dapat terpenuhi.

(1) Status Cairan : saat anak mengalami demam maka sebaiknya cairan berikan dalam jumlah lebih banyak supaya tidak kehilangan cairan dan elektrolit.

8) Pemeriksaan fisik (Dianindriyani, 2011)

(1) Sistem Pernafasan (B1)

Inspeksi : bentuk dada simetris, pola napas reguler, irama nafas teratur, frekuensi pernafasan normal, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak ada alat bantu nafas, kadang ada batuk.

Palpasi : tidak ada benjolan pada bagian dada, vocal fremitus sama.

Perkusi : perkusi thorax sonor

Auskultasi : Vesikuler

(2) Sistem Kardiovaskuler (B2)

Inspeksi : tekanan vena jugularis menurun, tidak ada clubbing finger, nyeri dada tidak ada, sianosis tidak ada

Palpasi : peningkatan nadi, pulsasi kuat, CRT <3 detik

Perkusi : normal redup, ukuran dan bentuk jantung secara kasar pada kasus kejang demam masih dalam batas normal

Ausultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung S1,S2, tunggal

(3) Sistem Persyarafan (B3)

Inspeksi : GCS menurun, kelainan nervus cranialis, adanya kejang ( tonik, klonik, tonik klonik), adanya nyeri kepala.

(4) Sistem genitourinaria (B4)

Inspeksi : pada laki-laki testis sudah menurun terdapat lubang uretra, pada perempuan labia mayor menutupi labia minor, lubang vagina ada, BAK terlihat pekat, produksi urin menurun

Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah simfisis.

(5) Sistem pencernaan (B5)

Inspeksi : konsistensi BAB ( cair, padat, lembek), mukosa bibir kering, keadaan gigi bersih/tidak,

Palpasi : nyeri tekan (-) pada abdomen

Perkusi : mendengarkan adanya gas, cairan atau massa, hepar tidak membesar dan suara tympani.

Auskultasi : bising usus, peristaltic usus meningkat> 5-20x/menit dengan durasi 1 detik.

(6) Sistem muskulokeletal dan integument (B6)

Inspeksi : tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, kulit kemerahan

Palpasi : akral hangat, turgor kulit kembali <3 detik, kelembapan kulit kering, elasitas menurun.

(7) Sistem Penginderaan (B7)

1) Mata : Pupil normalnya akan mengecil jika cahaya didekatkan, konjungtiva normalnya merah muda, sclera adanya icterus/tidak, ketajaman penglihatan tajam, pergerakan bola mata mengikuti arah perintah.

2) Hidung: tidak ada secret, ketajaman penciuman tajam, tidak ada kelainan

3) Telinga: bentuk telinga normal, ketajaman pendengaran tajam, tidak ada kelainan

4) Perasa : ketajaman perasa normal bisa merasakan ( manis, pahit, asam, asin)

5) Peraba : bisa merasakan benda yang di pegang atau di raba

(8) Sistem Endokrin (B8)

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis, hiperglikemia tidak ada, hipoglikemia tidak ada.

2.4.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan kognitif perawat dalam pengembangan daya berfikir dan penalaran yang dipengaruhi latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian tentang substansi ilmu keperawatan dan proses penyakit. Fungsi analisa data adalah perawat yang menginterprestasi data yang diperoleh dari pasien atau sumber lain, sehingga data yang diperoleh memiliki makna dan arti pengambilan keputusan untuk menentukan masalah keperawatan dan kebutuhan klien.

2.4.3 Diagnosa Keperawatan yang Muncul (Nuratif, 2015)

2.4.3.1 Hipertermi b.d proses inflamasi

2.4.3.2 Resiko Keterlambatan Perkembangan b.d gangguan kejang

2.4.3.3 Resiko Aspirasi b.d penurunan reflek muntah, penurunan kesadaran

2.4.3.4 Resiko Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d kejang

2.4.3.5 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi

2.4.3.6 Resiko Jatuh b.d penurunan status mental

2.4.3.7 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat

2.4.4 Intervensi Keperawatan ( Doengoes, 2012)

Tabel 2.7 Hipertermi b.d Proses inflamasi

| Tujuan /kriteriahasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan :Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam suhu tubuh pasien normal, dengan kriteria hasil:<br>1. Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang demam<br>2. Keluarga pasien melaporkan suhu tubuh kembali normal<br>3. keluarga pasien mampu mempraktekkan ulang cara mengompres | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang demam<br>2. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan pakaian tipis dan menyerap<br>3. Ajarkan keluarga pasien untuk pengompresan pada lipatan tubuh dengan benar<br>4. Observasi adanya kejang | 1. Agar keluarga pasien mengetahui tentang gejala kejang demam<br>2. Untuk mempertahankan suhu tubuh normal<br>3. Kompres pada lipatan tubuh dapat menurunkan suhu, dan mengurangi penguapan<br>4. Kejang dapat terjadi sebagai akibat dari iritasi serebral, hipoksia, atau peningkatan TIK |

| | | |
|---|---|---|
| dengan benar secara mandiri<br>4. tidak ada kejang<br>5. Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5 – 37 $^{o}$ C , Nadi 80-90x/menit<br>6. Akral hangat<br>7. tidak ada perubahan warna kulit | 5. Observasi suhu tubuh<br>6. Observasi akral<br>7. Observasi adanya perubahan warna kulit<br>8. Kolaborasi pemberian antipiretik sesuai dengan kondisi pasien | 5. Suhu 38,9$^{o}$C menunjukkan proses penyakit infeksius akut demam yang kembali normal<br>6. Apabila akral dingin menandakan hipotensi<br>7. jika warna kulit biru menandakan sianosis<br>8. Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentral nya pada hipotalamus. |

Tabel 2.8 Resiko Keterlambatan Perkembangan b.d Gangguan Kejang

| Tujuan / kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam keterlambatan perkembangan tidak terjadi, dengan kriteria hasil:<br>1) Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang perkembangan<br>2) Keluarga pasien melaporkan perkembangan fisik, kognitif dan psikososial normal<br>3) Keluarga pasien mampu untuk melakukan stimulus<br>4) Tidak ada gangguan perilaku | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang konsep perkembangan pada anak<br>2. Anjurkan pada keluarga pasien untuk melakukan deteksi perkembangan fisik, kognitif, dan psikososial<br>3. Ajarkan pada keluarga pasien tentang stimulus<br>4. Diskusikan dengan keluarga tentang hal-hal yang terkait | 1. Untuk menambah pengetahuan keluarga pasien<br>2. Untuk mengetahui perkembangan pasien<br>3. Untuk membantu meningkatkan perkembangan pasien<br>4. Agar lebih muda untuk memantau |

2.8 Lanjutan

| | | |
|---|---|---|
| | dengan perkembangan<br>5. Observasi adanya ganggun perilaku | perkembangan klien<br>5. Untuk mengetaui gangguan perilaku yang serius |

Tabel 2.9 Resiko Aspirasi b.d Penurunan Reflek Muntah, Penurunan Kesadaran

| Tujuan / kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan pasien tidak mengalami aspirasi, dengan kriteria hasil:<br>1) Keluarga pasie mampu memahan tentang aspirasi<br>2) Keluarga pasien ma untuk melakuka | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang aspirasi<br>2. Anjurkan orangtua memberikan makan dengan posisi setengah duduk<br>3. Ajarkan pada keluarga pasien untuk periksa | 1. Untuk menambah pengetahuan pada keluarga pasien<br>2. Untuk mempermudah klien dalam menelan<br>3. Untuk mencegah terjadinya resiko aspirasi |

2.9 Lanjutan

| | | |
|---|---|---|
| tindakan pencegaha aspirasi<br>3) Keluarga pasien mampu mempraktekkan ulang cara pemeriksaan tabung NG atau Nasogastrostomy sebelum memberikan makanan<br>4) Tidak ada gangguan menelan | tabung NG atau Nasogastrostomy sebelum memberikan makanan.<br>4. Observasi adanya gangguan menelan<br>5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dalam bentuk sirup | 4. Untuk mengurangi aspirasi<br>5. Obat sirup lebih mudah ditelan dari pada obat berbentuk puyer atau tablet |

Tabel 2.10 Resiko Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d kejang

| Tujuan / kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperwatan selama 1x24 jam diharapkan anak tidak mengalami penurunan jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan, dengan kriteria :<br>1) Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang penurunan sirkulasi jaringan otak<br>2) Keluarga pasien mau untuk membatasi gerakan pada kepala, leher dan punggung<br>3) Keluarga pasien mampu | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang penurunan sirkulasi jaringan otak<br>2. Anjurkan pada keluarga pasien untuk Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung<br>3. Ajarkan pada keluarga pasien untuk melakukan kemampuan dengan bicara dengan pasien walaupun lewat sentuhan | 1. untuk menambah pngetahuan keluarga pasien<br>2. Agar tidak terjadi kejang berulang<br>3. Ungkapan keluarga yang menyenangkan klien tampak mempunyai efek relaksasi pada beberapa klien koma yang akan menurunkan |

2.10 Lanjutan

| | | |
|---|---|---|
| mempraktekkan kemampuan untuk bercira dengan baik<br>4) Tidak ada tanda-tanda peningkatan intracranial<br>5) Nadi 80-100x/menit | 4. Observasi tanda-tanda peningkatan intracranial<br>5. Observasi TTV<br>6. Kolaborasi dengan membatasi pemberian cairan sesuai indikasi. | 4. Untuk mengetahui adanya kecenderungan pada tingkat kesadaran dan resiko TIK meningkat<br>5. Untuk menunjukkan perbaikan kondisi<br>6. Pembatasan cairan mungkin diperlukan untuk menurunkan edema serebral, meminimalkan fluktuasi aliran vaskuler dan TIK. |

Tabel 2.11 Defisiensi pengetahuan b.d kurangnya informasi

| Tujuan / kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan: Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan keluarga klien memahami informasi tentang penyakitnya, dengan kriteria hasil:<br>1) Keluarga pasien menjelaskan kembali tentang penyakitnya<br>2) Keluarga pasien mampu menyebutkan kembali tentang penyebab penyakitnya<br>3) Keluarga pasien mampu menyebutkan | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang definisi penyakit kejang demam, tanda gejala, idenifikasi kemungkinan penyebab, dan jelaskan kondisi tentang pasien<br>2. Jelaskan pada keluarga pasien tentang program pengobatan dan alternative pencegahan<br>3. Tanyakan kembali pada keluarga pasien tentang penyakit, prosedur perawatan dan pengobatan | 1. Meningkatkan pengetahuan dan mengurangi cemas<br>2. Mempermudah intervensi<br>3. Mereview kembali apa yang sudah di informasikan |

