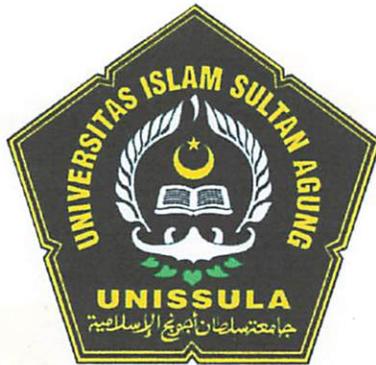


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. F DENGAN KEJANG  
DEMAM DI RUANG BOUGENVILLE III  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
KUDUS**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

**Dewi Ayu Kartika**  
NIM.89.331.2844

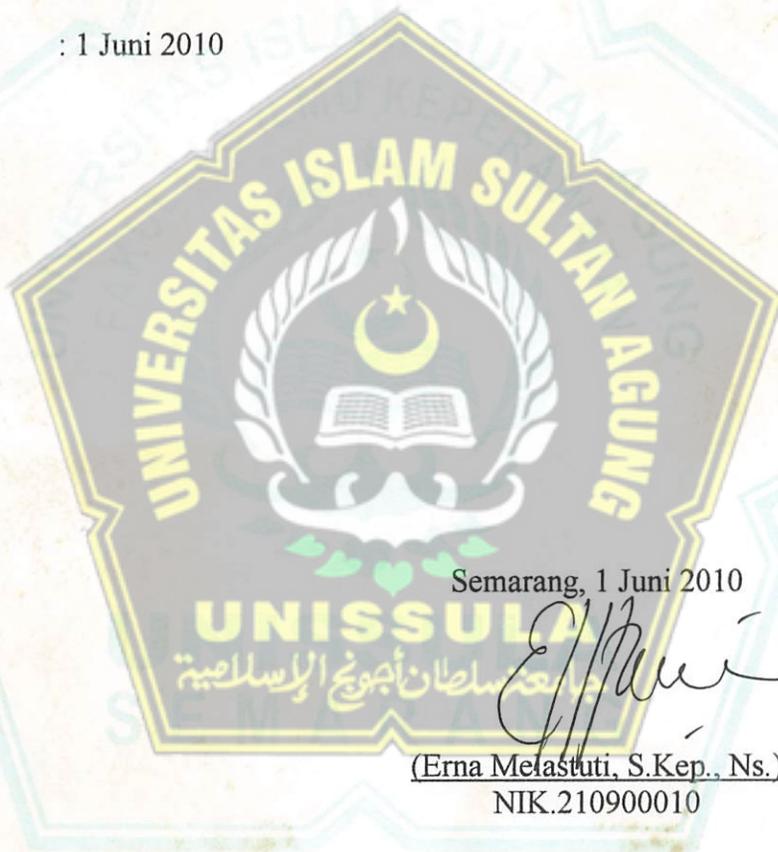
**PRODI D III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG  
SEMARANG  
2010**

## HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapkan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari : Selasa

Tanggal : 1 Juni 2010



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Rabu, tanggal 2 Juni 2010 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 2 Juni 2010

### Tim Penguji

Penguji I



(Erna Melastuti, S.Kep., Ns.)

NIK : 210900010

Penguji II



(Indra Tri Astuti, S.Kep., Ns.)

NIK : 210900009

Penguji III



(Kurnia Wijayanti, S.Kep., Ns.)

NIK : 210909016

## MOTTO

- Setiap urusan yang tidak di mulai dengan *Bismillahirrahmanirrahim* terputus berkahnya
- Kesuksesan adalah rahasia yang tak seorang pun yang mengerti
- Berfikir ke depan dan selalu berusaha adalah kunci utama kesuksesan
- Jangan pernah putus asa dan jangan menyerah dalam menghadapi tantangan hidup ini
- Hidup adalah pilihan, di mana kita harus memilih yang terbaik buat kita, akan tetapi kita juga harus melihat seberapa besar keinginan kita untuk mencapainya.
- Bermimpilah apa yang kamu impikan, gapailah keinginanmu yang kamu inginkan. Karena kita hidup sekali di dunia ini janganlah kamu sia-siakan yang ada pada dirimu, yakinlah pada diri sendiri bahwa kamu bisa melakukannya

Karya Tulis Ilmiah ini Kupersembahkan untuk

Alm Ayah dan Ibuku Tercinta yang selalu

Ada di setiap waktu.

## **KATA PENGANTAR**

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah memberikan Rahmat dan Hidayah –Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan laporan dengan judul “Asuhan Keperawatan Dengan Febris Convulsiv pada An. F Di Ruang Anak Bougenville 3 Rumah Sakit Umum Daerah Kudus”.

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan, wawasan dan pengalaman dari berbagai pihak, laporan ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu dalam kesempatan ini penulis bermaksud mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung
2. Bapak Iwan Ardian, SKM Selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM Selaku Kaprodi D III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung
4. Rumah Sakit Umum Daerah Kudus. Yang telah mengizinkan penulis untuk mengambil studi kasus dan dapat mengaplikasikan ilmu yang telah penulis peroleh di kampus sehingga penulis dapat mengambil studi kasus untuk karya tulis ilmiah ini.
5. Ibu Erna Melastusi, S.Kep. Ns selaku Pembimbing dalam menyusun Karya Tulis Ilmiah ini

6. Bapak dan Ibu Dosen yang telah memberikan ilmu kepada Mahasiswa Fakultas Sultan Agung Semarang
7. Buat Almarhum bapak tercinta semoga penulis bisa membuat bangga disana, buat ibu semoga penulis bisa menjadi seperti yang ibu inginkan trima kasih dengan segala pengorbanan yang telah membesarkan, mendidik serta memberikan doa dan kasih sayang, yang selalu memberikan dukungan moril dan materi.(loveyouforever)
8. Saudara-saudaraku (rere,putri,sinta,nana) semua yang telah membantu dan memberikan motivasi dan doanya.
9. Bebe ku hesa terima kasih atas dukungan, perhatian dan motivasi selama ini. & Jangan nakal lagi.
10. Teman-teman seprofesi dan seperjuangan
11. Sahabatku semoga ini bukan akhir dari semuanya, tetep semangat CAYOOOOO....!!!!

Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan ini masih jauh dari sempurna. namun besar harapan penulis laporan ini dapat memenuhi persyaratan kelulusan Diploma III Keperawatan. Akhirnya penulis mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dan bermanfaat bagi penulis, demi kesempurnaan laporan ini.

Semarang, Mei 2010

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
MOTTO .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
DAFTAR TABEL .....	ix
DAFTAR LAMPIRAN .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	3
C. Manfaat Penulisan .....	4
<b>BAB II KONSEP DASAR</b> .....	<b>5</b>
A. Konsep Dasar Anak .....	5
1. Pengertian Anak .....	5
2. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak .....	5
3. Pertumbuhan Dan Perkembangan Anak Usia 0 – 1 tahun...	9
B. Konsep Dasar Penyakit .....	25
1. Pengertian .....	25
2. Etiologi .....	25
3. Patofisiologi .....	26

4. Manifestasi Klinis .....	27
5. Prognosis .....	28
6. Pathways .....	29
7. Pemeriksaan Penunjang .....	30
8. Komplikasi .....	31
9. Penatalaksanaan .....	31
a. Penatalaksanaan Medik .....	31
b. Penatalaksanaan Keperawatan.....	32
C. Konsep Dasar Keperawatan .....	33
1. Pengertian Asuhan Keperawatan .....	33
2. Pengkajian Keperawatan .....	34
3. Fokus Pengkajian .....	37
4. Diagnosa Keperawatan .....	39
5. Fokus Intervensi .....	39
<b>BAB III RESUME KEPERAWATAN .....</b>	<b>43</b>
A. Pengkajian .....	43
1. Biodata .....	43
2. Riwayat kesehatan .....	43
3. Genogram .....	45
4. Data Kesehatan Saat Ini .....	45
5. Pola Fungsional Menurut Gordon.....	46
6. Pemeriksaan Fisik .....	48

7. Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi .....	49
<b>BAB IV PEMBAHASAN .....</b>	<b>51</b>
<b>BAB V PENUTUP .....</b>	<b>57</b>
A. Kesimpulan .....	57
B. Saran .....	58

**DAFTAR PUSTAKA**



## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Pertumbuhan dan Perkembangan selama masa 0-1 tahun .....	10
Tabel 2. Model konseptual menurut Gordon .....	35



## **DAFTAR LAMPIRAN**

**Lampiran 1. Surat Keterangan Konsultasi**

**Lampiran 2. Surat Kesediaan Membimbing**

**Lampiran 3. Lembar Konsultasi KTI**

**Lampiran 4. Asuhan Keperawatan Asli**



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja (Hidayat, 2006).

Oleh karena itu tidak satupun orang tua yang menginginkan anaknya jatuh sakit, lebih-lebih bila anaknya mengalami kejang demam.

Di negeri yang sedang berkembang, termasuk Indonesia terdapat dua faktor yaitu gizi dan infeksi yang mempunyai pengaruh yang besar sekali terhadap pertumbuhan anak. Saat ini 70% kematian balita disebabkan karena pneumonia, campak, diare, malaria, dan malnutrisi. Ini berarti bahwa penyakit infeksi masih menjadi penyebab kematian balita. Terjadinya proses infeksi dalam tubuh menyebabkan kenaikan suhu tubuh yang biasa disebut dengan demam, demam merupakan faktor resiko utama terjadinya kejang demam (Selamihardja, 2001).

Kejang demam anak perlu diwaspadai karena kejang yang lama (lebih dari 15 menit) dapat menyebabkan kematian (0,64-0,74%), kerusakan saraf otak sehingga menjadi epilepsi, kelumpuhan bahkan retardasi mental. Hasil pengamatan Livingston diantara 201 pasien kejang demam sederhana 6 (3%) menderita epilepsi, sedangkan diantara 297 pasien dengan epilepsi yang diprovokasi oleh demam 276 (93%) menderita epilepsi.

Prichard dan Mc Greal mendapatkan angka epilepsi 2% pada kejang demam sederhana dan 30% pada kejang atipikal. Di Indonesia, Lumban Tobing melaporkan 5 (6,5%) diantara 83 pasien kejang demam menjadi epilepsi. Penanganan kejang demam harus tepat, sekitar 16% anak akan mengalami kekambuhan (rekurensi) dalam 24 jam pertama walaupun adakalanya belum bisa dipastikan, bila anak mengalami demam yang terpenting adalah usaha menurunkan suhu badannya. Pemberian obat pencegah kejang tidak boleh berlebihan karena dapat menimbulkan efek samping. Sementara itu anak terus dimonitor suhu badannya, karena dalam 16 jam pertama kemungkinan serangan ulang masih besar (Selamihardja, 2001).

Berdasarkan hasil prasurvey di Ruang Anak RSUD Ahmad Yani pada bulan April 2004 terdapat 15 kasus kejang demam, 80% (11 Kasus) disebabkan oleh infeksi saluran pernapasan, 2 pasien kejang demam meninggal dengan observasi meningitis dan ensefalitis dan 1 pasien dirujuk (RSU A. Yani, 2004). Di Ruang Anak RSUD Ahmad Yani dalam penatalaksanaan kejang demam terdapat prosedur tetap yang menjadi pedoman bagi petugas kesehatan, akan tetapi masih ada petugas kesehatan yang dalam melakukan penatalaksanaan kejang demam tidak melakukan tindakan menurunkan suhu, tindakan menjamin oksigenasi dan pemeriksaan cairan serebrospinal.

