

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN
KEJANG DEMAM DI RUANG MELATI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
UNGERAN**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Ruswati
NIM. 8933131030

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2011**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan dihadapan tim penguji karya tulis ilmiah Prodi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada:

Hari : Senin

Tanggal : 23 Mei 2011

Semarang, Senin 23 Mei 2011

Pembimbing



(Ns Indra Tri Astuti, S. Kep)

NIK : 210900009

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggung jawabkan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D-III Keperawatan FIK Unissula Semarang pada hari Selasa tanggal 7 juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, 7 Juni 2011

Tim Penguji

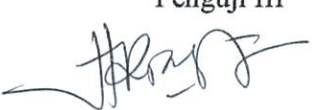
Penguji I


(Erna Melastuti, S. Kep. Ns)
NIK: 210900010

Penguji II


(Siti Muniroh, S. Kep)
NIK: 9809610

Penguji III


(Ns. Indra Tri Astuti, S.Kep)
NIK: 21090009

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

HIDUP ITU BUTUH PERJUANGAN DAN PENGORBANAN

BISMILLAHIRROKHMANTIRROKHM.....

MELANGKAH MENUJU KESUKSESAN



ku persembahkan karya tulis ilmiah ini

Sebagai tanda baktiku kepada bapakku Kwat dan ibuku Sunarti

Bapak dan ibu dosenku

Kakak ku Sri Pujirati, adik-adikku dan keluarga besarku

Sahabatku (Alifah, Desi, Ida)

Teman-temanku

Almamaterku

KATA PENGANTAR

Alhamdulillahirobbil'alamin segala puji hanya untuk Allah Tuhan semesta alam yang telah melimpahkan rahmat, hidayah serta inayahNya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. N DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG MELATI RSUD UNGARAN" ini dengan baik.

Sholawat serta salam semoga selalu terlimpahkan kepada baginda Rasulullah Muhammad SAW, beserta keluarga, sahabat dan pengikutnya yang telah membawa dan mengembangkan Islam hingga seperti sekarang ini.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini bukanlah semata hasil jerih payah penulis secara pribadi. Akan tetapi semua itu terwujud berkat adanya usaha dan bantuan baik berupa moral maupun spiritual dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan syukur Alhamdulillah kepada Allah SWT yang telah memberikan kemudahan dalam penyusunan Karya Tulis ini dan tidak lupa juga penulis menyampaikan rasa terimakasih kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.Sc, M.Eng selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, SKM, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

4. Ibu Ns. Indra Tri Astuti, S. Kep, selaku pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang telah banyak memberi bimbingan dan pengarahan serta motivasi guna menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
5. Bapak dan Ibu Dosen yang telah membekali penulis dengan ilmu pengetahuan selama di bangku kuliah sehingga memperlancar dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.
6. Institusi Rumah Sakit Umum Daerah Ungaran sebagai lahan menuntut ilmu.
7. Ibunda dan ayahanda tercinta, dengan penuh kasih sayang, dengan segala pengorbanan yang telah, mendoakan serta memberikan motivasi untuk meraih cita.
8. Comel Muhtar dan bu lek Sri Hartini yang sudah membantu dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, terimakasih atas dukungan dan kasih sayangnya selama ini.
9. Teman-teman seperjuangan dan semua pihak yang telah membantu dan memberi semangat dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat konstruktif dari pembaca demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.

Akhirnya penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan manfaat nyata bagi penulis khususnya dan para pembaca umumnya.