2.11 Lanjutan

| | | |
|---|---|---|
| kembali pencegahan kejang demam<br>4) Keluarga pasien mampu menyebutkan penatalaksanaan kejang demam | | |

Tabel 2.12 Resiko Jatuh b.d penurunan status mental

| Tujuan /kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x24 jam diharapkan tidak terjadi resiko jatuh, dengan kriteria hasil:<br>1) Keluarga pasien mampu menjelaskan tentang resiko jatuh | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang penyebab resiko jatuh<br>2. Anjurkan pada keluarga pasien untuk pasang pagar tempat tidur | 1. Untuk menambah pengetahuan keluarga pasien<br>2. Mencegah tejadinya jatuh |

2.12 Lanjutan

| | | |
|---|---|---|
| 2) Kaluarga pasien mau untuk pasang pagar tempat tidur<br>3) Keluarga pasien mampu untuk mempraktekkan pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyongkong daerah tubuh yang mengalami kelemahan<br>4) Pasien tidak jatuh | 3. Ajarkan pada keluarga pasien untuk mempraktekkan pergerakan dan latihan dengan menggunakan ekstremitas yang tidak sakit untuk menyongkong daerah tubuh yang mengalami kelemahan<br>4. Observasi adanya jatuh<br>5. kolaborasi dengan ahli fisioterapi secara aktif, latihan resistif, dan ambulasi | 3. Dapat berespon dengan baik jika daerah yang sakit tidak menjadi lebih terganggu dan memerlukan dorongan serta latihan aktif untuk menyatukan kembali sebagai bagian dari tubuhnya sendiri<br>4. Untuk meningkatkan harapan terhadap perkembangan dan memberikan perasaan control/kemandirian<br>5. Program yang khusus dapat dikembangkan untuk menemukan kebutuhan yang berarti menjaga keseimbangan terjadinya resiko jatuh |

Tabel 2.13 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun

| Tujuan / kriteria hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|
| Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tidak terjadi penurunan nafsu makan, dengan kriteria hasil :<br>1. Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi<br>2. Keluarga melaporkan nafsu makan meningkat<br>3. Tidak terjadi penurunan BB<br>4. Porsi makan habis<br>5. Mual (-) | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang nutrisi<br>2. Anjurkan keluarga pasien untuk memberi makan sedikit tapi sering<br>3. Berikan oral hygiene<br>4. Observasi BB<br>5. Observasi intake dan output makanan<br>6. Observasi mual, muntah<br>7. Kolaborasi dengan tim gizi | 1. Untuk mengetahui fungsi makanan bagi tubuh<br>2. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan<br>3. Untuk menjaga kebersihan mulut<br>4. Untuk mengetahui jumlah makanan<br>5. Untuk memantau apabila terjadi penurunan berat badan<br>6. Untuk mengetahuai keadaan pasien<br>7. Untuk memperbaiki status nutrisi |

| | | |
|---|---|---|
| 6. Muntah (-)<br>7. Kebersihan mulut gigi (+) | untuk memberian diet | |

2.4.5 Implementasi keperawatan

Pelaksanaan atau implementasi merupakan pelaksanaan dari perencanaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan diantara lain validasi (pengesahan) rencana keperawatan, menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan, melanjutkan pengumpulan data, memberikan asuhan keperawatan.

2.4.6 Evaluasi

2.4.6.1 Suhu tubuh kembali normal

2.4.6.2 Tidak terjadi keterlambatan perkembangan

2.4.6.3 Tidak terjadi resiko aspirasi

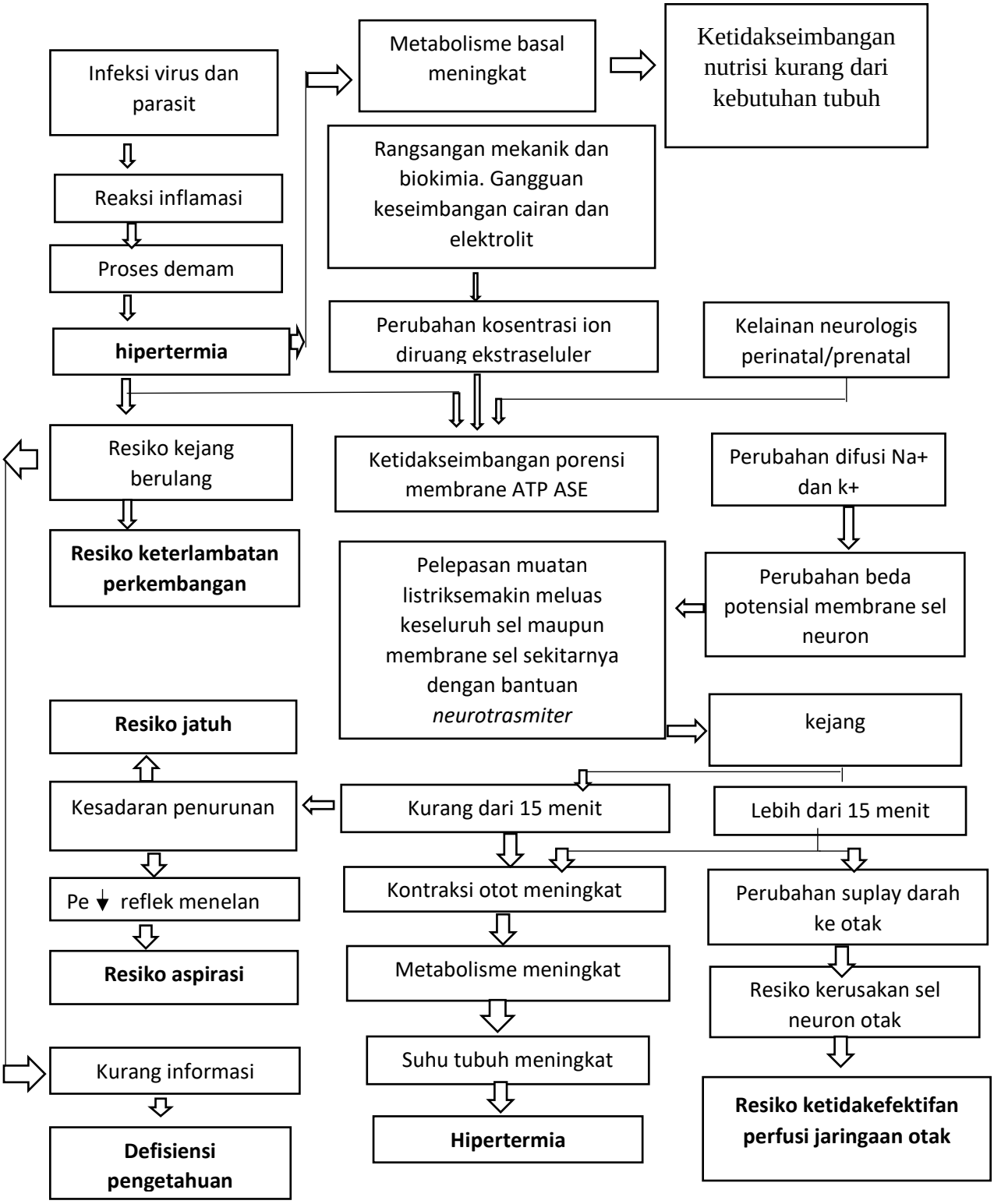
2.4.6.4 Tidak mengalami penurunan jaringan otak

2.4.6.6 Tidak terjadi defisiensi pengetahuan

2.4.6.6 Tidak terjadi resiko jatuh

2.4.6.7 Tidak terjadi Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan

2.4.7 Kerangka masalah




Gambar 2.1 *Pathway* kejang demam (Nuratif, 2015)

# BAB 3

# TINJAUAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata pelaksanaan tindakan keperawatan pada anak H dengan Febris Convulsi, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 20 November 2019 sampai 21 November 2019 dengan data pengkajian pada tanggal 20 November 2019 jam 10.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari ibu klien dan rekam medis No Register 00358847 sebagai berikut:

## 3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Klien adalah seorang anak laki-laki bernama An "H" usia 1 tahun 8 bulan beragama Islam, bahasa yang digunakan adalah bahasa Indonesia. Klien adalah anak ke dua dari Tn P usia 40 tahun dan Ny N usia 30 tahun. Klien tinggal di daerah Bendo Bangil, orang tua klien beragama Islam dan pekerjaan ayah wiraswasta dan ibu pekerjaan sebagai guru TK. Klien MRS tanggal 20-11-2019 jam 03.00 WIB.

3.1.2 Riwayat Keperawatan

3.1.2.1 Keluhan utama/ alasan MRS : ibu klien mengatakan anaknya demam dan kejang, saat dikaji ibu mengatakan anaknya demam

3.1.2.2 Riwayat Penyakit Sekarang : ibu klien mengatakan pada tanggal 19-11-2019 waktu dirumah, pasien demam dan mengalami kekakuan pada otot di seluruh tubuh dan mata melotot ke atas. Kejang berlangsung selama 5 menit sebanyak 4x dalam waktu 24 jam dengan selang waktu 5 jam. Kemudian tanggal 20-11-2019 jam 03.00 pasien dibawa ke RSUD Bangil

menuju ke IGD dan masuk ke ruang Asoka. Pasien pernah menderita kejang 8 bulan yang lalu yaitu pada bulan Maret 2019.

3.1.2.3 Riwayat Keperawatan Sebelumnya : ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalami kejang demam pada usia 1 tahun

3.1.2.4 Penyakit yang pernah diderita : ibu pasien mengatakan anaknya pernah mengalami demam, kejang

3.1.2.5 Kecelakaan yang pernah dialami : ibu pasien mengatakan anaknya tidak pernah mengalami kecelakaan

3.1.2.6 Alergi : ibu pasien mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat alergi

3.1.3 Riwayat persalinan : ibu pasien mengatakan anaknya lahir operasi dengan indikasi ketuban pecah dini

3.1.3.1 Pre natal care

Ibu pasien mengatakan selama hamil ibu rutin kontrol ke bidan 1 bulan 1x, dimunisasi TT 1 kali, ibu pasien mengalami kejang saat usia kehamilan 6 bulan.

3.1.3.2 Natal

Ibu pasien mengatakan melahirkan SC di RS dengan bantuan dokter, lama persalinan 2 jam dan tidak ada komplikasi setelah melahirkan.