Pengobatan segera atau terapi sangat penting, jika tidak dilakukan kambuhnya kejang semakin tinggi, sekitar sepertiga pasien kejang demam akan mengalami kekambuhan sebesar 44% pada pasien yang tidak diobati

dan pada pasien yang mendapat terapi Fenobarbital maupun terapi Diazepam per rektal kekambuhan sebesar 21% (Anugrah, 2003). Ada 3 hal yang perlu dikerjakan dalam penatalaksanaan kejang demam, yaitu : pengobatan fase akut, mencari dan mengobati penyebab, serta pengobatan profilaksis untuk mencegah berulangnya demam.

Berdasarkan hal-hal tersebut di atas, penulis tertarik melaksanakan “Asuhan Keperawatan Pada Anak “F” dengan Kejang Demam di Ruang Anak RSUD Kudus”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Diperolehnya pengetahuan atau gambaran pelaksanaan Asuhan Keperawatan pada kasus Kejang Demam di Ruang Anak RSUD Kudus.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mampu melakukan pengkajian yaitu mengumpulkan data subyektif dan data obyektif pada pasien dengan kejang demam.
- b. Mampu menganalisa data yang diperoleh
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan kejang demam
- d. Mampu membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan kejang demam
- e. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang ditentukan.
- f. Mampu mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan

### **C. Manfaat Penulisan**

#### **1. Bagi penulis**

Menambah pengetahuan dan memberikan pengalaman nyata yang berkaitan dengan asuhan keperawatan kejang demam.

#### **2. Bagi institusi**

Menambah referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan calon perawat yang berkompeten khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan dengan kejang demam secara komprehensif.

#### **3. Bagi klien**

Memberikan pengetahuan dan menambah ketrampilan pada keluarga tentang perawatan anak dengan kejang demam.

#### **4. Bagi rumah sakit**

Meningkatkan pelayanan kepada masyarakat, khususnya bagaimana melaksanakan asuhan keperawatan dengan kejang demam.

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR**

#### **A. Konsep Dasar Anak**

##### **1. Pengertian Anak**

Anak diartikan sebagai seseorang yang berusia kurang dari delapan belas tahun dalam masa tumbuh kembang dengan kebutuhan khusus baik kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Hidayat, 2006).

Anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) Tahun, termasuk anak yang ada dalam kandungan. (Pasal 1 undang-undang No.23 Tahun 2002. (Ardi,2005pengertiananak.prabusetiawan.blogspot. diakses tanggal 16 Mei 2010)

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa anak adalah seseorang yang berusia kurang dari 18 tahun yang masih dalam proses masa tumbuh kembang.

##### **2. Pertumbuhan dan perkembangan anak**

Proses tumbuh kembang anak dapat berlangsung secara alamiah, tetapi proses tersebut sangat tergantung kepada orang dewasa atau orang tua. Tumbuh kembang anak menurut (dr. Suciningsih (2002, dalam Ngastiyah, 2005) mencakup dua peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan yaitu mengenai pertumbuhan dan

perkembangan. Sedangkan apa yang dimaksud dengan pertumbuhan dan perkembangan perdefinisinya seperti berikut : Pertumbuhan (*growth*) 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 dengan cm atau meter, umur tulang, dan keseimbangan metabolik (*retensi kalium dan nitrogen tubuh*). 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 sistem organ yang berkembang sedemikian rupa sehingga masing-masing dapat memenuhi fungsinya. Termasuk perkembangan emosi, intelektual dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungan.

Dapat disimpulkan bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi organ / individu. Walau demikian, kedua peristiwa itu terjadi secara sinkron pada setiap individu.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang anak yaitu :

a. Faktor herediter

Herediter merupakan faktor yang tidak dapat dirubah atau dimodifikasikan, ini merupakan modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh kembang. Melalui instruksi *genetic* yang terkandung didalam sel telur yang telah dibuahi dapatlah ditentukan

kuantitas dan kualitas pertumbuhan. Termasuk dalam faktor genetik adalah jenis kelamin dan suku bangsa / ras. Misalnya, anak keturunan bangsa Eropa akan lebih tinggi dan lebih besar jika dibandingkan dengan keturunan asia termasuk Indonesia, pertumbuhan postur tubuh wanita akan berbeda dengan laki-laki.

b. Faktor lingkungan

1) Lingkungan Internal

Hal yang mempengaruhi diantaranya adalah hormon dan emosi. Ada 3 hormon yang mempengaruhi pertumbuhan anak, hormon *somatotropin* merupakan hormon yang mempengaruhi jumlah sel tulang, merangsang sel otak dalam masa pertumbuhan, berkurangnya hormon ini akan menyebabkan *Gigantisme*. Hormon Tiroid akan mempengaruhi pertumbuhan tulang, kekurangan hormone ini akan menyebabkan *kretinisme* dan hormon *Gonadotropin* yang berfungsi untuk merangsang perkembangan seks laki-laki dan memproduksi spermatozoa, sedangkan estrogen merangsang perkembangan seks sekunder wanita dan memproduksi sel telur, jika kekurangan hormon *Gonadotropin* ini akan menyebabkan terhambatnya perkembangan seks.

- 2) Terciptanya hubungan yang hangat dengan orang lain seperti ayah, ibu, saudara, teman sebaya, guru dan sebagainya akan berpengaruh besar terhadap perkembangan emosi, sosial dan intelektual anak. Cara seorang anak dalam berinteraksi dengan orang tua akan

mempengaruhi interaksi anak diluar rumah. Pada umumnya anak yang dalam perkembangannya baik akan mempunyai intelegensi yang tinggi jika dibandingkan dengan anak yang tahap perkembangannya lambat.

### 3) Lingkungan Eksternal

Dalam lingkungan eksternal ini banyak sekali yang mempengaruhi antara lain : kebudayaan. Kebudayaan suatu daerah akan mempengaruhi kepercayaan, adat istiadat dan tingkah laku dalam bagaimana orang tua mendidik anaknya. Status sosial ekonomi keluarganya juga berpengaruh, orang tua yang ekonominya menengah keatas dapat dengan mudah menyekolahkan anaknya di sekolah-sekolah yang berkualitas, sehingga mereka dapat menerima dan mengadopsi cara-cara baru bagaimana cara merawat anak dengan baik. Status nutrisi pengaruhnya juga sangat besar, orang tua dengan ekonomi lemah bahkan tidak mampu memberikan makanan tambahan buat bayinya, sehingga bayi akan kekurangan asupan nutrisi yang selanjutnya daya tahan tubuh akan menurun dan akhirnya bayi / anak akan sakit.

Olah raga yang teratur dapat meningkatkan sirkulasi darah dalam tubuh, aktifitas fisiologi dan stimulasi terhadap perkembangan otot-otot, posisi anak dalam keluarga ditengarai juga berpengaruh, anak pertama akan menjadi pusat perhatian

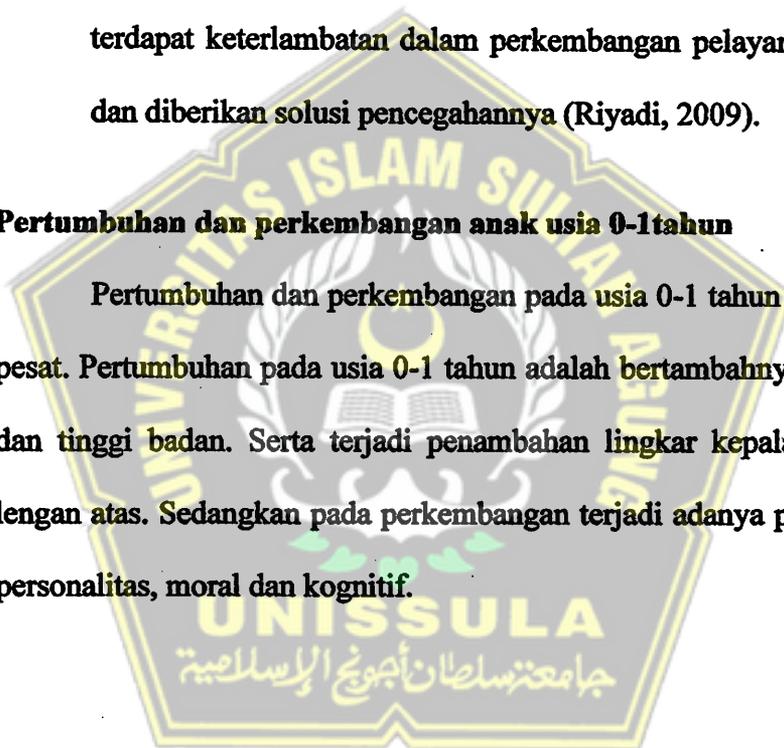
orang tua sehingga semua kebutuhan dipenuhi baik itu kebutuhan fisik, emosi maupun sosial.

#### 4) Faktor pelayanan kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada di sekitar lingkungan dimana anak tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbuh anak dapat dipantau. Sehingga apabila terdapat keterlambatan dalam perkembangan pelayanan kesehatan dan diberikan solusi pencegahannya (Riyadi, 2009).

### 3. Pertumbuhan dan perkembangan anak usia 0-1 tahun

Pertumbuhan dan perkembangan pada usia 0-1 tahun terjadi sangat pesat. Pertumbuhan pada usia 0-1 tahun adalah bertambahnya berat badan dan tinggi badan. Serta terjadi penambahan lingkaran kepala dan lingkaran lengan atas. Sedangkan pada perkembangan terjadi adanya perkembangan personalitas, moral dan kognitif.