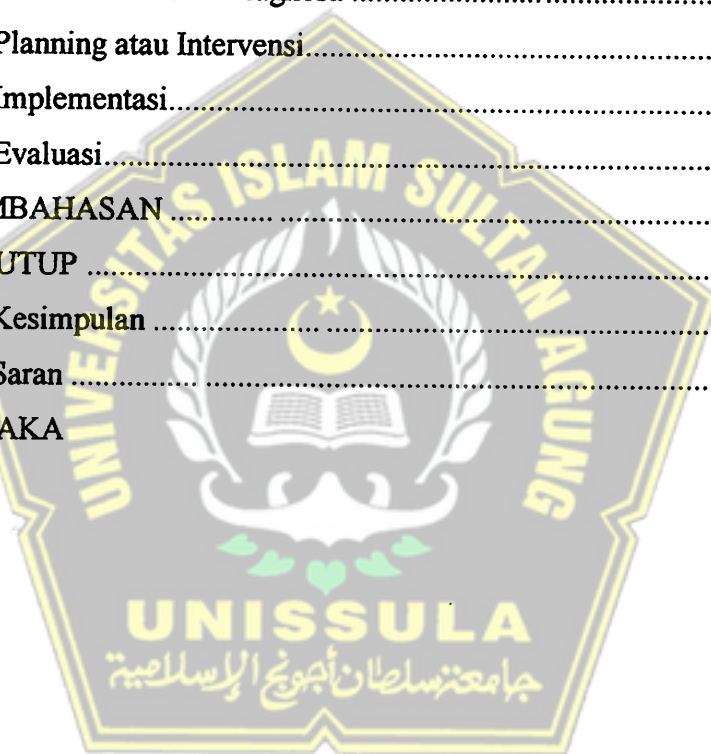
Semarang, 23 Mei 2011

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan	3
C. Manfaat Penulisan	4
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Konsep Dasar	6
1. Pengertian Anak	6
2. Pertumbuhan Dan Perkembangan	7
3. Faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang.....	8
4. Ciri-ciri pertumbuhan dan Perkembangan.....	11
B. Konsep Dasar Penyakit.....	12
1. Pengertian	12
2. Etiologi	14
3. Anatomi sistem saraf.....	14
4. Patofisiologi	21
5. Manifestasi Klinik	22
6. Pemeriksaan Penunjang	24
7. Komplikasi	25
8. Penatalaksanaan	25
9. Pathway	29

C. Konsep Dasar Keperawatan.....	30
1. Pengkajian Keperawatan	30
2. Fokus Pengkajian	31
3. Diagnosa Keperawatan	34
4. Fokus Intervensi	34
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	38
A. Pengkajian.....	38
B. Analisa Data dan Diagnosa	46
C. Planning atau Intervensi.....	46
D. Implementasi.....	47
E. Evaluasi.....	48
BAB IV PEMBAHASAN	49
BAB V PENUTUP	57
A. Kesimpulan	58
B. Saran	58
DAFTAR PUSTAKA	



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Surat Kesediaan Membimbing
- Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi
- Lampiran 3. Lembar Konsultasi
- Lampiran 4. Asuhan keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada suhu badan yang tinggi. Suhu badan yang tinggi ini disebabkan oleh kelainan ekstrakranial (Lumbantobing, 2007).

Insiden terjadinya kejang demam terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3 % dari anak yang berumur di bawah 5 tahun pernah menderita kejang demam. Kejang demam lebih sering di dapatkan pada laki-laki dari pada perempuan. Hal tersebut disebabkan karena pada wanita di dapatkan maturasi serebral yang lebih cepat dibandingkan laki-laki (Sumijati, 2000, aspek-kejang-demam, <http://khidirmuhaj.com>, diunduh tanggal 9 Mei 2011).

Di Indonesia Lumbantobing melaporkan 6,5% kejang demam menjadi epilepsi. Adapun di Semarang insiden kejang demam terdapat 2-5% anak yang berumur 6 bulan sampai 4 tahun pernah mengalami kejang demam sederhana (Dwi Wastoro, 2010, kejang demam, <http://www.jurnalpediatric.ac.id>, diunduh tanggal 12 Mei 2011).

Menurut Meadow dan Newell (2005), kejang demam ditimbulkan oleh demam dan cenderung muncul saat awal-awal demam. Penyebab yang paling sering adalah infeksi saluran nafas atas. Kejang ini merupakan kejang umum dengan pergerakan klonik selama kurang dari 10 menit. Sistem saraf

pusat (SSP) normal dan tidak ada tanda-tanda defisit neurologis pada saat serangan telah menghilang. Sekitar sepertiga akan mengalami kejang demam kembali jika terjadi demam, tapi sangat jarang yang mengalami kejang setelah usia 6 tahun.

Adapun Riyadi dan Sukarmin (2009) menjelaskan bahwa kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam antara lain: infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis. Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan dapat berbentuk tonik-klonik, tonik, fokal, atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit anak akan terbangun dan sadar kembali tanpa ada kelainan saraf.

Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. Ambang kejang yang rendah terjadi pada suhu 38°C sedangkan ambang kejang yang tinggi kejang bila terjadi pada suhu mencapai 40°C atau lebih (Ngastiyah, 2009).

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Tetapi kejang yang berlangsung lama (lebih dari 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energi untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia (Ngastiyah, 2009).

Berdasarkan hal tersebut dalam penanggulangan kejang demam perlu memperhatikan pada tingkat suhu berapa pasien menderita kejang. Dengan penanggulangan yang tepat dan cepat prognosinya baik dan tidak menyebabkan kematian. Namun bila penanganan lambat dan tidak tepat maka dapat menyebabkan komplikasi seperti *hemiparesis*, lumpuh dan epilepsi (Bahtera, 2010, Jurnal pediatric, <http://www.jurnal.pediatrics.co.id>, diunduh tanggal 12 Mei 2011).