3.1.3.3 Post Natal

Ibu pasien mengatakan keadaan bayinya normal dengan berat 2700 gr dan panjang 45 cm.

3.1.4 Riwayat Imunisasi :

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah dilakukan imunisasi sebanyak 5 macam imunisasi, yaitu BCG dilakukan 1 kali saat anaknya lahir, tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi. DPT dilakukan 4 kali, reaksi setelah imunisasi anak mengalami panas tanpa kejang. Polio dilakukan 3 kali, tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi. Campak yang dilakukan 1 kali saat anaknya berusia 9 bulan, tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi dan hepatitis dilakukan 3 kali, tidak ada reaksi setelah pemberian imunisasi.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

3.1.5.1 Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga :

Ibu pasien pernah mengalami kejang saat hamil usia 6 bulan

3.1.5.2 Lingkungan rumah dan komunitas :

Ibu pasien mengatakan lingkungan rumah bersih jauh dari sungai dan pembuangan sampah

3.1.5.3 Perilaku yang mempengaruhi kesehatan : ibu pasien mengatakan jika anak mengalami demam anak segera langsung dibawa ke dokter.

3.1.6 Riwayat Tumbuh Kembang

3.1.6.1 Berat badan sebelum sakit : 12 kg ( 1 minggu sebelum sakit)

Berat badan saat sakit : 10 kg

Tinggi badan : 88 cm

berat badan ideal :

(umur (tahun) x 2) + 8 = (1,8 x 2) + 8

= 3,6+8 = 11,6 kg

3.1.6.2 Erupsi gigi pertama : 6 bulan, Jumlah gigi sekarang : 18 buah gigi susu ( 8 buah rahang atas, dan 10 buah rahang bawah)

3.1.6.3 Tahap Perkembangan Psikososial (sesuai usia)

Initiative vs guilt : Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mempunyai inisiatif untuk bermain sendiri dan melakukan hal lainnya tanpa ada yang menyuruh misalnya anaknya sering bermain bola-bola dan semuannya ditata sendiri sesuai keinginannya.

3.1.6.4 Tahap perkembangan Psikoseksual (fase anal )

Ibu pasien mengatakan kadang-kadang anaknya sebelum mandi suka memainkan alat kelaminnya dulu.

3.1.6.5 Perkembangan Motorik Halus (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu mencoret-coret buku, membalik halaman buku, membuat lingkaran, membuat garis.

3.1.6.6 Perkembangan Motorik Kasar (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu berjalan, naik turun tangga, berjalan mundur, berdiri satu kaki, melempar bola di atas kepala, menangkap bola dan mendorong mainan.

3.1.6.7 Perkembangan Sosialisasi (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu bermain sama teman-temanya seperti bermain mobil-mobilan

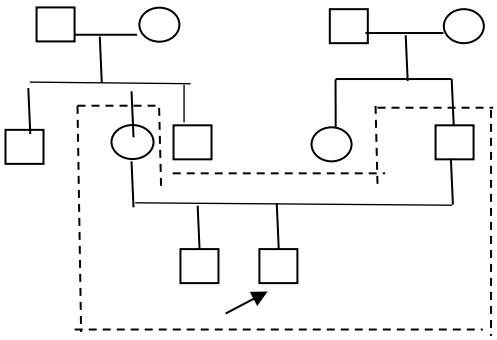
3.1.6.8 Perkembangan Bahasa (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan pasien sudah mampu berbicara lancar, mengerti kata perintah, sudah mampu membandingkan 2 benda

3.1.6.9 Kemampuan Menolong Diri Sendiri (sesuai usia)

Ibu pasien mengatakan anaknya sudah mampu memakai baju dengan kancing besar, memakai sandal sendiri, makan sendiri menggunakan sendok, mencuci tangan sendiri, minum dari cangkir sendiri, bisa mengatakan kalau ingin kebelakang (buang air )

3.1.7 Genogram



Gambar 3.1 Genogram keluarga An.H

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

…. : Tinggal 1 rumah

—— : Ada hubungan darah

↗ : Klien

3.1.8 Riwayat nutrisi

3.1.8.1 Pemberian ASI

Ibu pasien mengatakan pertama kali anaknya disusui setelah lahir. Waktu pemberian ASI setiap kali anaknya menangis, lama pemberian ASI sampai anaknya berusia 1 tahun 8 bulan. Ibu pasien mengatakan menurut pengetahuannya, ASI adalah makanan penting untuk bayi supaya anaknya tidak mudah sakit.

3.1.8.2 Pemberian Susu Formula

Ibu pasien mengatakan anaknya tidak diberi susu formula

3.1.8.3 Pola Perubahan Nutrisi Tiap Tahap Usia Sampai Nutrisi Saat Ini

Ibu pasien mengatakan saat anaknya berusia 0-6 bulan jenis nutrisi yang diberikan adalah ASI dan tidak ada keluhan setelah pemberian. Saat berusia 6-12 bulan nutrisi yang diberikan adalah ASI dan bubur dan tidak ada keluhan setelah pemberian. Ibu pasien mengatakan saat ini anaknya diberikan nasi sebagai sumber nutrisinya dan tidak ada keluhan setelah pemberian.

3.1.8.4 Pola Nutrisi Sehari-hari

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit selera makan anaknya baik, frekuensi makan 3 kali sehari dengan makan habis 1 porsi, menu makan nasi, tidak ada pantangan makanan, tidak ada pembatasan pola makan, cara makan yaitu makan sendiri, ritual saat makan berdoa sebelum makan. Ibu pasien mengatakan Pada saat sakit anaknya tidak mau makan, frekuensi makan pasien 3x/hr sebanyak 5 sendok makan, menu makan nasi tim dan asi, tidak ada pembatasan pola makan, cara makan yaitu dengan disuapi oleh ibunya, dan ritual saat makan berdoa.

Masalah keperawatan : Resiko ketidakseimbangan nutrsisi kurang dari kebutuhan tubuh

3.1.8.5 Cairan

Ibu pasien mengatakan sebelum sakit kebutuhan cairan anaknya tercukupi dengan pemberian air putih dan asi kurang lebih 1800cc. Pada saat anaknya sakit, kebutuhan cairan tidak tercukupi dengan pemberian air putih dan asi dalam sehari anak menghabiskan 900cc. Cara pemenuhan

kebutuhan cairan yang diberikan oleh ibunya sebelum sakit maupun saat sakit yaitu menggunakan gelas.

Kebutuhan cairannya : 10 x 100 = 1000

1 x 50 = 50

Total : 1050 cc / 24 jam

3.1.9 Riwayat Psikososial

3.1.9.1 Tempat tinggal anak : ibu pasien mengatakan anaknya tinggal bersama Ibu dan ayahnya.

3.1.9.2 Hubungan antar anggota keluarga : ibu pasien mengatakan hubungan antar anggota keluarganya baik.

3.1.9.3 Pengasuh anak : ibu pasien mengatakan yang mengasuh anaknya adalah ibu sendiri

3.1.9.4 Persepsi keluarga terhadap penyakit anak : ibu pasien mengatakan yang dialami oleh anaknya adalah cobaan dari Tuhan dan pasti bisa disembuhkan. Pada saat dikaji ibu mengatakan mengatahui tentang definisi dan etiologi kejang demam serta penatalaksanaan anak dengan kejang demam yaitu saat dirumah anak dibaringkan, baju dilonggarkan lalu di usap-usap dengan air.

3.1.9.5 Dampak hospitalisasi

Pasien menangis saat disuntik, tidak mau ditinggal oleh ibunya, rewel, kontak mata yang buruk pada perawat, takut berinteraksi dengan orang yang belum dikenal, tidak mau makan

3.1.10 Observasi dan Pengkajian Fisik

3.1.10.1 Keadaan umum klien : cukup, GCS : 4-5-6

3.1.10.2 Tanda-tanda vital :Suhu : 38$^{o}$C (Aksila), nadi :130x/mnt, respirasi : 28x/mnt

Masalah keperawatan :Hipertermia

3.1.10.3 Antropometri : tinggi badan : 88 cm, berat badan : 10 kg, LLA : 17cm, lingkar dada : 52 cm, lingkar kepala : 49 cm, lingkar perut : 63 cm

3.1.10.4 Sistem Pernafasan

1) Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak batuk, dan tidak ada alat bantu pernafasan , irama nafas teratur, pola nafas reguler. Respirasi 28x/menit.
2) Palpasi : Vokal fremitus normal sama antara kanan dan kiri
3) Perkusi : Sonor
4) Auskultasi : Suara nafas vesikuler

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.10.5 Sistem Kardiovaskuler

1) Inspeksi : Tidak ada cyanosis, tidak ada clubbing finger
2) Palpasi : Pulsasi kuat, CRT < 3 detik,
3) Perkusi : Normal redup/dullness
4) Auskultasi : Bunyi jantung S1 S2 tunggal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.10.6 Sistem Persyarafan

Kesadaran compos mentis, GCS : 4-5-6, ada kejang jenis Tonik, tidak ada kaku kuduk, nyeri kepala tidak terkaji, tidak ada kelainan nervus cranialis. Ibu pasien mengatakan saat di rumah anaknya tidur siang selama 5 jam dari jam 09.00 sampai jam 13.00, tidur malam selama 10 jam dari jam 20.00 sampai jam 06.00. Pada saat di Rumah Sakit, anaknya tidur siang selama 3 jam dari jam 11.00 sampai jam 14.00, tidur malam selama 8 jam dari jam 21.00 sampai jam 05.00.kesulitan tidur karena pasien demam.

Masalah Keperawatan : Resiko kejang berulang

3.1.10.7 Sistem Genitourinaria

Bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, warna jernih, bau khas urin, dan frekuensi berkemih 1 hari ganti 3x pampers sekali pakai

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.10.8 Sistem Pencernaan

Inspeksi; Mukosa bibir kering, lidah bersih, rongga mulut bersih, keadaan gigi bersih, tidak ada kesulitan menelan, bentuk abdomen simetris, normal, supel. Pemeriksaan palpasi diperoleh tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan perkusi diperoleh perut tidak kembung, suara tympani. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah buang air besar 1x / hari, konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feses, tidak ada pemakaian obat pencahar.bising usus normal 20x/menit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.10.9 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas ( pasien aktif dalam bergerak), Kekuatan otot/tonus otot tidak terkaji. Saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit hangat, akral hangat, turgor elastis, kelembapan baik dan lembab, tidak ada oedema. Dan kulit berwarna agak kemerahaan

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.10.10 Sistem Penginderaan

1) Mata: pupil isokor kanan / kiri, reflek cahaya normal kanan / kiri, konjungtiva normal kanan / kiri, tidak ada anemis, sklera putih kanan / kiri, palpebra normal kanan / kiri, tidak menggunakan alat bantu, pergerakan bola mata normal kanan / kiri
2) Hidung : mukosa lembab, tidak ada sekret
3) Telinga : bentuk simetris kanan / kiri, ketajaman pendengaran baik kanan / kiri, cara mengetesnya dengan menggunaka n jam tangan
4) Perasa : pasien merasakan rasa pahit, cara mengetes dengan cara anak diberi permen, dan kuah yang terasa asin.
5) Peraba : normal dengan cara mengetesnya menggunakan jari-jari tangan.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.11 Sistem Endokrin : tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis.