Tabel 2.1 Pertumbuhan dan Perkembangan Selama Masa 0-1 tahun

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
1	<p>Penambahan berat badan 150 sampai 210 g setiap minggu selama 6 bulan pertama</p> <p>Penambahan tinggi badan 2,5 cm setiap bulan selama 6 bulan pertama</p> <p>Peningkatan lingkar kepala 1,5 cm sebesar setiap bulan selama 6 bulan pertama</p> <p>Ada refleks primitif dan kuat</p> <p>Refleks mata boneka dan refleks dansa</p>	<p>Memilih posisi fleksi dengan pelvis tinggi tetapi lutut tidak di bawah abdomen bila telungkup fleksi di bawah abdomen)</p> <p>Dapat memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain bila terlungkup; mengangkat kepala sebentar dari tempat tidur</p> <p>Mengalami head tag yang nyata, khususnya bila menarik kepala dari posisi berbaring ke posisi duduk</p> <p>Menahan kepala sebentar secara paralel dan dalam garis tengah dan tertahan dalam posisi terlentang</p> <p>Bila menahan dalam posisi berdiri, tubuh</p>	<p>Tangan tertutup secara umum</p> <p>Refleks mengenggam kuat</p> <p>Tangan mengatup pada kontak dengan mainan</p>	<p>Mampu memfiksasi objek bergerak dalam rentang 45 derajat bila digend(pada saat lahir, lutut ong pada jarak 20 sampai 25 cm</p> <p>Ketajaman penglihatan mendekati 20/100</p> <p>Mengikuti sinar sampai garis tengah</p> <p>Diam bila mendengar suara</p>	<p>Menangis untuk mengekspresikan ketidak senangan</p> <p>Membuat bayi kecil dengan suara tenggorok</p> <p>Membuat bunyi tenang selama makan</p>	<p>Ada dalam fase sensorimotorik – tahap I, penggunaan refleks-refleks (lahir sampai 1 bulan), dan tahap II, reaksi sirkular utama (1 sampai 4 bulan)</p> <p>Memandang wajah orang tua secara terus menerus saat mereka bicara pada bayi</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
	menghiliang Permapasan hidung harus terjadi (pada kebanyakan bayi)	lemas pada lutut dan panggul Pada posisi duduk, punggung memutar bersamaan, tidak ada kontrol kepala	Tangan sering terbuka Refleks menggemgam menghiliang	Mulai memfiksasi binokular dan konvergen pada objek dekat Bila telentang, mengikuti mainan yang tergantung dari satu sisi ke titik di garis tengah Secara visual mencari untuk melokalisasi bunyi	Bersuara berbeda dari menangis Tangisan menjadi berbeda Mendekut Bersuara pada wajah yang dikenal	Mengunjukkan senyum sosial sebagai respons terhadap berbagai stimulus
2	Fontanel menutup Refleks merangkak hilang	Menunjukkan posisi yang kurang fleksi bila terlungkup – panggul datar, kaki terekstensi, lengan fleksi, kepala satu sisi Head tag berkurang bila menariknya ke posisi duduk Dapat mempertahankan kepala dalam kesejajaran yang sama dengan posisi tubuh yang lain ketika ditahan dalam suspensi ventral Bila terlungkup, dapat mengangkat kepala hampir 45 derajat dari		Memutar kepala ke satu sisi bila bunyi dibuat		

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik Kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
		<p>meja</p> <p>Bila digendong dalam posisi duduk, kepala ditahan ke atas tetapi menunduk ke depan</p> <p>Menunjukkan posisi refleks leher tonik asimetris secara intermiten</p>		<p>pada ketinggian telinga</p>		
3	Refleks primitif menghilang	<p>Mampu menahan kepala lebih tegak bila duduk, tetapi masih menunduk ke depan</p> <p>Hanya sedikit mengalami head tag yaitu bila menarik kepala ke posisi duduk</p> <p>Mendapatkan posisi tubuh simetrik</p> <p>Mampu mengangkat kepala dan bahu dari posisi telungkup sampai sudut 45 – 90 derajat dari meja, menahan beban</p>	<p>Secara aktif memegang mainan tetapi tidak akan menggapai mainan itu</p> <p>Refleks mengenggam tidak ada</p> <p>Tangan tetap tertutup rapat</p> <p>Mengenggam tangan sendiri menarik selimut atau pakaian</p>	<p>Mengikuti obyek ke perifer (180 derajat)</p> <p>Melokalisasi bunyi dengan memalingkan kepala ke samping dan melihat ke arah yang sama</p> <p>Mulai mempunyai kemampuan untuk mengkoordinasi</p>	<p>Menjerit secara keras untuk menunjukkan kesenangan</p> <p>Mendekut, mengumam, tertawa</p> <p>“Bicara” banyak hal bila diajak berbicara</p> <p>Menangis berkurang selama periode terbangun</p>	<p>Menunjukkan minat yang dapat dipertimbangkan terhadap sekitarnya</p> <p>Berhenti menangis bila orang tua memasuki ruangan</p> <p>Dapat mengenal wajah dan objek, yang dikenal, seperti botol minuman</p> <p>Menunjukkan kewaspadaan terhadap situasi</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
		berat badan pada lengan bawah Bila digendong pada posisi berdiri, mampu menahan sedikit fraksi beban berat badan pada kakinya Memegang tangan sendiri	Melihat dan memainkan tangan menarik pakaian atau selimut ke atas wajah untuk bermain	kan rangsangan dari berbagai organ indera		asing
4	Mulai merangkak Refleks moro, tonik leher, dan rooting telah menghilang	Hampir tidak mengalami head tag ketika menariknya ke posisi duduk Keseimbangan kepala pada posisi duduk baik Punggung sedikit melengkung, lengkung hanya dalam area lumbal Mampu duduk tegak bila disangga Mampu mengangkat kepala dan dada dari	Mencoba meraih objek dengan tangan tetapi melampaui Mengenggam objek dengan	Mampu mengkomodasi pada objek dekat Penglihatan binocular cukup baik terbentuk Dapat memfokuskan pada blok yang berada pada jarak 1,25 cm Dimulainya koordinasi mata-	Membuat bunyi-bunyi konsonan n, k, g, p, h Tertawa keras Suara berubah sesuai alam perasaan	Ada dalam tahap III, reaksi sirkular sekunder Menuntut perhatian dengan rewel, menjadi bosan bila ditinggal sendirian Menikmati interaksi sosial dengan orang Mengantisipasi pemberian makan bila melihat botol

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
		<p>permainan sampai sudut 90 derajat</p> <p>Berguling dari telungkup ke sisi lain</p>	<p>kedua tangan</p> <p>Bermain dengan mainan yang ditenmpakan di tangan, mencarinya, tetapi tidak dapat mengambilnya bila dijatuhkan</p> <p>Dapat memasukkan objek ke mulut</p>	<p>tangan</p>		<p>atau ibu bila menyusui dengan ASI</p> <p>Menunjukkan kesenangan dengan seluruh tubuh, menjerit, bernapas dengan keras</p> <p>Menunjukkan minat dalam rangsang kuat</p> <p>Mulai menunjukkan memori</p>
5	<p>Memulai tanda-tanda pertumbuhan gigi</p> <p>Berat badan lahir menjadi</p>	<p>Tidak ada head tag ketika menarik kepala untuk posisi duduk</p> <p>Bila duduk, mampu menahan kepala tegak dan mantap</p>	<p>Mampu mengenggam objek secara volunteeer</p> <p>Menggunakan genggam dan telapak,</p>	<p>Secara visual mengikuti objek yang dijatuhkan</p> <p>Mampu melanjutkan inspeksi yang</p>	<p>Menjerit</p> <p>Membuat bunyi gumaman vokal yang diselingi dengan bunyi konsonan (misal</p>	<p>Terseyun pada bayangan di cermin</p> <p>Memegang botol atau payudara dengan kedua tangan</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
	dua kali lipat	Mampu duduk untuk periode yang lebih lama bila punggung disokong dengan baik Punggung tegak Bila telungkup, menunjukkan posisi simetris dengan lengan ekstensi Dapat membalik dari posisi telungkup ke posisi telentang Bila telentang menempatkan kaki ke mulut	pendekatan bodextrous Memainkan jari-jari kaki Mengambil objek secara langsung ke mulut Memegang satu kotak sementara memperhatikan kotak yang lain.	dijatuhkan Dapat melokalisasi bunyi yang dibuat di bawah telinga	ah,-goo)	Lebih antusias bermain, tetapi mungkin mengalami perubahan alam perasaan yang cepat Mampu membedakan orang asing dari keluarga Memvokalisasikan ketidaksenangan bila objek diambil Menemukan bagian-bagian tubuh
6	Laju pertumbuhan mulai menurun Penambahan berat badan 90 sampai 150 g setiap minggu	Bila telungkup, dapat mengangkat dada dan abdomen bagian atas dari atas meja, membebaskan berat badan pada tangan Bila akan menarik untuk posisi duduk,	Mengamankan objek yang jatuh Menjatuhkan satu kotak bila kotak lainnya di berikan Mengenggam dan memampulasi	Menyesuaikan postur untuk melihat objek Lebih menyukai rangsang visual yang kompleks Dapat	Mulai mengikuti bunyi-bunyian Mengoceh menyerupai ungkapan satu suku kata ma, mu, da, di, hi	Mengenal orang tua, mulai takut pada orang asing Memegang tangan untuk mengambil Memunyai

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
	<p>selama 6 bulan berikutnya Penambahan tinggi badan 1,25 cm setiap bulan selama 6 bulan berikutnya Gigi telinga mulai dengan pertumbuhan dua gigi insisi sentral bawah Mengunyah dan mengigit mulai terjadi</p>	<p>mengangkat kepala Duduk pada kursi tinggi dengan punggung tegak Berguling dari telungkup ke telentang Bila digendong dalam posisi berdiri, membebankan hampir semua berat badan Memegang tangan tidak ada lagi</p>	<p>objek kecil Memegang botol Menggenggam kaki dan menarik ke mulut</p>	<p>melokalisasi bunyi yang dibuat di atas telinga Akan memalingkan kepala pada sisi, kemudian melihat ke bawah</p>	<p>Memvokalisasi terhadap mainan, bayangan cermin Menikmati mendengarkan suara sendiri (penguatan diri)</p>	<p>kesukaan dan ketidaksukaan pasti Mulai meniru (batuk, menjulurkan lidah) Senang mendengarkan langkah kaki Tertawa bila kepala disembunyikan di handuk Mencari sejenak objek yang dijatuhkan (mulai menetapkan objek) Sering berubah alam perasaan dari menangis menjadi tertawa dengan sedikit atau tanpa provokasi</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
7	Pertumbuhan gigi insisi tengah atas	Bila telentang secara spontan mengangkat kepala dari meja Duduk, menyandar ke depan dengan kedua tangan Bila telungkup, membebankan berat badan pada satu tangan Duduk tegak sebentar Membebankan seluruh beban pada kaki Bila digendong dalam posisi berdiri, meloncat secara aktif	Memindahkan objek dari satu tangan ke tangan lain Mempunyai pendekatan undestrous dan menggenggam Memegang kedua korak leboh dari sebentar Membariing kota ke meja Menggaruk pada objek kecil	Dapat memfiksasi objek yang sangat kecil Berespons terhadap nama sendiri Melokalisasi bunyi dengan memalingkan kepala pada lengkungan Mulai menyadari kedalaman dan ruang Mempunyai kesukaan rasa	Menghasilkan bunyi vikal dan menggabungkan suku kata baba, dada, kaka, Melokalisasi empat bunyi vokal berbeda Berbicara bila orang lain berbicara	Meningkatkan rasa takut pada orang asing, menunjukkan tanda kekuatan bila orang tua menghiang Meniru tindakan dan bunyi sederhana Mencoba untuk mencari perhatian dengan batuk atau mendengkur Bermain cilukba Menunjukkan ketidaksukaan makanan dengan memperahkannya ya bibir tetap tertutup Menunjukkan keagresifan oral

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
8	<p>Mulai menunjukkan pola yang teratur dalam eliminasi kandung kemih dan defekasi</p> <p>Refleks parasut muncul</p>	<p>Duduk dengan mantap tanpa sokongan</p> <p>Membebankan berat badan pada kaki dengan segera bila disokong, dapat berdiri</p> <p>berpegangan pada perabot</p> <p>Menyesuaikan postur untuk meraih objek</p>	<p>Mulai mengenggam dengan menggunakan jari telunjuk, jari keempat, dan kelima terhadap bagian tungkai bawah</p> <p>Melepaskan objek sesuai keinginan</p> <p>Memبunyikan bel dengan tujuan</p> <p>Memegang dua kotak dan</p>		<p>Membuat bunyi konsonan t, d, dan w</p> <p>Mendengarkan secara selektif kata-kata yang dikenalnya</p> <p>Mengungkapkan tanda penekanan dan emosi</p> <p>Menggabungkan suku kata, seperti dada, tetapi tidak menunjukkan artinya</p>	<p>Meningkatkan ansietas terhadap kehilangan orang tua, terutama ibu, dan rasa takut terhadap orang asing</p> <p>Berespons terhadap kata tidak</p> <p>Tidak menyukai pakaian, penggantian popok</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
9	Pertumbuhan gigi incisor lateral atas mulai terjadi merangkak pada tangan dan lutut	Creeps on hands and knees Duduk dengan mantap di lantai untuk waktu lama (10 menit) Mengatasi keseimbangan bila bersandar ke depan tetapi tidak dapat melakukannya bila bersandar ke samping Menarik badan ke posisi berdiri dan berdiri berpegangan pada perabot	menginginkan kotak ketiga Mengamankan objek dengan menarik Meraih secara mantap mainan yang berada di luar jangkauan Menggunakan ibu jari dan jari telunjuk dalam menggenggam kasar Menyukai menggunakan tangan yang dominan mulai terlihat Menggenggam kotak ketiga Membandingkan dua kotak membawanya	Melokalisasi bunyi dengan memalingkan kepala secara diagonal dan secara langsung terhadap bunyi Persepsi dalam meningkat	Berespons terhadap perintah verbal sederhana Memahami "no-no"	Orang tua (biasanya ibu) makin penting untuk pencariannya Menunjukkan peningkatan minat dalam menyenangkan orang tua Mulai menunjukkan rasa takut terhadap pergi tidur dan menjadi sendiri

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
10	Refleks labryint-righting paling kuat bila bayi pada posisi telungkup atau telentang, mampu mengangkat kepala	Mengubah dari telungkup menjadi duduk Berdiri sementara memegang perabotan, duduk engan menjatuhkan diri Melakukan keseimbangan dengan mudah pada saat duduk Saat berdiri, mengangkat salah satu kaki untuk melangkah	Pelepasan sederhana terhadap suatu objek mulai Menggenggam objek dengan tangan		Mengatakan "dada", "mana" dengan makna Dapat mengatakan satu kata (mis, hai, daag, tidak)	Menghambat perilaku untuk perintah verbal dari "tidak: atau nama sendiri Meniru ekspresi wajah, melambatkan untk daag-daag Menunjukkan mainan pada orang lain tetapi tidak akan memberikannya Membangun objek permanen Mengurangi tindakakan yang menarik perhatian

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
11	Munculnya gigi	Bila duduk berputar	Menjelajahi		Meniru bunyi	Mengalami dan menyebarkan tertawa Menarik pakaian orang lain untuk menarik perhatian Memainkan permainan seperti tepuk ami-ami Bereaksi terhadap, kemarahan orang dewasa, menangis bila dimarahi Menunjukkan kemandirian dalam berpakaian, makan, keterampilan lokomotif, dan menguji orang tua Melihat dan mengikuti gambar dalam buku



Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
	incisor leteral bawah	meraih objek Meluncur atau berjalan menegang perabot atau dengan kedua tangan dipegang	objek lebih seksama (mis genta, di dalam bel) Memiliki genggamannya lebih erat Menjatuhkan objek dengan sengaja untuk mengambilnya Menempatkan suatu objek setelah objek lain di dalam suatu wadah (permainan sekuensial) Mampu memanipulasi objek untuk memindahkan dari penjepitan paya yang erat	UNISSULA جامعة سلطان أبجوع الإسلامية	bicara pasif	kesenangan dan kepuasan bila tugas dikuasai Bertindak terhadap pembatasan dengan frustrasi Menggelindingkan bola pada orang lain sesuai permintaan Menganalisis gerak tubuh bila irama pengasuh dikenal atau cerita diceritakan (mis. Memegang ibu jari dan kaki dalam berespon terhadap "babi kecil ini pergi ke super market) Memainkan permainan ke atas ke bawah, besar,

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
12	<p>Tiga kali berat badan lahir</p> <p>Panjang lahir meningkat 50%</p> <p>Lingkar dada dan lingkar dada sama (lingkar kepala 46,5 cm)</p> <p>Mempunyai total gigi enam sampai delapan</p> <p>Fontanel anterior hampir menutup</p> <p>Refleks anterior hampir menutup</p> <p>Refleks landau berkurang</p> <p>Refleks babinski menghilang</p> <p>Kurva lumbar berbentuk</p>	<p>Berjalan dengan satu tangan di pegang</p> <p>Meluncur dengan baik</p> <p>Dapat berusaha untuk berdiri sendiri sejenak</p> <p>dapat berusaha melangkah pertama sendiri</p> <p>Dapat duduk dari posisi berdiri tanpa bantuan</p>	<p>Melepaskan kotak ke dalam cangkir</p> <p>Berusaha untuk membangun dua blok menara tetapi gagal</p> <p>Dapat membalikkan halaman buku, banyak dalam sekali waktu</p>	<p>Mendiskriminasi bentuk geometrik sederhana (mis melingkar)</p> <p>Amblybia dapat terjadi dengan kurangnya binopularitas</p> <p>Dapat mengikuti objek bergerak dengan cepat</p> <p>Mengontrol dan menyesuaikan respons terhadap bunyi</p> <p>mendengarkan bunyi berulang</p>	<p>Mengatakan tiga sampai lima kata disamping "dada", "mama"</p> <p>Memahami makna beberapa kata (pemahaman selalu mendahului verbalisasi)</p> <p>Mengenali objek berdasarkan nama</p> <p>Meniru bunyi binatang</p> <p>Memahami perintah verbal sederhana (mis, "berikan padaku",</p>	<p>Menunjukkan emosi seperti cemburu, perasaan (dapat memberikan pelukan atau ciuman sesuai permintaan), marah, takut</p> <p>Menikmati lingkungan yang dikenal dan mengenali dari orang tua</p> <p>Rasa takut dalam situasi asing</p> <p>memegang erat orang tua</p> <p>Dapat mengembangkan kebiasaan "selimut</p>

Usia (Bulan)	Fisik	Motorik kasar	Motorik Halus	Sensori	Vokalisasi	Sosialisasi / kognitif
	lordosis terlihat selama berjalan				"tunjukkan matamu padaku")	keamanan" atau mainan favorit Memiliki peningkatan penentuan untuk praktik keterampilan lokomotor Mencari objek seolah-olah tidak disembunyikan, tetapi mencari dimana objek terlihat terakhir

(Wong, Donna L, 2003).



## **B. Konsep Dasar Penyakit**

### **1. Pengertian**

Kejang demam atau *febris convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rectal di atas 38 O C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak, terutama pada anak umur 6 bulan - 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur 5 tahun pernah menderita kejang demam (Ngastiyah, 2005).

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rectal di atas 38<sup>0</sup>C) (Riyadi, 2009).

Jadi dari beberapa definisi kejang demam di atas penulis simpulkan, kejang demam adalah kenaikan suhu tubuh (suhu tubuh di atas 38<sup>0</sup>C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium akibat dari pembebasan listrik yang tidak terkontrol dari sel saraf otak serebri ditandai dengan serangan tiba-tiba gangguan kesadaran ringan aktivitas motorik dan atau gangguan fenomena sensori.

### **2. Etiologi**

Penyebab kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam antara lain : infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsillitis, otitis media akut, bronkitis (Riyadi, 2009)

### 3. Patofisiologi

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel atau organ otak diperlukan energi yang di dapat dari metabolisme, bahan baku untuk metabolisme otak yang penting adalah glukosa. Sifat proses ini adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru-paru dengan diteruskan ke otak melalui system kardiovaskular.

Dari uraian tersebut dapat di ketahui bahwa sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi  $\text{CO}_2$  dan air, di sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium ( $\text{K}^+$ ) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium ( $\text{Na}^+$ ) dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida ( $\text{Cl}^-$ ). Akibatnya konsentrasi K dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na rendah, sedang dikonsentrasi ion di dalam dan diluar sel, maka terdapat perbedaan potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membrane ini diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel.

Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh :

- a. Perubahan konsentrasi ion di ruang ekstra selular.
- b. Rangsangan yang datang mendadak misalnya rangsangan kimiawi atau aliran listrik dari sekitar.

- c. Perubahan patofisiologi dan membran sendiri karena penyakit atau keturunan.

Pada keadaan demam kenaikan suhu  $1^{\circ}\text{C}$  akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15 % dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada anak 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65 % seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15 %. Oleh karena itu kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan "neurotransmitter" dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat

#### 4. Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik yang muncul pada penderita kejang demam :

- a. Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari  $38^{\circ}\text{C}$
- b. Timbulnya kejang yang bersifat tonik-klonik dapat ditandai dengan hilangnya kesadaran, kaku pada otot ekstremitas, batang tubuh dan wajah, yang dapat terjadi kurang dari satu menit, atonik dapat terjadi

kehilangan tonus secara mendadak sehingga dapat menyebabkan kelopak mata menurun, kepala menunduk dan dapat terjatuh ke tanah yang terjadi secara singkat tanpa adanya peringatan, fokal atau akinetik adanya gangguan kesadaran meskipun pada awalnya sebagai gejala yang sederhana, adanya gerakan otomatis seperti mengecap-ngecapkan bibir, gerakan mengunyah atau adanya gerakan tangan (Hidayat, 2006). Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian anak akan tersadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.

- c. Saat kejang anak tidak berespon terhadap rangsangan seperti panggilan, cahaya (penurunan kesadaran) (Riyadi, 2009).