Masalah Keperawatan : Tidak ada Masalah Keperawatan

3.1.12 Pemeriksaan Diagnostic

Tabel 3.7 Hasil laboratorium tanggal 20-11-2019

| Pemeriksaan | Hasil | Satuan | Nilai |
|---|---|---|---|
| Leukosit | 8,92 | $10^3$/**u**l | 6-17 |
| Neutrofil | 2,5 | $10^3$/**u**l | 1-8,0 |
| Limfosit | 5,60 | $10^3$/**u**l | 3-13 |
| Monosit | 7,5 | $10^3$/**u**l | 3-6 |
| Eosinophil | 1187 | $10^3$/**u**l | 0-0,15 |
| Basophil | 0,07 | $10^3$/**u**l | 0-0,17 |
| Neutrophil % | 27,6 | % | 15-35 |
| Limfosit % | 62,8 | % | 45-76 |
| Monosit % | H 2,5 | % | 3-6 |
| Eritrosit (RBC) | 4,102 | | 3,7-5,3 |
| Hemoglobin (HGB) | 11,01 | g/dl | 10,5-13,5 |
| Hematocrit | 31,3 | % | 33-49 |
| MCV | 76,34 | FL | 70-86 |
| MCH | 26,85 | Pg | 23-31 |
| RDW | 14,96 | % | 11,5-16 |
| MPV | 4,717 | fl | 6,90-10,6 |

3.1.13 Terapi 20-11-2019

3.1.13.1 Infus D5 ¼ NS 900cc /24 jam : fungsi dehidrasi

3.1.13.2 Injeksi Ceftriaxone 500 mg : fungsi golongan antibiotic

3.1.13.3 Injeksi phenitoin 150 mg : fungsi mengurangi kejang

3.1.13.4 Paracetmol 90 mg : fungsi untuk mengurangi demam

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

Nama Px : An.H Ruang/ kamar : Asoka

Umur : 1 Tahun 8 bulan RM : 3588XX

Tabel 3.1 Analisa Data Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil

| No | Data | Penyebab | Masalah |
|---|---|---|---|
| 1 | DS: ibu klien mengatakan anaknya demam dan kejang<br>DO: TTV<br>- - Nadi : 130x/menit<br>- Suhu : $38^0$C<br>- RR : 28x/mnt<br>- Akral panas<br>- Kulit berwarna agak kemerahan<br>- Kejang (+) | Infeksi virus dan parasit<br>⇩<br>Reaksi inflamasi<br>⇩<br>Proses demam<br>⇩<br>Hipertermi | Hipertermi |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | DS: ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan<br>DO:<br>- nafsu makan menurun<br>- BB sebelum sakit :12kg<br>- BB sekarang :10 kg<br>- BB normal : 11,6 kg<br>- LLA : 17 cm<br>- Membran mukosa kering<br>- Makan habis 5 sendok | Peningkatan suhu tubuh<br>⇩<br>intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun<br>⇩<br>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh |

### 3.2.1 DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

3.2.1.1 Hipertermi

3.2.1.2 Resiko Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

### 3.2.2 DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN BERDASARKAN PRIORITAS

3.2.2.1 Hipertermi b.d proses infeksi virus ditandai dengan

DS: ibu klien mengatakan anaknya demam dan kejang

DO: TTV - Nadi : 130x/menit

- Suhu : $38^0$C,
- RR : 28x/mnt
- Akral panas
- Kulit berwarna agak kemerahan
- Kejang (+)

3.2.2.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun ditandai denga

DS: ibu klien mengatakan anaknya tidak mau makan

DO: - Nafsu makan menurun,

- BB sebelum sakit :12kg,
- BB sekarang :10 kg
- BB normal : 11,6 kg
- LLA : 17 cm
- Membran mukosa kering
- Makan habis 5 sendok

### 3.3 Intervensi Keperawatan

Nama Px : An.H Ruang/ kamar : Asoka

Umur : 1 Tahun 8 bulan RM : 35884XX

Tabel 3.2 Rencana Tindakan Keperawatan pada An.H Dengan Diagnosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil

| No Dx | Diagnose Keperawatan | Tujuan Kriteria Hasil | Intervensi | Rasional |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi | Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan suhu tubuh klien dalam batas normal dengan<br>Kriteria hasil:<br>1. Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang demam | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang demam<br>2. Anjurkan kepada keluarga untuk memberikan pakaian tipis dan menyerap keringat<br>3. Ajarkan kepada keluarga pasien cara mengompres dengan benar<br>4.Observasi adanya kejang | 1. Agar keluarga pasien mengetahui tentang gejala kejang demam<br>2.Untuk mempertahankan suhu tubuh normal<br>3.Kompres pada lipatan tubuh dapat menurunkan suhu, dan mengurangi penguapan<br>4.Kejang dapat terjadi sebagai akibat |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 2. Keluarga pasien melaporkan suhu tubuh kembali normal<br>3. keluarga pasien mampu mempraktekkan ulang cara mengompres dengan benar secara mandiri<br>4. tidak ada kejang<br>5. Suhu tubuh dalam rentang normal 36,5 – 37 ° C , Nadi 80-90x/menit<br>6. Akral hangat<br>7. tidak ada perubahan warna kulit | 5.Observasi suhu tubuh<br>6.Observasi akral<br>7.Observasi adanya perubahan warna kulit<br>8.Kolaborasi pemberian antipiretik sesuai dengan kondisi pasien | dari iritasi serebral, hipoksia, atau peningkatan TIK<br>5.Suhu 38,9°C menunjukkan proses penyakit infeksius akut demam yang kembali normal<br>6.Apabila akral dingin menandakan hipotensi<br>7.jika warna kulit biru menandakan sianosis<br>8.Digunakan untuk mengurangi demam dengan aksi sentral nya pada hipotalamus. |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan kebutuhan nutrisi meningkat, dengan kriteria hasil :<br>1. Keluarga pasien mampu menjelaskan kembali tentang nutrisi<br>2. Keluarga melaporkan nafsu makan pasien meningkat<br>3. Tidak terjadi penurunan BB | 1. Jelaskan pada keluarga pasien tentang nutrisi<br>2. Anjurkan keluarga pasien untuk memberi makan sedikit tapi sering<br>3. Berikan oral hygiene<br>4. Observasi BB<br>5. Observasi intake dan output makanan<br>6. Observasi mual, muntah | 1. Untuk mengetahui fungsi makanan bagi tubuh<br>2. Untuk menjaga asupan makanan yang dibutuhkan<br>3. Untuk menjaga kebersihan mulut<br>4. Untuk memantau apabila terjadi penurunan berat badan<br>5. Untuk mengetahui jumlah makanan<br>6. Untuk memperbaiki keadaan pasien |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 4. Porsi makan habis<br>5. Mual (-)<br>6. Muntah (-)<br>7. Kebersihan gigi (+) | 7. Kolaborasi dengan tim gizi untuk memberian diet | 7. Untuk memperbaiki status nutrisi |

**3.4 Implementasi**

Nama Px : An.H Ruang/ kamar : Asoka

Umur : 1 Tahun 8 bulan RM : 3588XX

Tabel 3.3 Implementasi Keperawatan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil

| No. Dx | Tanggal | Jam | Implementasi | Nama/tanda tangan |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 20-11-2019 | 11.00<br><br>11.32<br><br>11.35 | 1. Menjelaskan Kepada Keluarga pasien tentang demam. (keluarga mampu menjelaskan kembali tentang demam)<br>2. Menganjurkan keluarga untuk memberikan pakaian tipis yang menyerap keringat.( ibu pasien mau memberikan pakaian yang tipis)<br>3. Mengajarkan cara mengompres dengan benar di lipatan paha dan aksila (ibu pasien mampu mendemostrasikan | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ulang tentang cara mengompres yang benar) | |
| | | 11.35 | 4. Mengobservasi adanya kejang ( tidak ada kejang) | |
| | | 11.37 | 5. Mengobservasi akral ( akral hangat) | |
| | | 11.38 | 6. Mengobservasi warna kulit ( tidak ada perubahan warna kulit) | |
| | | 11.45 | 7. Mengobservasi TTV<br>S: 37,8 $^{o}$C<br>N: 90x/menit | |
| | | 13.00 | 8. memberikan obat<br>- Injeksi Ceftriaxone 500mg<br>- Injeksi phenitoin 150 mg<br>- Paracetmol 90 mg | |
| 2 | | 12.30 | 1. Menjelaskan pada keluarga tentang pentingnya nutrisi (keluarga mengatakan memahami tentang kebutuhan nutrisi) | |
| | | 12.35 | 2. Menganjurkan keluarga untuk tetap memberi makan sedikit tapi sering ( pasien mau makan meskipun sedikit-dikit) | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 12.50<br><br><br><br><br><br><br>13.05 | 3.- Mengobservasi intake dan output makanan ( ibu mengatakan anaknya menghabiskan nasi ½ porsi)<br>- Mengobservasi mual, muntah ( tidak ada mual, muntah )<br>- Memberikan oral hygiene(gigi pasien bersih)<br>4. Mengobservasi BB (BB pasien 10 kg) | |

| No | Tanggal | Jam | Implementasi | Nama /TTD |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 21-11-19 | 08.00<br><br>08.15<br><br>08.20<br><br>\<br><br>12.00 | 1. Menganjurkan keluarga pasien memberikan pakaian tipis<br>2.Menganjurkan keluarga pasien untuk mengompres dengan benar<br>3.Mengobservasi adanya kejang ( tidak ada kejang)<br>4. Mengobservasi akral ( akral hangat)<br>5. Mengobservasi warna kulit ( tidak ada perubahan warna kulit)<br>6. Mengobservasi TTV<br>S: 36,5 $^{o}$C<br>N: 90x/menit | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 2 | | 13.00<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>08.00<br><br><br><br>08.00<br><br><br>12.00<br><br><br><br>13.00 | 5. Mengkolaborasi pemberian cairan IV<br><br>- Injeksi Ceftriaxone 500mg<br>- Injeksi phenitoin 150 mg<br><br>1. Menganjurkan keluarga untuk tetap memberi makan sedikit tapi sering ( pasien mau makan meskipun sedikit-dikit)<br>2. Memberikan oral hygiene ( gigi bersih)<br>3. Mengobservasi intake dan output makanan( ibu mengatakan anaknya menghabiskan nasi 1/2 porsi dan roti )<br>4. Mengobservasi BB (BB pasien 10 kg) | |