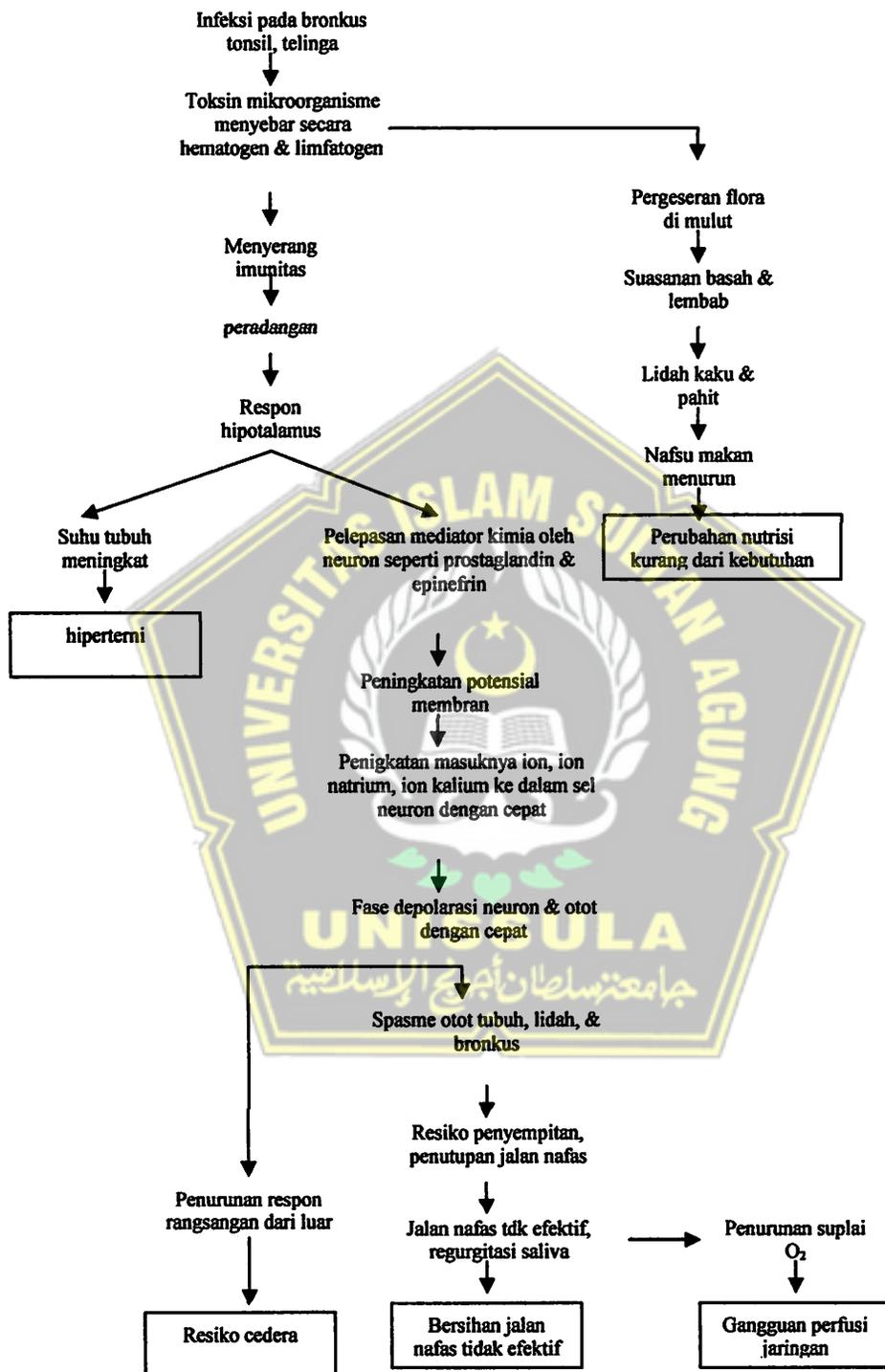
## 5. Prognosis

Dengan penanggulangan yang tepat dan cepat prognosinya baik dan tidak perlu menyebabkan kematian, resiko seorang anak sesudah menderita kejang demam tergantung faktor :

- a. Riwayat penyakit kejang tanpa demam dalam keluarga
- b. Kelainan dalam perkembangan atau kelainan saraf sebelum anak menderita kejang
- c. Kejang yang berlangsung lama atau kejang fokal

Bila terdapat paling sedikit 2 dari 3 faktor tersebut di atas, di kemudian hari akan mengalami serangan kejang tanpa demam sekitar 13 %, dibanding bila hanya terdapat satu atau tidak sama sekali faktor tersebut, serangan kejang tanpa demam 2%-3% saja (Ngastiyah, 2005).

## 6. Pathways



(Riyadi, 2009)

## 7. Pemeriksaan Penunjang

Tergantung sarana yang tersedia dimana pasien dirawat, pemeriksaannya meliputi :

### a. Darah

- 1) Glukosa darah, hipoglikemia merupakan predisposisi kejang ( $N < 200 \text{ mg/dl}$ ).
- 2) BUN, peningkatan BUN mempunyai potensi kejang dan merupakan indikasi nepro toksik akibat dari pemberian obat.
- 3) Elektrolit, K, Na ketidakseimbangan elektrolit merupakan predisposisi kejang Kalium ( $N \ 3,80 - 5,00 \text{ meq/dl}$  Natrium ( $N \ 135 - 144 \text{ meq/dl}$  )

b. Cairan Cerebro Spinal, mendeteksi tekanan abnormal dari CCS tanda infeksi, pendarahan penyebab kejang.

c. Skull Ray, untuk mengidentifikasi adanya proses desak ruang dan adanya lesi

d. Tansiluminasi, suatu cara yang dikerjakan pada bayi dengan UUB masih terbuka (di bawah 2 tahun) di kamar gelap dengan lampu khusus untuk transiluminasi kepala.

e. EEG, teknik untuk menekan aktivitas listrik otak melalui tengkorak yang utuh untuk mengetahui fokus aktivitas kejang, hasil biasanya normal.

f. CT Scan, untuk mengidentifikasi lesi cerebral infaik hematoma, cerebral oedem, trauma, abses, tumor dengan atau tanpa kontras.

## 8. Komplikasi

Komplikasi yang paling umum dari kejang demam, adalah:

- a. Adanya kejang demam berulang
- b. Kerusakan otak, keterbelakangan mental atau kesulitan belajar,
- c. Ataupun Epilepsi.

## 9. Penatalaksanaan

### a. Penatalaksanaan Medik

Dalam penanggulangan kejang demam ada 4 faktor yang perlu dikerjakan, yaitu :

#### 1) Pemberantasan kejang secepat mungkin

Apabila seorang anak datang dalam keadaan kejang, maka :

- a) Segera diberikan diazepam secara intravena dengan dosis rata-rata 0,3 mg/kg BB/kali dengan maksimum 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun dan 10 mg pada anak yang lebih besar, tunggu 15 menit bila masih terdapat kejang diulang suntikan kedua dengan dosis yang sama juga melalui intravena. Bila masih terjadi kejang diberikan suntikan ketiga dengan dosis yang sama tetapi secara intramuskuler, diharapkan kejang akan berhenti.
- b) Bila diazepam tidak bisa menghentikan kejang dapat memakai fenobarbital secara intramuskuler dengan dosis awal pada bayi baru lahir 30 mg/kg/kali, bayi berumur 1 bulan sampai 1 tahun 50 mg/kg/kali dan umur 1 tahun keatas 75 mg/kali dan selanjutnya diteruskan dengan dosis rumat.

## 2) Pengobatan penunjang

Pengobatan penunjang saat serangan kejang adalah :

- a) Semua pakaian ketat dibuka
- b) Posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung
- c) Usahakan agar jalan napas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen
- d) Pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen

## 3) Pengobatan rumat

Fenobarbital dosis maintenance : 8-10 mg/kg BB dibagi 2 dosis pada hari pertama, kedua diteruskan 4-5 mg/kg BB dibagi 2 dosis pada hari berikutnya.

## 4) Mencari dan mengobati penyebab

Penyebab kejang demam adalah infeksi respiratorius bagian atas dan astitis media akut. Pemberian antibiotik yang adekuat untuk mengobati penyakit tersebut. Pada pasien yang diketahui kejang lama pemeriksaan lebih intensif seperti fungsi lumbal, kalium, magnesium, kalsium, natrium dan faal hati. Bila perlu rontgen foto tengkorak, EEG, ensefalografi, dll.

## b. Penatalaksanaan Keperawatan

Masalah yang perlu diperhatikan pada pasien kejang demam ialah :

### 1) Risiko terjadi kerusakan sel otak akibat kejang

Kekurangan  $O_2$  (anoksia) pada otak akan mengakibatkan kerusakan sel otak dan dapat terjadi kelumpuhan sampai retardasi

mental bila kerusakannya berat. Jika kejang hanya sebentar tidak banyak menimbulkan kerusakan, tetapi jika kejang berlangsung lebih dari 15 menit biasanya berakhir dengan apnea yang akan menimbulkan kerusakan otak yang makin berat pada keadaan demam, kenaikan suhu IC akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15%, kebutuhan O<sub>2</sub> akan meningkat 20%.

2) Suhu yang meningkat di atas suhu normal.

Risiko terjadi bahaya/komplikasi, gangguan rasa aman dan nyaman, kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit (Ngastiyah, 2005).

### **C. Konsep Dasar Keperawatan**

#### **1. Pengertian Asuhan Keperawatan**

Asuhan keperawatan adalah kegiatan profesional perawat yang dinamis yang membutuhkan kreativitas dan berlaku rentang kehidupan dan keadaan. Adapun tahap dalam melakukan asuhan keperawatan yaitu :

- a. Analisa data adalah pengelompokan data-data pasien atau keadaan tertentu dimana pasien mengalami permasalahan kesehatan atau keperawatan berdasarkan criteria permasalahan. Pengelompokan data dapat disusun berdasarkan pola respon manusia.
- b. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinik tentang pola fungsional, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan actual atau potensial, diagnosa keperawatan mempunyai tiga komponen utama yaitu problem atau masalah, etiologi atau penyebab, sign and symptom atau tanda dan gejala.

- c. Rencana keperawatan adalah bagaimana perawat merencanakan tindakan yang akan diberikan kepada pasien secara tepat untuk membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan.
- d. Implementasi keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selama pelaksanaan kegiatan dapat bersifat mandiri dan kolaboratif. Selama melaksanakan kegiatan perlu diawasi dan dimonitor kemajuan kesehatan klien.
- e. Evaluasi dalam proses keperawatan menyangkut pengumpulan data subyektif dan obyektif yang akan menunjukkan apakah tujuan pelayanan keperawatan sudah dicapai atau belum. Bila perlu langkah evaluasi ini merupakan langkah awal dari identifikasi dan analisa masalah selanjutnya.

## **2. Pengkajian Keperawatan**

### **a. Riwayat Penyakit**

Pada anak kejang demam riwayat yang menonjol adalah adanya demam yang dialami oleh anak (suhu rektal diatas 38 ). Demam ini dilatarbelakangi adanya penyakit lain yang terdapat pada luar kranial seperti tonsilitis, faringitis sebelum serangan kejang pada pengkajian status kesehatan biasanya anak tidak mengalami kelainan apa-apa. Anak masih menjalani aktifitas sehari-hari seperti biasa seperti pergi sekolah.

### **b. Pengkajian Fungsional**

Pengkajian fungsional yang sering mengalami gangguan adalah terjadi penurunan kesadaran anak dengan tiba-tiba sehingga kalau

dibuktikan dengan tes Glasgow Coma Scale skor yang dihasilkan berkisar antara 5-10 dengan tingkat kesadaran dari apatis sampai somnolen atau mungkin dapat koma. Kemungkinan ada gangguan jalan nafas yang dibuktikan dengan peningkatan frekuensi pernafasan > 30x /menit dengan irama cepat dan dangkal, lidah terlihat menekuk menutup faring.

Tabel. 2.2 Model konseptual menurut Gordon

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon		
Pola fungsi kesehatan	Penggambaran pola	Contoh
Persepsi kesehatan dan penanganan kesehatan	Menggambarkan persepsi pasien atau keluarga dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan	Penyesuaian dengan cara hidup pengobatan, chek-up kesehatan setahun sekali, pemanfaatan sarana kesehatan dan pemeriksaan kesehatan secara teratur
Nutrisi dan metabolic	Menggambarkan masukan nutrisi, keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi kulit, rambut dan kuku	Kondisi dari kulit, rambut, kuku, mukosa bibir, tinggi badan dan berat badan
Eliminasi	Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih dan kulit	Frekuensi pergerakan usus, nyeri pada saat BAK, pola BAB dan BAK, kelainan pada saat BAK
Aktivitas dan latihan	Menggambarkan pola latihan dan aktivitas fungsi pernafasan dan sirkulasi	Hobi, mungkin mencakup kardiovaskuler dan keadaan yang berhubungan dengan pernafasan, gerakan dan aktivitas harian
Tidur dan istirahat	Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang tingkat energi	Persepsi klien tentang kualitas dan kuantitas tentang tidur dan energi, yang membantu untuk tidur, penggunaan obat tidur
Kognitif atau perceptual	Menggambarkan pola pendengaran, penglihatan, pengecapan, perabaan, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan	Visi, pendengaran, rasa, sentuh, penciuman, persepsi nyeri dan mengatasinya; fungsi dalam berbahasa, ingatan dan pengambilan keputusan

Persepsi diri atau konsep diri	Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan	image tubuh, keadaan perasaan, sikap tentang sendiri, kemampuan penglihatan, data obyektif tubuh, kontak mata, bunyi suara
Peran atau hubungan	Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan orang terdekat	persepsi tanggung jawab dan peranan (ayah, suami, penjual); kepuasan dengan keluarga, pekerjaan, atau hubungan sosial
Seksualitas atau reproduksi	Menggambarkan kepuasan atau masalah yang actual atau yang dirasakan dengan seksual	nomor dan historie kandungan dan kelahiran bayi; berbagai kesulitan dengan seksual berfungsi; kepuasan dengan hubungan seksual
Koping atau toleransi stres	Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan system pendukung	klien biasa cara menangani tekanan, tersedia sistem dukungan, kemampuan kendali atau kelola situasi
Nilai atau kepercayaan	Menggambarkan system spiritual, nilai, kepercayaan	hubungan beragama, menjalankan apa yang penting dalam hidup, nilai-kepercayaan tentang perselisihan yang dihubungkan ke sehat, untuk latihan agama khusus

c. Pengkajian tumbuh kembang anak

Secara umum kejang demam tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Ini dipahami dengan catatan kejang yang dialami anak tidak terlalu sering terjadi atau masih dalam batasan tonsilitis, faringitis segera dapat diatasi. Kalau kondisi tersebut tidak terjadi anak dapat mudah mengalami keterlambatan pertumbuhan misalnya berat badan yang kurang karena ketidakcukupan asupan nutrisi sebagai dampak anoreksia, tinggi badan yang kurang dari umur semestinya sebagai akibat penurunan asupan mineral.

Selain gangguan pertumbuhan sebagai dampak kondisi diatas anak juga dapat mengalami gangguan perkembangan seperti penurunan kepercayaan diri akibat sering kambuhnya penyakit sehingga anak lebih banyak berdiam diri bersama ibunya kalau di sekolah, tidak mau berinteraksi dengan teman sebaya (Riyadi, 2009).

#### **D. Fokus Pengkajian**

Menurut Doenges, Marilyn, E., (2000) Fokus pengkajian pada kasus febris compulsive berdasarkan buku, antara lain :

##### **1. Aktivitas atau istirahat**

**Gejala** : Keletihan, kelemahan umum, keterbatasan dalam beraktivitas atau bekerja yang ditimbulkan oleh diri sendiri atau orang terdekat atau pemberi asuhan atau orang lain.

**Tanda** : Perubahan tonus atau kekuatan otot, gerakan involunter atau kontraksi otot ataupun kelompok otot.

##### **2. Sirkulasi**

**Gejala** : Iktal, hipertensi, peningkatan nadi, sianosis.

Posiktal, tanda vital atau depresi dengan penurunan nadi dan pernapasan

##### **3. Integritas ego**

**Gejala** : Stressor eksternal atau internal yang berhubungan dengan keadaan dan atau penanganan. Peka rangsangan: perasaan tidak ada harapan atau tidak berdaya . perubahan dalam berhubungan.

**Tanda** : Pelebaran rentang respons emosional.

#### 4. Eliminasi

Gejala : Inkontinensia episodis

Tanda : Iktal: peningkatan tekanan kandung kemih dan tonus sfingter, posektal, otot relaksasi yang mengakibatkan inkontinensia.

#### 5. Makanan atau cairan

Gejala : Sensitivitas terhadap makanan, mual atau muntah yang berhubungan dengan aktifitas kejang.

Tanda : Kerusakan jaringan lunak atau (sidera selama kejang), hiperplasia gingival (efek samping pemakaian dilantin jangka panjang).

#### 6. Nyeri atau kenyamanan

Gejala : Sakit kepala, nyeri otot atau pinggang pada periode posiktal, nyeri abnormal paroksismal selama fase iktal (mungkin terjadi selama kejang fokal atau parsial mengalami penurunan kesadaran).

Tanda : Sikap atau tingkah laku yang berhati-hati, perubahan pada tonus otot, tingkah laku distraksi atau gelisah.

#### 7. Pernapasan

Gejala : Fase Iktal, gigi mengantup, sianosis, pernapasan menurun, peningkatan sekresi mucus. Fase posiktal, apnea.

#### 8. Keamanan

Gejala : Riwayat terjatuh atau trauma, fraktur, adanya alergi.

Tanda : Trauma pada jaringan lunak atau ekimosis, penurunan kekuatan atau tonus otot secara menyeluruh

## 9. Interaksi Sosial

**Gejala** : masalah dalam berhubungan interpersonal dalam keluarga atau lingkungan sosialnya pembatasan atau penghindaran terhadap kontak social.

## 10. Penyuluhan atau pembelajaran

**Gejala** : Adanya riwayat epilepsy pada keluarga, penggunaan atau ketergantungan obat.

## E. Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain
2. Risiko tinggi obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasme otot bronkus
3. Risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan

## F. Fokus Intervensi :

1. Diagnosa Keperawatan, hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain.

**Tujuan** : Klien tidak mengalami kejang selama berhubungan dengan hipertermi

**Kriteria hasil** :

- a. Suhu tubuh perrektal 36-37<sup>0</sup> C
- b. Kening anak tidak teraba panas
- c. Tidak dapat terdapat pembekakan, kemerahan pada tonsil atau telinga.

d. Data penunjang hasil laboratorium angka leukosit 5000-11000 mg/dl

Rencana Tindakan :

a. Longgarkan pakaian, berikan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat.

Rasional : proses konveksi akan terhalang oleh pakaian yang ketat dan tidak menyerap keringat.

b. Berikan kompres dingin

Rasional : perpindahan panas secara konduksi

c. Berikan ekstra cairan (susu, sari buah, dll)

Rasional : saat demam kebutuhan akan cairan tubuh meningkat

d. Observasi kejang dan tanda vital tiap 4 jam

Rasional : Pemantauan yang teratur menentukan tindakan yang akan dilakukan.

e. Batasi aktivitas selama anak panas

Rasional : aktivitas dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

2. Diagnosa Keperawatan, risiko tinggi obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasme otot bronkus.

Kriteria hasil :

a. Frekuensi pernafasan meningkat selama 28-35x /menit

b. Irama pernafasan reguler dan tidak cepat

c. Anak tidak terlihat terengah-engah

Rencana Tindakan :

a. Monitor jalan nafas, frekuensi, irama pernafasan tiap 15 menit pada saat penurunan kesadaran

Rasional : Frekuensi pernafasan yang meningkat tinggi dengan irama yang cepat sebagai salah indikasi sumbatan jalan nafas

- b. Tempatkan anak pada posisi semifowler dengan kepala hiperekstensi.

Rasional : Posisi semifowler akan menurunkan tahanan tekanan intra abdominal terhadap paru-paru. Hiperekstensi membuat jalan nafas dalam posisi lurus dan bebas dari hambatan.

- c. Pasang tongspatel saat timbul serangan kejang

Rasional : Mencegah lidah tertekuk yang dapat menutup jalan nafas.

- d. Bebaskan anak dari pakaian yang ketat

Rasional : Mengurangi tekanan terhadap rongga thorak sehingga terjadi keterbatasan pengembangan paru.

- e. Kolaborasi pemberian anti kejang. Contohnya pemberian diazepam dengan dosis rata-rata 0,3 mg/KgBB/kali pemberian.

Rasional : Diazepam bekerja menurunkan tingkat fase depolarasi yang cepat di sistem persarafan pusat sehingga dapat terjadi penurunan spasme pada otot dan persarafan perifer.

3. Diagnosa Keperawatan, risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam)

berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.

Kriteria Hasil : Anak tidak terluka atau jatuh saat serangan kejang.

Rencana Tindakan :

- a. Tempatkan anak pada tempat tidur yang lunak dan rata seperti bahan matras.

Rasional : Menjaga posisi tubuh lurus yang dapat berdampak pada lurusnya jalan nafas.

b. Pasang pengaman di kedua sisi tempat tidur.

Rasional : Mencegah anak terjatuh.

c. Jaga anak saat timbul serangan kejang

Rasional : Menjaga jalan nafas dan mencegah anak terjatuh

(Riyadi, 2009)



## **BAB III**

### **RESUME KEPARAWATAN**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 08.00 WIB, di ruangan anak Rumah Sakit Umum Daerah Kudus dengan cara Aloanamnese dan Autoanamnese, dari hasil pengkajian di dapatkan data sebagai berikut :

##### **1. Biodata**

###### **a. Identitas Klien**

Nama An. F, umur 8 bulan, jenis kelamin laki-laki, tempat tanggal lahir Kudus 12 Januari 2009, pendidikan klien belum sekolah, agama Islam, alamat Ploso RT 01 RW 03 Kudus, dengan diagnosa medis febris confulsiv, klien masuk pada tanggal 15 Agustus 2009 jam 17.09 WIB, dengan nomor register 573246.

###### **b. Identitas Penanggung Jawab**

Yang bertanggung jawab adalah Tn. A, umur 30 tahun, jenis kelamin laki-laki, pekerjaan buruh, agama Islam, alamat Ploso RT 01 RW 03 Kudus, pendidikan SMA, hubungan dengan klien bapak kandung.

##### **2. Riwayat Kesehatan**

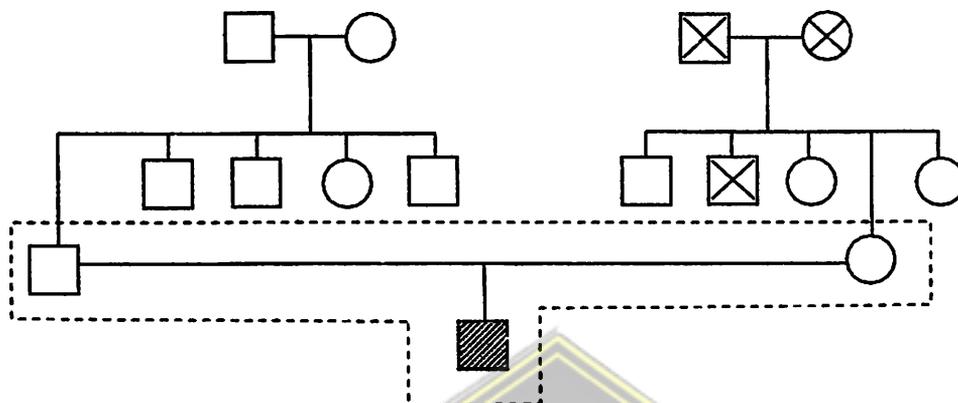
Saat di lakukan pengkajian keluhan utama klien adalah ibu klien mengatakan badan klien panas selama 1 hari. Riwayat penyakit

sekarang ibu klien mengatakan klien datang dengan keluhan panas tinggi selama 1 hari sejak tanggal 14 Agustus 2009, pada malam hari disertai kejang, sadar badan klien menggigil dan keluar keringat dingin, lemas, karena keluarga klien khawatir klien dibawa ke Rumah Sakit Umum Daerah Kudus.