**3.5 Catatan Perkembangan**

Nama Px : An.H Ruang/ kamar : Asoka

Umur : 1 Tahun 8 bulan RM : 3588XX

Tabel 3.5 Catatan Perkembangan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil

| Tanggal /jam | Diagnosa keperawatan | Catatan perkembangan | Paraf |
|---|---|---|---|
| 20-11-2019<br>14.00 | Hipertermi b.d proses infeksi | S: -ibu mengatakan suhu badan anaknya sudah turun<br>- Ibu mengatakan sudah melakukan pengompresan dengan benar dilipatan paha dan axila<br>O:- ibu pasien tampak memberikan kompres pada paha dan axila<br>kejang (-)<br>Akral hangat<br>Perubahan warna kulit (-)<br>Suhu: 37,8 $^{o}$ C (axila)<br>Nadi: 110x/menit | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | A: masalah teratasi sebagaian<br>P : intervensi dilanjutkan no. 2,3,4,5,6,7,8 | |
| 20-11-2019<br>14.10 | ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun | S: - ibu mengatakan anaknya makan habis ½ porsi dan roti<br>-ibu mengerti tentang manfaat nutrisi<br>O:- BB 10 kg<br>- Menghabiskan nasi ½ porsi<br>- Mual (-)<br>- Gigi bersih<br>A: masalah teratasi sebagian<br>P : intervensi dilanjutkan no 2,3,4,5,6 | |

### 3.6 Evaluasi

Nama Px : An.H Ruang/ kamar : Asoka

Umur : 1 Tahun 8 bulan RM : 3588XX

Tabel 3.6 Evaluasi Keperawatan Pada An.H Dengan Dignosa Medis Kejang Demam Di Ruang Ashoka RSUD Bangil

| Tanggal | Diagnose keperawatan | Evaluasi | Paraf |
|---|---|---|---|
| 21-11-2019<br>10.00 | Hipertermi b.d proses infeksi | S : ibu mengatakan anaknya sudah tidak panas dan tidak mengalami kejang<br>O :- k.u baik<br>- Akral hangat<br>- Tidak terjadi serangan kejang<br>- Tidak ada perubahan warna kulit<br>- Suhu: 36,5 $^{o}$C<br>- Nadi: 110x/menit<br>A : Masalah teratasi<br>P: Intervensi dihentikan | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 21-11-2019<br>10.10 | ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun | S: ibu mengatakan anaknya sudah mau makan<br>O: - Pasien sudah mau makan<br>- Pasien menghabiskan nasi 1 porsi dan roti<br>- BB 10 kg<br>- Mual (-)<br>- Gigi bersih<br>A: Masalah teratasi<br>P: Intervensi dihentikan | |

# BAB 4

# PEMBAHASAN

Pada bab ini dijelaskan kesenjangan antara teori dan asuhan keperawatan secara langsung pada anak H dengan Diagnosa Kejang Demam (*febris convulsi*) di ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 4.1 Pengkajian

### 4.1.1 Pengkajian

Pada tahap pengumpulan data, penulis tidak mengalami kesulitan karena penulis telah mengadakan perkenalan dan menjelaskan maksud penulis yaitu untuk melaksanakan asuhan keperawatan pada anak sehingga anak dan keluarga terbuka dan mengerti serta kooperatif.

Identitas klien: Pada tinjauan pustaka anak yang mengalami kejang demam biasanya terjadi pada usia 6 bulan - 5 tahun dan tidak terdapat perbedaan jenis kelamin. Pada tinjauan kasus di temukan hal yang sama yaitu anak berusia 1tahun 8 bulan menurut penelitian usia ini rentan terhadap penyakit sehingga mudah mengalami kejang demam. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Atut dkk menunjukkan bahwa anak dengan riwayat kejang demam pada keluarga mempunyai onset kejang demam pertama yang lebih dini. Median usia terjadi kejang demm pertama pada anak yang mempunyai riwayat kejang pada keluarga adalah 13,0 bulan dan anak tanpa riwayat kejang pada keluarga adalah 17,0 bulan. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian sebelumnya yang melaporkan bahwa kejang demam pertama

terjadi pada usia yang lebih muda pada anak yang mempunyai kejang kejang pada keluarga.

4.1.2 Riwayat Keperawatan

4.1.2.1 Keluhan utama: Pada tinjauan pustaka anak dengan kejang demam biasanya demam tinggi dengan suhu hingga $38^0$ C dan anak tampak lemah , sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan hal yang sama yaitu klien demam tinggi dengan suhu $38^0$C, klien tampak lemah. Menurut penelitian tidak ditemukan perbedaan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Kejang demam muncul akibat demamnya iru sendiriyang disebabkan oleh infeksi ekstrakranial. Semua proses infeksi yang menimbulkan demam akan berpotensi menimbulkan kejang. Kejang yag dialami oleh klien merupakan serangan yang kedua. Sebelumnya klien pernah mengalami kejang oada usia 1 tahun. Serangan kejang kali ini muncul ketika suhu badan pasien mencapai 38 $^o$ C. Karena ini merupakan serangan kejang yang berulang dimana biasanya akan timbul kejang pada suhu yang lebih rendah dibandingkan serangan kejang yang pertama kalinya. Menurut Indra Gunawan (2012) dkk menyatakan bahwa suhu tubuh saat kejang demam berulang sangat bervariasi, namun sangat bermakna dalam kejadian kejang demam berulang. Penelitian yang dilakukan oleh Reza yang dikutip oleh Hardika (2019) menunjukkan bahwa rata-rata suhu saat kejang demam berulang yaitu 38,4$^o$ C yang berarti sebagian besar subjek dengan kejang demam berulang memiliki suhu saat kejang < 38,5$^o$C.

4.1.2.2 Riwayat penyakit saat ini: Pada tinjauan pustaka didapatkan adanya keluhan panas mendadak yang disertai kejang, kadang-kadang disertai

dengan keluhan batuk, pilek, sedangkan hasil dari tinjauan kasus diperoleh hal yang berbeda yaitu ibu klien mengatakan anaknya demam tinggi dan disertai kejang, tetapi tidak disertai batuk, pilek. Menurut penulis serangan kejang akan muncul ketika anak mengalami demam. Jadi tidak munculnya keluhan batuk dan pilek pada pasien bukan merupakan sebuah indicator mutlak terjadinya kejang demam. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prastiya (2012) menunjukkan bahwa sebelum kejang 44 % anak mengalami batuk pilek, 44% panas tanpa sebab yang jelas 11% untuk anak dengan diare serta 1% anak mengalami morbili sebelum kejang.

4.1.2.3 Riwayat Penyakit Dahulu :Pada tinjauan teori terdapat riwayat kejang dan demam pada anak. Sedangkan pada tinjuan kasus anak pernah mengalami kejang demam pada usia 1 tahun. Menurut penelitian tidak ada kesenjangan anatara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus. Tinjauan kasus pasien mempunyai riwayat resiko terjadinya kejang berulang yang bisa terjadi pada tahun kedua. Sebagaimana penelitian yang dilakukan oleh Dewanti dkk menunjukkan usia anak <12 bulan saat pertama kali mengalami kejang demam mempunyai kemungkinan 2,73 kali lebih besar untuk mengalami rekuensi daripada anak berusia . 12 bulan saat kejang demam pertama kali.

4.1.2.4 Penyakit yang Pernah Diderita Anggota Keluarga : pada tinjauan pustaka didapatkan anggota keluarga pernah menderita kejang demam sebelumnya. Sedangkan pada tinjauan kasus ibu pasien mengatakan pernah mengalami kejang. Menurut Kjeldsen dkk yang dikutip oleh Atut menyatakan bahwa kejang demam cenderung terjadi dalam satu keluarga, walaupun pewarisan sampai sekarang belum jelas. Anak yang mengalami kejang demam

cenderung mempunyai riwayat kejang demam pada keluarga, walaupun masih belum ada bukti yang jelas. Menurut peneliti pasien mengalami kejang demam karena faktor keturunan yaitu dari ibunya.

4.1.2.5 Perilaku yang Mempengaruhi Kesehatan : Pada tinjauan pustaka didapatkan perilaku orang tua yang buruk membiarkan anaknya demam selama 3 hari dirumah. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan ibu pasien mengatakan jika anak mengalami demam anak segera langsung dibawa ke dokter. Menurut penelitian taslim, 2013 menyatakan bahwa ada perbedaan bermakna terjadinya kejang demam yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku orangtua yang buruk terhadap demam pada anak. Anak dari kelompok orangtua yang memiliki pengetahuan buruk kemungkinan lebih besar terjadi kejang demam sebesar 3,450 kali dibandingkan dengan anak dari kelompok orangtua yang mempunyai pengetahuan baik. Menurut peneliti pasien mengalami kejang demam tidak dikarenakan perilaku dari orangtuanya tetapi pasien memiliki riwayat kejang sebelumnya.

4.1.2.6 Pemeriksaan Fisik Sistem pernafasan

Di dapat Inspeksi: bentuk dada simetris, pola napas reguler, irama napas teratur, frekuensi pernapasan normal, kadang ada batuk, tidak ada retraksi otot bantu napas, tidak ada alat bantu napas. Palpasi: tidak ada benjolan, vocal premitus sama. Perkusi: thorax sonor. Auskultasi : vesikuler. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan Pada inspeksi: Bentuk dada simetris, tidak ada retraksi otot bantu nafas, tidak batuk, dan tidak ada alat bantu pernafasan , irama nafas teratur, pola nafas reguler. Palpasi: vokal fremitus normal sama antara kanan dan kiri, Perkusi: sonor, Auskultasi :

Suara nafas vesikuler. Menurut prastiya (2012) sebelum kejang 44% anak megalami batuk pilek, 44 % panas tanpa sebab yang jelas. Menurut penulis Tidak munculnya keluhan batuk pada penderita disebabkan pasien tidak mengalami infeksi pada saluran nafas atas (ISPA).

4.1.2.7 Pemeriksaan Fisik Sistem Kardiovaskuler

Didapatkan Inspeksi: tekanan vena jugularis menurun, tidak ada clubbing finger, nyeri dada tidak ada, sianosis tidak ada, Palpasi : peningkatan nadi, pulsasi kuat, CRT <3 detik, Perkusi : normal redup, ukuran dan bentuk jantung secara kasar pada kasus kejang demam masih dalam batas normal, Ausultasi : irama jantung reguler, bunyi jantung S1,S2, tunggal. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data yaitu pada Inspeksi klien Inspeksi : Tidak ada cyanosis, tidak ada clubbing finger, Palpasi: Pulsasi kuat, CRT < 3 detik, Perkusi: Normal redup/dullness, Auskultasi : Bunyi jantung S1 S2 tunggal. Sehingga hasil dari pemeriksaan fisik B2 menunjukkan persamaan yang signifikan pada pasien kejang demam.

4.1.2.8 Pemeriksaan Fisik Sistem Persyarafan

Didapatkan data: Inspeksi : GCS menurun, kelainan nervus cranialis, adanya kejang ( tonik, klonik, tonik klonik), adanya nyeri kepala. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan hasil Kesadaran klien compos mentis, GCS : 4-5-6, ada kejang jenis klonik, tidak ada kaku kuduk, nyeri kepala tidak terkaji, tidak ada kelainan nervus cranialis. Teori Widjdicks (2010) menyatakan ketika kejang terjadi gangguan di otak mengalami kekurangan oksigen, sehingga otak tidak

bisa bekerja dengan baik, sehingga penurunan kesadaran dan penderita kejang tidak tidak ingat apa yang sedang dialaminya. Menurut penulis pasien tidak mengalami penurunan kesadaran karena pada saat pengkajian pasien sudah tidak mengalami kejang sehingga suplai oksigen ke dalam otak tidak terjadi gangguan dan otak tidak mengalami kekurangan oksigen dan dapat bekerja dengan baik.

4.1.2.9 Pemeriksaan Fisik Sistem Perkemihan

Didapatkan Inspeksi : pada laki-laki testis sudah menurun terdapat lubang uretra, pada perempuan labia mayor menutupi labia minor, lubang vagina ada, BAK terlihat pekat, produksi urin menurun Palpasi : tidak ada nyeri tekan pada daerah simfisis. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data bentuk alat kelamin normal, uretra normal, alat kelamin bersih, warna urin jernih, bau khas urin, frekuensi berkemih 1 hari ganti 3x pampers. hasil pemeriksaan fisik B4 terdapat perbedaan yaitu produksi urin. Menurut Vaughans, 2013 terjadinya dehidrasi disebabkan oleh asupan yang tidak memadai atau kehilangan berlebihan. Menurut peneliti pasien tidak terjadi penurunan produksi urine hal ini disebabkan karena pada saat sakit kebutuhan cairan pasien tetap terpenuhi dengan

4.1.2.10 Pemeriksaan Fisik Sistem Pencernaan

Didapatkan data: Inspeksi : konsistensi BAB ( cair, padat, lembek), mukosa bibir kering, keadaan gigi bersih/tidak, Palpasi : nyeri tekan (-) pada abdomen, Perkusi : mendengarkan adanya gas, cairan atau massa, hepar tidak membesar dan suara tympani, Auskultasi : bising usus,

peristaltic usus meningkat> 5-20x/menit dengan durasi 1 detik. Sedangkan pada tinjauan kasus di dapatkan data inspeksi: Mukosa bibir kering, lidah bersih, rongga mulut bersih, keadaan gigi bersih, tidak ada kesulitan menelan, bentuk abdomen simetris, normal, supel. Pemeriksaan palpasi diperoleh tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen. Pemeriksaan perkusi diperoleh perut tidak kembung, suara tympani. Auskultasi: bising usus normal 20x/menit. Keluarga pasien mengatakan pasien sudah buang air besar 1x / hari, konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feses. Sehingga hasil dari pemeriksaan fisik B5 menunjukkan terdapat persamaan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

4.1.2.10 Pemeriksaan Fisik Sistem Muskuloskeletal dan Integumen

Didapatkan data: klien Inspeksi : tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit bersih, kulit kemerahan Palpasi : akral hangat, turgor kulit kembali <3 detik, kelembapan kulit kering, elasitas menurun. Sedangkan pada tinjauan kasus terdapat data Kemampuan pergerakan sendi dan tungkai : bebas ( pasien aktif dalam bergerak), Kekuatan otot/tonus otot tidak terkaji. Saat dilakukan pemeriksaan pasien rewel, tidak ada fraktur, tidak ada dislokasi, kulit hangat, akral hangat, turgor elastis, kelembapan baik dan lembab, tidak ada oedema. Dan kulit berwarna agak kemerahaan. Sehingga hasil dari pemeriksaan fisik B6 menunjukkan terdapat persamaan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus.

4.1.2.11 Pemeriksaan Fisik Sistem pengideraann

Didapatkan Mata : Pupil normalnya akan mengecil jika cahaya didekatkan, konjungtiva normalnya merah muda, sclera adanya icterus/tidak, ketajaman penglihatan tajam, pergerakan bola mata mengikuti arah perintah, Hidung: tidak ada secret, ketajaman penciuman tajam, tidak ada kelainan, Telingah: bentuk telinga normal, ketajaman pendengaran tajam, tidak ada kelainan, Perasa: ketajaman perasa normal bisa merasakan ( manis, pahit, asam, asin) , Peraba: bisa merasakan benda yang di pegang atau di raba. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan, Mata: pupil isokor kanan / kiri, reflek cahaya normal kanan / kiri, konjungtiva normal kanan / kiri, tidak ada anemis, sklera putih kanan / kiri, palpebra normal kanan / kiri, tidak menggunakan alat bantu, pergerakan bola mata normal kanan / kiri, Hidung : mukosa lembab, tidak ada secret, Telinga : bentuk simetris kanan / kiri, ketajaman pendengaran baik kanan / kiri, cara mengetesnya dengan menggunakan jam tangan, Perasa : Merasakan rasa pahit Peraba : normal dengan cara mengetesnya menggunakan jari-jari tangan. Carlson, (2011) menyatakan salah satu penyebab lidah terasa pahit adalah suhu badan yang tinggi saat demam tejadi. Saat tubuh panas, salah satu bagian otak yang berfungsi sebagai penerjemah rasa kehilangan kepekaan untuk sementara waktu. Menurut penulis pasien merasakan pahit karena suhu tubuh pasien masih belum kembali normal

4.1.2.12 Pemeriksaan Fisik Sistem Endokrin

Didaptkan Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid tidak ada pembesaran kelenjar parotis, hiperglikemia tidak ada, hipoglikemia tidak ada. Sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, tidak ada pembesaran kelenjar parotis. Sehingga pemeriksaan B8 menunjukkan terdapat persamaan antara tinjuan pustaka dengan tinjuan kasus.

4.1.2.13 Pada pemeriksaan penunjang di tinjauan kasus yang peneliti temukan adalah hasil Laboratorium lengkap adalah didapatkan monosit yang meningkat.

**4.2 Diagnosa Keperawatan**

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka menurut Nanda NIC-NOC ada enam yaitu:

4.2.1.1 Hipertermi b.d proses inflamasi

4.2.1.2 Resiko Keterlambatan Perkembangan b.d gangguan kejang

4.2.1.3 Resiko Aspirasi b.d penurunan reflek muntah, penurunan kesadaran

4.2.1.4 Resiko Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d kejang

4.2.1.5 Defisiensi pengetahuan b.d Kurangnya informasi

4.2.1.6 Resiko Jatuh b.d penurunan status mental

4.2.1.7 Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake nutrisi yang tidak adekuat

4.2.1 Pada tinjauan kasus terdapat dua diagnosa keperawatan yang muncul yaitu:

4.2.1.1 Hipertermi b.d proses infeksi virus

4.2.1.2 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose keperawatan hipertermi, sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnose yang sama. Karena pada klien terjadi peningkatan suhu tubuh 38 $^{o}$ C sehingga keadan suhu tubuh meningkat di atas rentan normalnya.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kenutuhan tubuh sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnose yang sama karena pada klien terjadi penurunan nafsu makan.

Pada tinjauan pustaka didapatkan diagnose keperawatan resiko aspirasi dan resiko jatuh sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnose yang berbeda karena kesadaran klien masih compos mentis

Pada tinjauan kasus didapatkan diagnose keperawatan resiko keterlambatan perkembangan sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnose yang berbeda karena kejang demam tidak berpengaruh terhadap perkembangan dan kecerdasan anak, kecuali anak yang memang lahir dengan kelahiran kelainan atau gangguan pertumbuhan.

Pada tinjauan kasus didapatkan diagnose keperawatan defisit pengetahuan sedangkan pada tinjauan kasus didapatkan diagnose yang berbeda karena ibu pasien paham cara penangganan kejang saat dirumah.

Pada tinjauan kasus didapatkan diagnose keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak sedangkan pada tinjauan kasus

didapatkan diagnose yang berbeda karena pasien tidak terjadi peningkatan TIK.

**4.3 Intervensi**

Pada perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan. Pada tinjauan pustaka perencanaan menggunakan kriteria hasil yang mengacu pada pencapaian tujuan.

Hipertermi b.d proses infeksi virus. Setelah dilakukan tidakan keperawatan selama 2x24 jam suhu tubuh kembali normal, dengan kriteria hasil : suhu tubuh dalam batas normal36,5-37 $^{o}$C, nadi 80-90x/menit, tidak ada perubahan warna kulit, akral hangat.

Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam kebutuhan nutrsisi terpenuhi, dengan kriteria hasil :porsi makan habis, BB normal, tidak mual, tidak muntah.

**4.4Implementasi**

Pada tinjauan pustaka dan tinjauan kasus, implementasi yang dilakukan pada klien tidak ada kesenjangan karena peneliti menggunakan implementasi yang sama dengan tinjauan pustaka, sedangkan pada kasus nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada klien dan ada pendokumentasian serta intervensi keperawatan yang nyata dilakukan ke klien.