Riwayat kesehatan masa lampau klien belum pernah sakit dan dirawat di rumah sakit. klien belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. ibu klien juga belum pernah di operasi dan dalam keluarga klien tidak ada penyakit keturunan, tidak ada riwayat kejang, tidak ada riwayat darah tinggi, tidak ada riwayat penyakit jantung, hepatitis tidak alergi obat ataupun makanan waktu lahir klien sudah mendapatkan imunisasi, antara lain : 0-7 hari hepatitis B (HB) 0; 1 bulan : BCG polio<sub>1</sub>; 2 bulan : OPT/HB<sub>1</sub>, polio<sub>2</sub>; 3 bulan : OPT /HB<sub>2</sub>, polio<sub>3</sub>; 4 bulan : OPT/HB<sub>3</sub>, polio<sub>4</sub>.

Riwayat sosial dalam keseharian, klien diasuh oleh ibunya sehingga bisa mendapatkan perhatian yang lebih dari seorang ibu. Klien merupakan anak yang aktif sudah bisa merangkak dan juga masih sering menghisap jempol tangannya. riwayat kesehatan lingkungan, ibu klien mengatakan rumahnya terbuat dari tembok, lantai rumah terbuat dari plaster, pencahayaan cukup, terdapat ventilasi.

### 3. Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ├──┘ : Keturunan
- (dashed) : Tinggal serumah
- ⊗ : Meninggal
- (shaded) : Klien
- : Menikah

### 4. Data Kesehatan Saat Ini

Diagnosa medis klien febris convulsion, tidak ada tindakan operasi untuk klien, hanya perawatan biasa. Obat-obatan yang diberikan cefotaxin 3 x 200 gram (1cc), parasetamol 2 x 1 sendok teh, stesolid 5 gram, infus Range Laktat 12 tetes per menit. Tindakan keperawatan yang dilakukan memberikan kompres hangat seluruh tubuh *water tepid*

*sponge*, posisi kepala dimiringkan, memberikan cairan elektrolit, memberikan terapi yang sesuai *diazepam* untuk mengurangi kejang, memberikan obat penurun panas *paracetamol*. hasil laboratorium tanggal 15 Agustus 2009: WBC : $7,9 \cdot 10^3 / \text{mm}^5$  (3,5-10,0), RBC : $4,60 \cdot 10^6 / \text{mm}^5$  (3,8-5,8), HGB :12,6 gr/dl (11,0-16,5), HCT: 31,7 1% (35,0-50,0), PLT:  $652 \cdot 10^3 / \text{mm}^5$  (150-390), PCT: 0,518 L% (0,100-0,500). Tidak ada tindakan rontgen, klien hanya perawatan biasa.

##### 5. Pola Fungsional Menurut Gordon

Data biologis yang didapatkan, meliputi pengkajian Persepsi Kesehatan atau Penanganan kesehatan ibu klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya dan mendapatkan imunisasi setiap bulannya 0-7 hari hepatitis B (HB)O, 1 bulan BCG Polio 1, 2 bulan DPT atau HBI, Polio 2, 3 bulan DPT atau HB2, Polio 3, 4 bulan DPT atau HB3, Polio 4, ibu klien juga mengatakan selalu mengganti pakaian setelah mandi dan jika pakaian kotor, mengganti popok jika klien BAB atau BAK, ibu klien mengatakan penyimpanan dan penempatan mainan tidak tertata rapi dan berantakan sehingga kurang aman untuk anak. Pengkajian nutrisi sebelum sakit klien makan dengan porsi bubur, lauk, sayuran dan minuman ASI 3-6 x per hari, kebiasaan makan klien sesuai waktu dan tidak ada keluhan mual muntah, BB : 11 kg, TB : 62 cm, selama sakit klien makan 3 x sehari dengan porsi bubur, lauk pauk, sayuran dan minum ASI 3-4 x per hari, klien makan sedikit dan sering karena klien masih ASI, klien terpasang infus ringer laktat 12 tetes

permenit, BB : 10 kg, TB : 62 cm, Pengkajian kebutuhan eliminasi sebelum dan selama sakit klien BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas. BAK 5-6 kali sehari dengan konsistensi warna jernih kekuningan bau khas. Pengkajian kebutuhan istirahat dan tidur, sebelum sakit klien tidur sampai 8 jam/hari, jam tidur siang  $\pm$  1-3 jam/hari, selama sakit klien tidur 6-7 jam/hari. Tidak ada gangguan dalam tidur, Pengkajian kebutuhan aktivitas dan latihan klien termasuk anak yang lincah dan aktif, jika tidak tidur klien selalu bermain, selama sakit klien berbaring terus ditempat tidur. Pengakuan koqnitif dan perceptual secara umum klien cukup cerdas dan aktif tumbuh kembang anak baik tidak ada retardasi mental, kemampuan klien untuk mengidentifikasi kebutuhan cukup bagus seperti halnya juga lapar dan haus klien menangis. Pengkajian persepsi dan konsep diri klien belum mengerti konsep dirinya karena klien masih berumur 8 bulan. Pengkajian peran dan hubungan klien memiliki peran sebagai anak tunggal yang sering mendapat perhatian dan kasih sayang, hubungan dengan orang tua sangat baik. Pengkajian seksualitas dan reproduksi klien belum mengerti tentang sex, tanda-tanda sekunder sex belum nampak. Pengkajian koping dan toleransi stress jika klien tidak toleran dengan sesuatu, koping stress yang ditampilkan dengan cara menangis. Pengkajian nilai dan kepercayaan klien hidup dalam keluarga islam tetapi klien belum mengerti tentang nilai dan kepercayaan.

## 6. Pemeriksaan fisik

Dari hasil pemeriksaan fisik pada An. F didapatkan data antara lain keadaan umum klien lemah, kesadaran composmentis, motorik : 6, eyes: 4, verbal: 5, total GCS : 15, tanda-tanda vital (nadi : 132 kali/menit, suhu: 39,5<sup>o</sup>C, RR: 32 kali/menit). Pada pemeriksaan kepala bentuk kepala mesocephal, rambut hitam, tidak rontok, dan tidak ada ketombe. Pada pemeriksaan mata bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, fungsi penglihatan baik. Pada pemeriksaan hidung bentuk hidung simetris, tidak ada lesi, tidak ada polip, fungsi penciuman baik. Pada pemeriksaan telinga bentuk simetris, tidak ada serumen, tidak ada gangguan pendengaran. Pada pemeriksaan mulut dan tenggorokan tidak ada stomatitis, tidak ada kesulitan untuk menelan atau mengunyah dan tidak ada gangguan bicara. Pada pemeriksaan dada antara lain pemeriksaan paru-paru dengan cara inspeksi bentuk simetris, tidak ada retraksi dinding dada, dengan cara palpasi taktil fremitus kanan dan kiri sama, dengan cara perkusi terdengar sonor, dengan cara auskultasi tidak ada bunyi ronchi tidak ada wheezing. Pemeriksaan jantung dengan cara inspeksi Ictus cordis tidak tampak, palpasi Ictus cordis teraba dilinea midclavicula sinistra ICS 5, perkusi pekak, auskultasi S1-S2 reguler tidak ada suara murmur, tidak ada gallop. Pemeriksaan abdomen dengan inspeksi bentuk datar, tidak ada lesi, auskultasi bising usus 16 kali/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan pada ulu hati, perkusi terdengar tympani. Pemeriksaan genetalia jenis kelamin

laki-laki, tidak ada kelainan. Pada pemeriksaan ekstremitas atas tangan kiri terpasang infus Ringer Laktat 12 tetes /menit, tidak ada oedem dan tidak ada kelainan, pemeriksaan ekstremitas bawah tidak ada oedem dan tidak ada kelainan, tidak ada variseses, tidak sianosis dan akral dingin. Kulit warna sawo matang, turgor kulit baik dan tidak ada lesi.

#### **7. Analisa Data, Diagnosa Keperawatan, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi**

Dari pengkajian pada tanggal 17 Agustus 2009 jam 08.00 WIB, menghasilkan data sebagai berikut: Data subjektif : ibu klien mengatakan, klien panas tinggi selama satu hari, data objektif: suhu klien meningkat  $39,5^{\circ}\text{C}$ , nadi 132 kali/menit, klien lemas dan pucat, badan klien menggigil dan keluar keringat dingin. Dari data diatas promblemnya adalah Hipertermi dan etiologinya adalah proses infeksi. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan yaitu : **Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi**. Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam suhu tubuh klien dalam batas normal ( $35,5^{\circ}\text{C}$  -  $36,5^{\circ}\text{C}$ ) dengan kriteria hasil : suhu tubuh dalam rentang normal, nadi dan pernafasan dalam batas normal, tidak terjadi kejang. Tindakan yang dilakukan adalah : monitor suhu tubuh anak sesering mungkin, berikan kompres hangat kolaborasi dengan dokter dalam memberikan antipiretik (paracetamol), monitor tanda-tanda vital dan mengobservasi keadaan umum klien. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang telah dilakukan adalah : ibu klien

mengatakan suhu tubuh anaknya sudah turun, suhu tubuh turun dari  $39,5^{\circ}\text{C}$  menjadi  $38^{\circ}\text{C}$ . Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi.

Data fokus yang kedua adalah : Data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat kejang, Data objektif : tidak ada tanda kejang berulang, mulut klien tidak terkatup, tubuh tidak kaku, mata tidak melirik keatas. Dari data diatas promblemnya adalah Risiko tinggi cedera dan etiologinya adalah kejang berulang. Dari data tersebut muncul masalah keperawatan yaitu : **Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang berulang.** Tujuan yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan tidak terjadi kejang dengan kriteria hasil : klien tidak terjadi trauma, tidak terjadi henti napas. Tindakan yang dilakukan adalah : monitor tanda-tanda vital, pertahankan bantalan lunak pada tempat tidur, mengkaji adanya kejang berulang. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang dilakukan adalah : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang, klien sudah terlihat nyaman dan tenang, masalah teratasi, pertahankan intervensi.

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada An. F dengan kejang demam di Ruang Bougenville III Rumah Sakit Umum Daerah Kudus pada tanggal, 17 Agustus 2009, dimana dalam memberikan Asuhan Keperawatan penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Sebelum menguraikan diagnosa keperawatan yang muncul pada An. F, penulis akan mengklarifikasikan data pada resum keperawatan. Pada Riwayat Kesehatan masa lampau dalam imunisasi, penulis tidak menuliskan secara pasti dari bulan dan tanggal yang seharusnya penulis cantumkan kapan klien mendapatkan imunisasi karena penulis tidak menanyakan secara pasti bulan dan tanggal klien mendapatkan imunisasi kepada ibu klien tetapi pada waktu penulis melakukan pengkajian ibu klien mengatakan kalau anaknya sudah mendapatkan imunisasi lengkap jadi penulis simpulkan tidak ada masalah dalam imunisasi klien

Penulis juga tidak mencantumkan pengkajian pertumbuhan dan perkembangan yang meliputi beberapa aspek, yaitu aspek fisik, motorik, mental, adaptif dan personal untuk mengkaji tumbuh kembang anak. Padahal diasuhan keperawatan anak pengkajian tumbuh kembang sangat penting untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan anak dikarenakan pada saat akan dilakukan pengkajian klien rewel dan suhu tubuh klien masih sangat tinggi sehingga penulis mengalami kesulitan untuk melakukan pengkajian tersebut

Selama memberikan asuhan keperawatan masalah keperawatan yang timbul adalah:

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Menurut Carpenito, LJ (2006), Hipertermi adalah keadaan dimana seorang individu mengalami atau resiko untuk kenaikan suhu tubuh terus menerus yang lebih tinggi dari  $37,8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) Per rectal karena faktor eksternal.

Batasan karakteristik mayor, suhu lebih tinggi dari  $37,8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) Per rectal, kulit hangat, takikardia, sedangkan batasan minor, peningkatan kedalaman pernafasan, menggigil, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat, perasaan panas atau dingin.

Pada saat pengkajian didapatkan data-data : pada data subjektif : ibu klien mengatakan An .F panas tinggi selama satu hari, data objektif : klien lemas dan pucat, badan menggigil dan keluar keringat dingin, S :  $39,5^{\circ}\text{C}$ . RR : 32x/menit, N : 132x/menit.

Diagnosa yang penulis angkat yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, tetapi etiologi yang penulis angkat untuk diagnosa hipertermi belum tepat, etiologi yang seharusnya penulis angkat adalah hipertemi berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh dengan batasan karakteristk mayor suhu tubuh lebih tinggi dari  $37,8^{\circ}\text{C}$  ( $100^{\circ}\text{F}$ ) per oral atau  $38,8^{\circ}\text{C}$  ( $101^{\circ}\text{F}$ ) per rectal, kulit hangat takikardia dan batasan minor peningkatan kedalam pernafasan, menggigil, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkaringat, perasaan panas atau dingin

Penulis mengangkat diagnosa keperawatan Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi sebagai prioritas yang pertama karena menurut hirarki maslow hipertermi merupakan kebutuhan fisiologi yang harus segera ditangani sehingga penulis memprioritaskan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi sebagai prioritas yang utama, dibandingkan dengan diagnosa yang lainnya, sebab bila hipertermi tidak segera ditangani dapat menyebabkan kecatatan. Keluhan utama klien yang paling dirasakan adalah panas, sehingga bila masalah ini tidak penanganan yang baik dan cepat dapat mengganggu kebutuhan yang lain seperti resiko tinggi cedera.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses infeksi Pada tanggal 17 Agustus 2009 penulis menyusun rencana asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam agar suhu tubuh klien kembali normal. Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan antara lain monitor keadaan umum dan tanda-tanda vital rasionalnya untuk mengetahui keadaan umum klien dan suhu tubuh klien. lakukan kompres hangat, rasionalnya untuk menurunkan panas. memberikan obat antipiretik (parasetamol) rasionalnya kenaikan suhu tubuh pada jalur pusat persarafan yang berperan terhadap suhu tubuh yaitu hipotalamus.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, penulis melakukan tindakan : memonitor suhu tubuh anak suhu :  $38^{\circ}\text{C}$ , memberikan kompres hangat, berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian antipiretik yaitu paracetamol.

Evaluasi pada tanggal 17 Agustus 2009 untuk diagnosa yang pertama yaitu data subjektif : ibu klien mengatakan suhu tubuh anaknya sudah menurun, data objektif : suhu awal  $39,5^{\circ}\text{C}$  menjadi  $38^{\circ}\text{C}$  masalah teratasi sebagian dan planning yang penulis rencanakan lanjutkan intervensi dengan monitor tanda-tanda vital dan keadaan umum, memberikan kompres hangat dan kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat antipiretik. Karena penulis pindah ruangan planning yang penulis rencanakan yaitu optimalkan intervensi, penulis delegasikan intervensi tersebut kepada perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi.

2. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang berulang

Menurut Carpenito, LJ (2006), resiko cedera adalah : keadaan dimana seseorang individu beresiko mendapatkan bahaya karena devisit perseptual atau fisiologis, kurangnya kesadaran tentang bahaya.

Data objektif : dijumpai kaku kuduk dengan reflek kerniq dan brundinsky positif (Riyadi,2009).

Pada saat pengkajian didapatkan data-data : pada data subjektif : ibu klien mengatakan An. F tidak memiliki riwayat kejang, data objektif : klien tidak ada tanda kejang berulang. Mulut klien tidak terkatup, tubuh tidak kaku, mata tidak melirik keatas .

Pembahasan diagnosa yang kedua seharusnya tidak muncul karena tidak ada data subjektif dan data objektif yang bisa menjadi data untuk perumusan diagnosa keperawatan..

Diagnosa diatas penulis angkat karena klien mengalami hipertermi maka penulis mengkhawatirkan adanya serangan kejang berulang dan sampai menimbulkan cedera walaupun pada saat dilakukan pengkajian tidak didapatkan data.

Berdasarkan hirarki Maslow maka penulis memprioritaskan diagnosa risiko tinggi cedera sebagai prioritas kedua karena merupakan kebutuhan rasa aman.

Untuk mengatasi diagnosa resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang berulang pada tanggal 17 Agustus 2009 penulis menyusun rencana asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam agar tidak terjadi kejang berulang. Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan antara lain pantau suhu tubuh klien rasionalnya peningkatan suhu tubuh merupakan risiko rerjadi kejang, pertahankan bantal lunak pada tempat tidur, rasionalnya menghindari klien sesak nafas. Ajarkan keluarga untuk menghindari atau lakukan tindakan menghindari kemungkinan lidah tergigit dan menutup jalan napas. Mengkaji jika timbul kejang berulang, rasionalnya untuk mengetahui adanya timbulnya kejang lagi.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada resiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang berulang penulis melakukan : memonitor tanda-tanda vital, mempertahankan bantalan lunak pada tempat tidur, mengajarkan kepada keluarga untuk menghindari kemungkinan lidah tergigit, mengkaji tanda-tanda kejang berulang,

Hasil evaluasi pada tanggal 17 Agustus 2009 untuk diagnosa kedua didapatkan data subjektif : ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak kejang lagi, data objektifnya : klien tenang dan terlihat nyaman dengan posisi yang diberikan, masalah teratasi, pertahankan intervensi.

Diagnosa yang seharusnya muncul tapi tidak muncul di kasus yang penulis angkat adalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan nafsu makan menurun (*anoreksia*).

Dari data-data pengkajian sebenarnya ada data yang mendukung yaitu: klien mengalami penurunan berat badan dari berat badan yang semula sebelum sakit 11 kg menjadi 10 kg, tetapi waktu penulis melakukan pengkajian ibu klien mengatakan kalau nutrisi klien tidak ada masalah, klien tidak mual muntah, klien makan bubur, dan juga masih minum ASI 3-4 x sehari.

Lima diagnosa sesuai pathways yang seharusnya muncul tetapi tidak muncul karena saat pengkajian tidak ada data-data pendukung sehingga penulis tidak memunculkan masalah :

1. Gangguan perfusi jaringan
2. Kebersihan jalan nafas tidak efektif
3. Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Sebagai tahap akhir penulisan karya tulis ini, penulis akan menyampaikan beberapa kesimpulan berdasarkan uraian yang ada pada bab sebelumnya dan saran ditujukan pada penulis maupun perawat ruangan untuk dijadikan bahan pertimbangan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien berikutnya.

#### **A. Kesimpulan**

Penyakit kejang demam perlu diwaspadai karena kejang yang lama (lebih dari 15 menit) dapat menyebabkan kematian. Risiko terjadi kerusakan sel otak akibat kejang. Kekurangan O<sub>2</sub> (anoksia) pada otak akan mengakibatkan kerusakan sel otak dan dapat terjadi kelumpuhan bahkan retardasi mental. Suhu yang meningkat diatas normal, risiko terjadi bahaya/komplikasi, gangguan rasa aman dan nyaman, dan kurangnya pengetahuan orang tua mengenai penyakit.

Dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan bisa disimpulkan penyebab penyakit kejang demam yang dialami An. F adalah akibat suhu yang meningkat diatas suhu normal(suhu rectal di atas 38<sup>o</sup>C ).

Dua diagnosa keperawatan yang muncul pada An. F adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi
2. Risiko tinggi cedera berhubungan dengan kejang berulang

Perencanaan yang telah dibuat penulis untuk mengatasi masalah keperawatan yang muncul juga telah dilengkapi dengan rasionalisasi sehingga tujuan dan kriteria hasil dari masing masing diagnosa relevan untuk dilakukan oleh penulis. Dari diagnosa pertama penulis melakukan implementasi : monitor tanda-tanda vital, observasi keadaan umum klien, memberikan kompres hangat, melakukan *water tepid sponge*, untuk menurunkan suhu badan, kolaborasi dengan dokter pemberian antipiretik (paracetamol)

Dari tindakan tersebut didapatkan hasil : suhu tubuh mulai turun dari 39,5°C menjadi 38°C, masalah belum teratasi, maka penulis mengelegasikan kepada perawat ruangan untuk melanjutkan intervensi.

Dari diagnosa yang kedua penulis melakukan implementasi : monitor tanda- tanda vital, pertahankan bantal lunak pada tempat tidur. Kaji adanya kejang berulang.

Dari tindakan tersebut didapatkan hasil : klien tidak kejang lagi, klien terlihat nyaman dan tenang, masalah teratasi, dan pertahankan intervensi.

## B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas maka saran dari penulis adalah :

### 1. Bagi Peneliti

- a. Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien anak perawat harus melibatkan keluarga, menggunakan pendekatan sesuai dengan tumbuh kembang anak, dan melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar untuk menghindari mal praktek.

- b. Dalam memberikan terapi obat pada klien anak, perawat harus memperhatikan umur, dosis yang sesuai, serta sesuai dengan prinsip 6 benar (benar nama, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar cara pemberian, dan benar dokumentasi).

## 2. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi pendidikan dapat memberikan pengetahuan dan menambah wawasan dalam pembelajaran pembuatan asuhan keperawatan anak yang lebih baik sesuai dengan tumbuh kembang anak.

## 3. Bagi Lahan Praktik/Rumah Sakit

Rumah sakit seharusnya memberikan pelayanan yang lebih baik kepada klien dengan kejang demam serta selalu melakukan pendokumentasian yang baik dan benar untuk meningkatkan mutu perawat yang berkompeten.

## 4. Bagi Orang Tua

Orang tua seharusnya mampu memberikan perawatan kepada anak dengan kejang demam untuk mencegah komplikasi dari kejang demam.

## DAFTAR PUSTAKA

- Doengoes, M. E, 2000. *Rencana asuhan keperawatan*. Edisi 3. Alih Bahasa : Monica Ester, Yasmin Asih. Jakarta : EGC.
- Haryanto, 2008. *Konsep dasar keperawatan dengan pemetaan konsep (concept mapping)*. Jilid I. Jakarta : Salemba Medika.
- Hidayat, A. A, 2006. *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Edisi 1. Jakarta : Salemba Medika.
- Muttaqin, A, 2008. *Pengantar asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Ngastiyah, 2005. *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta : EGC
- Riyadi, S. & Sukarmin, 2009. *Asuhan keperawatan pada anak*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Rudolph, A, 2006. *Rudolph's pediatrics (buku ajar pediatri)*. Alih Bahasa : Huriawati Hartono. Jakarta : EGC.
- Tarwoto, W, 2006. *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Wong, D. L, 2003. *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. Edisi 4. Alih Bahasa. Monica Ester, Sari Kurnianingsih. Jakarta : EGC.
- Wong, D. L, 2008. *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6. Alih Bahasa. Andry Hartono, Sari Kurnianingsih. Jakarta : EGC.