## 4.5 Evaluasi

Pada tinjauan pustaka evaluasi belum dapat dilaksanakan karena merupakan kasus semu sedangkan pada tinjauan kasus evaluasi dapat dilakukan karena dapat diketahui keadaan pasien dan masalahnya secara langsung.

Pada waktu dilaksanakan eavaluasi peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan infeksi virus. Suhu tubuh klien sudah terpenuhi dalam 2 x24 jam karena suhu tubuh semakin menurun dan masalah teratasi pada tanggal 21 November 2019 dan intervensi dihentikan. Pada diagnosa Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun. kebutuhan klien terpenuhi selama 2x24 jam karena klien sudah mau makan dan intervensi dihentikan. Pada akhir evaluasi semua tujuan sudah dicapai karena pasien dengan Kejang Demam memerlukan pengobatan yang sebentar dan membutuhkan observasi ketat dan banyak istirahat . Hasil evaluasi pada An. H sesuai dengan harapan masalah teratasi dan pasien saat ini sudah pulang.

# BAB 5

# PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada anak dengan kasus Kejang Demam di ruang Asoka RSUD Bangil Pasuruan maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan anak dengan Kejang Demam

## 5.1 Simpulan

Dari hasil uraian yang telah menguraikan tentang asuhan keperawatan pada anak Kejang Demam, maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

5.1.1 Pada pengkajian klien didapatkan hipertermia dan Resiko ketidakseimbangan nutrisi, hipertermia diakibatkan karena peningkatan suhu tubuh dan proses virus dan ketidakseimbangan nutrisi disebabkan karen nafsu makan menurun. Pada waktu sebelum MRS klien sudah panas tinggi. Didapatkan data fokus klien panas tinggi, suhu tubuh $39^0$C. Didapatkan data pengkajian klien tidak nafsu makan, tubuh klien lemah, anak menangis dan rewel.

5.1.2 Masalah keperawatan yang muncul adalah hipertermia, resiko ketidakseimbangan nutrisi.

5.1.3 Hipertermia berhubungan dengan infeksi virus sehingga menimbulkan panas tinggi . Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan hipertermia dapat teratasi. Kriteria hasilnya keadaan umum composmentis,

suhu tubuh dalam batas normal,nadi dan RR dalam rentang normal, akral hangat, tidak ada kejang, tidak ada perubahan warna kulit. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang tidak adekuat dan nafsu makan menurun. Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan tujuan kebutuhan nutrisi yang adekuat. Kriteria hasilnya porsi makan habis, BB sesuai dengan BB normal.

5.1.4 Beberapa tindakan mandiri keperawatan pada klien dengan kejang demam menganjurkan keluarga untuk mengompers apabila klien mengalami demam. Untuk menyelesaikan masalah tersebut, penulis melibatkan klien secara aktif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan karena banyak tindakan keperawatan yang memerlukan kerjasama antara perawat dan klien.

5.1.5 Pada akhir evaluasi semua tujuan dapat dicapai karena adanya kerjasama yang baik antara klien dan tim kesehatan. Hasil evaluasi pada An. H sudah sesuai dengan harapan dan masalah teratasi.

## 5.2 Saran

Bertolak dari kesimpulan diatas penulis memberikan saran sebagai berikut:

5.2.1 Bagi akademis adalah memberikan lat, sarana dan fasilitas pelayanan yang memadai agar semua tindakan dapat dilakukan dengan teori dan mutu pelayanan kesehatan.

5.2.2 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit meningkatkan sumber daya perawat dan sarana dan prasarana rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit guna meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga tercapainya kepuasan bagi klien khususnya dengan kejang demam.

5.2.3 Bagi peneliti agar berusaha untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dalam melakukan asuhan keperawatan

5.2.4 Bagi profesi kesehatan perawata sebagai pelaksana asuhan keperawatan hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi, bio,spiko,social,dan spiritual dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien.

# DAFTAR PUSTAKA


Ambarwati.(2015).*konsep solusihospitalisasi*.https://www..stikesicmejbg.ac.id/5. Diakses pada tanggal 31 juli 2019 pada pukul 10.00 WIB.

Arif,Mansjoer (2010).*Kapita selekta kedokteran FKUI*. https://digilib.unimus.ac.id. Diakses pada tanggal 01 september 2019 pada pukul 13.00 WIB

Arif, N (2009). *ASI dan tumbuh kembang Anak*. Penerbit MedPress, Yogyakarta

Atut dkk; *hubungan antara riwayat kejang pada keluarga dengan tipe kejang demam dan usia saat kejang demam pertama*; junal sari pediatric 2013 ; 15:137-140

Badan kesehatan dunia (WHO) . Putra andretty (2015). *management of febris colvulsi* https://eprints.ums.ac.id. Diakses pada Tanggal 25 juli 2019 pada pukul 10.00 WIB.

Christianti. (2012).*Dokumentasi Evaluasi Keperawatan.* Jakarta:EGC

Carlrson, (2011). *Perubahan konsentrasi terhadap rasa pengecap pada demam.*; jurnal penelit. Med. Eksakta, Vol.8 , No 3 : 159-167

Dewanti dkk ; *Analisis faktor-faktor yang berhubugan dengan kejadian kejang demam* :E-Jurnal Medika, Vol.8 No.4 april 2019

Dinkes, (2018). *Status derajad kesehatan daerah* . www.dinkes.go.id. Diakses pada tanggal 25 Juli 2019 pada pukul 09.45 WIB

Dona L Wong. (2009). *Pedoman Klinis Keperawatan.* Pediatrik.Jakarta:EGC

Fida & maya. (2012). *Pengantar Ilmu Kesehatan Anak*. Jogjakarta: Medica

Grandell (2009*). Kejang demam dalam pedoman pelayanan* medic anak Edisi ke 2. Semarang: bagian ilmu kesehatan anak FK UNDIP.2009

Gunawan, Indra (2012). *Faktor resiko kejang demam berulang*. Jurnal: kesehatan tadulako Vol 2 No.2

Hazaveh.(2011). *Penelitian yang berhubungan dengan kejang demam* https://hia25.blogspot.com/2016/11/proposal-penelitian-yang-berhubungan.html?m=1. Diakses pada tanggal 28 juli 2019 pada pukul 13.00 WIB

Indriyani, Diyan (2011). *Buku ajar keperawatan anak.* Yogyakarta Ar-Ruzz Media

Livingstone (2013*). Klasifikasi kejang demam pada anak*. IDAI Sari Pediatrik.2013

Minarti. (2015). *Pertumbuhan Dan Perkembangan Toddler*.http://elvinpasunda.blogspot.co.id/2011/10/pertumbuhan-dan-perkembangan-toddler1.html.Diakses pada tanggan 12 Mei 2020 pada pukul 09.15 WIB

Ngastiyah. (2014). *Buku Keperawatan Anak Sakit*. Jakarta: EGC

Nurarif dan Kusuma. (2015). *Asuhan Keperawatan berdasarkan NANDA NIC NOC*. Jogjakarta: Media action

Nursalam. (2009). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak (Untuk perawat dan bidan), edisi pertama* , Jakarta: Selamba Medika

Nurvita Indarini. (2017). *Rumus tinggi badan anak.* https://www.haibunda.com. Diakses pada tanggal 12 September 2019 pada pukul 14.00 WIB

Rampengan,N.H (2013). *Ilmu penyakit Anak.* Sari pediatri. Jakarta : ECG

Raftery,(2009). *Penelitian yang berhubungan dengan kejang demam* https://hia25.blogspot.com/2016/11/proposal-penelitian-yang-berhubungan.html?m=1. Diakses pada tanggal 28 juli 2019 pada pukul 13.00 WIB

100

Prastiya, Darto. *Faktor risiko kejang demam berulang pada anak*. Jurnal Media Medika Indonesia: 2012;46:75-79

Price A Sylvia. (2015) : *Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. Keperawataan*. Jakarta;EGC

Rekam medis RSUD Bangil (2019*). Jumlah kasus kejang demam pada anak*. Pasuruan

Reza dkk *; Analisis faktor-faktor yang berhubugan dengan kejadian kejang demam* :E-Jurnal Medika, Vol.8 No.4 april 2019

Riendravi, (2013). *Tahapan psikososial anak*. Jakarta :EGC

Soedjiningsih. (2012). *Tumbuh kembang anak* . Jakarta ;EGC

Soetomenggolo. (2009). *Kejang demam*. https://repository.usu.ac.id. Diakses pada tanggal 01 agustus 2019 pada pukul 09.00 WIB

Satriana. (2010).*Perkembangan moral menurut teori lawrence kohlberg*. https://malpalenisatriana.wordpress.com/2010/11/05/perkembangan-moral- menurut-teori-lawrence-kohlberg/Diakses pada tanggal 2 Agustus 2019 pada pukul 20.16 WIB

Satara. (2011).*konsep tumbuh kembang*. https://studylibid.com/doc/224498/11-bab-2-tinjauan-pustaka-2.1-konsep-tumbuh-kembang. Diakses pada tanggal 05 September 2019 pada pukul 09.00 WIB

Taslim ,(2013). *Hubungan tingkat pengetahuan ibu tentang penangganan demam*.; jurnal : kesehatan tadulako Vol 2 No.2 Juli 2016 : 1-72

Wardiyah. (2018). *Jumlah penderita kejang demam* https://samoke2012.wordpress.com. Diakses pada tanggal 28 Juli 2019 pada pukul 13.00 WIB.

Waskito, Pungguh A. *komplikasi kejang demam* (2013). .http://repository.unimus.ac.id . Diakses pada tanggal 02 September 2019 pada pukul 13.00 WIB.

Widjdicks (2010). *Pendekatan holistic penyakit kronik pada anak untuk meningkatkan kualitas hidup*. E jurnal Medika, Vol 8 No.4

Wulandari. (2016). *Buku ajar keperawatan Anak*. http://repository.unimus.ac.id . Diakses pada tanggal 02 September 2019 pada pukul 13.00 WIB.

Vaughans, Bennita (2013*). Keperawatan dasar*. Diahli bahasakan oleh prabawati A. Yogyakarta: Rapha Pusblishing.

YAYASAN KERTA CENDEKIA
AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA
Jalan Lingkar Timur, Rangkah Kidul, Sidoarjo 61232
Telepon: 031 – 8961496; Faximile : 031 – 8961497
Email : akper.kertacendekia@gmail.com

Nomor : 04/BAAK/VIII/2019
Hal : Permohonan Studi Penelitian

Sidoarjo, 16 Agustus 2019

**Yth. Direktur RSUD Bangil**
**Pasuruan**

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir , Mahasiswa Tingkat III Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo, Tahun Akademik 2019 – 2020, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan bantuan kepada mahasiswa kami,

| No. | Nama | NIM | Judul KTI |
|---|---|---|---|
| 1. | Fitria Isnaini Ramadhani | 1701034 | Asuhan Keperawatan Pada Anak Dengan Diagnosa Kejang Demam di Ruang Ashoka |

Untuk melakukan pengambilan data studi kasus sesuai dengan tujuan proposal penelitian yang telah ditetapkan.

Demikian Surat Permohonan dari kami. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terima kasih.

Direktur,

Agus Sulistyowati, S. Kep, M.Kes

Dipindai dengan CamScanner

**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN**
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**
Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan Kode Pos 67153
Telp. (0343) 744900; 747789Faks. (0343) 744940,747789

Pasuruan, 19 November 2019

Nomor : 445.1/3094.15/424.202/2019
Lampiran : -
Hal : Persetujuan Pengambilan Data

Kepada
Yth. Direktur Akademi Keperawatan Kerta Cendekia
Jl. Lingkar Timur Rangkah Kidul
SIDOARJO

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 135/KM/XII/2019 tanggal 19 November 2019 perihal Permohonan Studi Pendahuluanatas nama:

Nama : FITRIA ISNAINI RAMADHANI
NIM : 1701034
Judul : Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Diagnosis Medis Kejang Demam di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk melakukan Pengambilan Data Awal di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 19 – 23 November 2019.

Dengan ketentuan :
1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang
u.b.
Kasi Diklat

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada :
1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

Dipindai dengan CamScanner

*INFORMED CONSENT*

Judul :"**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK DENGAN DIAGNOSA MEDIS KEJANG DEMAM DI RUANG ASHOKA RSUD BANGIL PASURUAN**".

Tanggal pengambilan studi kasus 20...Bulan ..11...Tahun 2019

Sebelum tanda tangan dibawah, saya telah mendapatkan informasi tentang tugas pengambilan setudi kasus ini dengan jelas dari mahasiswa yang bernama **FITRIA ISNAINI RAMADHANI** proses pengambilan studi kasus ini dan saya mengerti semua yang telah dijelaskan tersebut.

Saya setuju untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan studi kasus ini dan saya telah menerima salinan dari form ini.

Saya, Nona/Nyonya/Tuan ...Nadia..... dengan ini saya memberikan kesediaan setelah mengerti semua yang telah dijelaskan oleh peneliti terkait dengan proses pengambilan studi kasus ini dengan baik. Semua data dan informasi dari saya sebagai partisipan hanya akan digunakan untuk tujuan dari studi kasus ini.

Tanda Tangan.....paritisipan

(.....Nadia.....)

Tanda Tangan.....Saksi

(.....Hanifah.....)

Tanda Tangan.....Peneliti

(.....Fitria Isnaini R.....)

Dipindai dengan CamScanner

# SATUAN ACARA PENYULUHAN KEJANG DEMAM

# DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL

# PASURUAN

**Disusun Oleh :**

**FITRIA ISNAINI RAMADHANI**

**NIM. 1701034**

**PROGRAM DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**AKADEMI KEPERAWATAN KERTA CENDEKIA**

**SIDOARJO**

**2020**

# SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP) KEJANG DEMAM DI RUANG ASOKA RSUD BANGIL PASURUAN

Pokok bahasan : Kejang demam pada anak

Hari, tanggal :Kamis, 21 november 2019

Waktu pertemuan : 11.00 WIB – Selesai

Tempat : Ruang inap Asoka RSUD Bangil

Sasaran : Keluarga pasien

---

## A. Latar Belakang

Berdasarkan hasil pengkajian pada keluarga An.H pada tanggal 20 November 2019 didapatkan bawah keluarga An.H diketahui mengalami kejang demam dengan suhu 38$^{o}$C dan mengalami kejang sebanyak 4x . Sehingga pada penderita kejang demam sangat diperlukan upaya pencegahan agar tidak terjadi kejang lanjutan. Oleh karena itu pendidikan kesehatan kepada keluarga mengenai kejang demam dan penanganannya sangat penting untuk dilakukan.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum

Setelah mendapatkan penyuluhan, sasaran mampu memahami dan mengaplikasikan materi penyuluhan dalam kehidupan sehari-hari

**2. Tujuan Khusus**

Setelah mendapatkan penyuluhan masyarakat mampu:

a) Memahami pengertian kejang demam

b) Memahami penyebab kejang demam

c) Mengetahui penatalaksanaan kejang demam

## C. SASARAN

Sasaran penyuluhan : keluarga pasien

## D. MATERI PEMBELAJARAN

1. Pokok bahasan : Informasi mengenai penyakit kejang demam
2. Sub pokok bahasan :
   a. Memahami pengertian kejang demam
   b. Memahami penyebab kejang demam
   c. Mengetahui penatalaksanaan kejang demam

## E. METODE PENYULUHAN

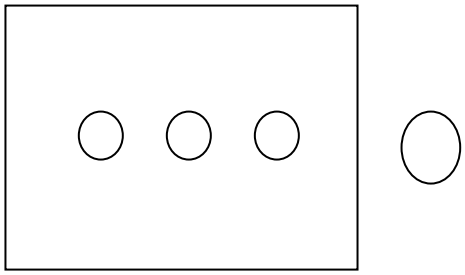
1. Ceramah
2. Tanya jawab

## F. KEGIATAN PENYULUHAN

| NO | Waktu | Kegiatan Penyuluhan | Kegiatan Warga |
|---|---|---|---|
| 1. | 5 menit | Pembukaan :<br>- Mengucapkan salam<br>- Menjelaskan nama dan akademi<br>- Menjelaskan topik dan tujuan pendidikan kesehatan<br>- Menanyakan kesiapan keluarga | - Menjawab salam<br>- Mendengarkan<br>- Mendengarkan<br>- menjawab |
| 2. | 25 menit | Pelaksanaan :<br>Penyampaian materi<br>- Pengertian kejang demam<br>- Penyebab kejang demam | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - Penatalaksanaan kejang demam | |
| 3 | 10 menit | Evaluasi :<br>- menanyakan kembali hal-hal yang sudah dijelaskan mengenai kejang demam<br>- memberikan kesempatan pada keluarga mendemontrasikan cara penanganan kejang demam | - menjawab<br>- mendemontrasikan |

## G. SETTING TEMPAT



: penyaji

## H. MEDIA

1. Leaflet

## I. PENGORGANISASIAN

1. Penyaji : Fitria Isnaini Ramadhani

## G. Evaluasi

Evaluasi dilakukan dengan lisan seperti tanya jawab dengan 3 pertanyaan :

1. Dengan menjelaskan kembali pengertian kejang demam ?
2. Dapat menyebutkan tanda dan gejala kejang demam?
3. Dapat menyebutkan akibat apabila kejang demam tidak ditangai segera ?

# MATERI PENYULUHAN

# KEJANG DEMAM

---

## A. Definisi

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh ( suhu rectal diatas $38^{o}$ c) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium

## B. Penyebab :

1. Infeksi
2. Kerusakan otak sejak dalam kandungan
3. Faktor keturunan
4. Akibat jatuh
5. Tumor
6. Karena zat beracun

## C. Tanda dan Gejala:

1. Suhu badan meningkat
2. Anak kehilangan kesadaran
3. Sulit bernafas
4. Kulit menjadi pucat
5. Mata berputar-putar
6. Biasanya pulih sepenuhnya setelah 10-15 menit.

**D. Penangganan :**

1. Tetap tenang dan tidak boleh panic
2. Atur posisi anak dengan kepala tegak menghadap ke atas, agar anak bisa bernaafas
3. Letakkan anak ditempat yang aman
4. Longgarkan baju anak
5. Masukkan sendok yang dibungkus seputangan ke dalam mulut anak untuk menghindari lidah tergigit
6. Jika anak sudah berhenti, miringkan anak
7. Jika kejang sudah berhenti dan anak sadar berikan kompresan dan berikan obat penurun panas
8. Setelah bawa anak ke puskesmas ataunrumah sakit
9. Jika kejang berlangsung lebih dari 15 menit segera bawa ke rumah sakit.

**Pengertian :**

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh ( suhu rectal diatas $38^{o}$ c) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium.

**Penyebab :**

1. Infeksi
2. Kerusakan otak sejak dalam kandungan
3. Faktor keturunan
4. Akibat jatuh
5. Tumor
6. Karena zat beracun

**Tanda dan Gejala:**

1. Suhu badan meningkat
2. Anak kehilangan kesadaran
3. Sulit bernafas
4. Kulit menjadi pucat
5. Mata berputar-putar
6. Biasanya pulih sepenuhnya setelah 10-15 menit.

**Pencegahan :**

1. Segera berikan paracetamol dan kompres dingin bila anak demam
2. Memperbanyak asupan cairan anak
3. Tidak memakai pakaian yang terlalu tebal di malam hari

**Penangganan :**

1. Tetap tenang dan tidak boleh panic
2. Atur posisi anak dengan kepala tegak menghadap ke atas, agar anak bisa bernaafas
3. Letakkan anak ditempat yang aman
4. Longgarkan baju anak
5. Masukkan sendok yang dibungkus seputangan ke dalam mulut anak untuk menghindari lidah tergigit
6. Jika anak sudah berhenti, miringkan anak
7. Jika kejang sudah berhenti dan anak sadar berikan kompresan dan berikan obat penurun panas
8. Setelah bawa anak ke puskesmas ataunrumah sakit
9. Jika kejang berlangsung lebih dari 15 menit segera bawa ke rumah sakit.

**AKPER KERTA CENDEKIA SIDOARJO**

**KEJANG DEMAM**

# KONSULTASI PASCA PROPOSAL

| No. | Tanggal | Pembimbing | Uraian Konsultasi | Tanda Tangan |
|---|---|---|---|---|
| | 26-3-2020 | Riesmi | Bab 1, 2, 3, 4 | |
| | 12-4-20 | Riesmi | Bab 1-4 | |
| | | | Lengkapi sampul – lampiran | |
| | | Riesmi | Bab 1, 2, 3, 4 | |
| | 21/Mei 20 | Riesmi | Bab 3, 4, 5 | |
| | 23/5 20 | Riesmi | Acc | |
| | 4/5 20 | Meli | Revisi Genogram, audul tabel | |
| | 6/5 20 | Meli | Acc. Penulisan | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dipindai dengan CamScanner