Perawat khususnya keperawatan anak dengan kejang demam diharapkan mempunyai keterampilan/skill yang memadai sehingga mampu melakukan penanganan yang cepat dan tepat pada pasien kejang demam untuk mencegah terjadinya komplikasi lebih lanjut.

Sehubungan dengan hal tersebut maka penulis tertarik untuk mengambil topik dalam studi karya tulis ilmiah dengan judul: Asuhan Keperawatan pada An. N Dengan Kejang Demam Di Ruang Melati RSUD Ungaran.

B. Tujuan penulisan

Di dalam penulisan karya tulis ilmiah ini penulis mempunyai tujuan (khususnya bagi para mahasiswa keperawatan dan perawat) sebagai berikut:

1. Tujuan umum

Mampu melakukan asuhan keperawatan anak dengan kejang demam berdasarkan ilmu dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan tentang konsep dasar kejang demam.
- b. Menjelaskan tentang hasil asuhan keperawatan kejang demam.
- c. Menganalisa hasil asuhan keperawatan kejang demam sesuai teori dan aplikasi.

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

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, 2005).

Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang di mulai dari bayi hingga remaja. Masa anak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang di mulai dari bayi (0-1 tahun) usia bermain atau toddler (1-2, 5 tahun), pra sekolah (2, 5-5 tahun), usia sekolah (5-11 tahun) hingga remaja (11-18 tahun). Rentang ini berbeda antara anak satu dengan lain mengingat latar anak berbeda. Pada anak terdapat rentang perubahan pertumbuhan dan perkembangan yaitu rentang cepat dan lambat. Dalam proses perkembangan anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep sendiri, pola koping dan perilaku sosial (Hidayat, 2005).

Anak adalah individu yang unik dan bukan orang dewasa mini. Anak juga bukan merupakan harta atau kekayaan orang tua yang dapat dinilai secara sosial ekonomi, melainkan masa depan bangsa yang berhak atas pelayanan kesehatan secara individual. Anak adalah individu yang

masih bergantung pada orang dewasa dan lingkungannya, artinya membutuhkan lingkungan yang dapat memfasilitasi dalam memenuhi kebutuhan dasarnya dan untuk belajar mandiri. Lingkungan yang bermaksud bisa berupa keluarga (orang tua), pengurus panti (bila anak berada dipanti), atau bahkan tanpa orang tua bagi mereka yang hidupnya menggelandang. Semua individu tersebut menjadi klien keperawatan anak (Supartini, 2004).

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

Aspek tumbuh kembang pada anak dewasa ini adalah salah satu aspek yang di perhatikan secara serius oleh para pakar, karena hal tersebut merupakan aspek yang menjelaskan mengenai proses pembentukan seseorang, baik secara fisik maupun psikososial. Namun, Sebagian orang tua belum memahami hal ini, terutama orang tua yang mempunyai tingkat pendidikan dan sosial ekonomi yang relatif rendah. Mereka menganggap bahwa selama anak tidak sakit, berarti anak tidak mengalami masalah kesehatan termasuk pertumbuhan dan perkembangan. Sering kali para orang tua mempunyai pemahaman bahwa pertumbuhan dan perkembangan mempunyai pengertian yang sama (Nursalam, Susilaningrum & Utami, 2005).

Pertumbuhan (growth) merupakan masalah perubahan dalam ukuran besar, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu yang bisa diukur dengan ukuran berat (gram. Kilogram), ukuran panjang (cm, meter). Sedangkan perkembangan (development) merupakan bertambahnya kemampuan (skill/keterampilan) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Dari dua pengertian tersebut diatas dapat ditarik benang merah bahwa pertumbuhan mempunyai dampak terhadap aspek fisik, sedangkan perkembangan berkaitan dengan pematangan fungsi sel atau organ tubuh individu, keduanya tidak bisa terpisahkan (Riyadi, 2009)

3. Faktor – faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang

Pola pertumbuhan dan perkembangan secara normal antara anak yang satu dengan yang lainnya pada akhirnya tidak selalu sama, karena dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Menurut Soejiningsih (2002), faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor internal dan eksternal,

a. Faktor Dalam (Internal)

1) Genetika

Faktor genetika akan mempengaruhi kecepatan pertumbuhan dan kematangan tulang, alat seksual, serta saraf, sehingga merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang yaitu:

a) Perbedaan ras, etnis, atau bangsa

Tinggi badan orang Eropa akan berbeda dengan orang Indonesia atau bangsa lainnya, dengan demikian postur tubuh tiap bangsa berlainan.

b) Keluarga

Ada keluarga yang cenderung mempunyai tubuh gemuk atau perawakan pendek.

c) Umur

Masa pranatal, masa bayi, dan masa remaja merupakan tahap yang mengalami pertumbuhan cepat dibandingkan dengan masa lainnya.

d) Jenis kelamin

Wanita akan mengalami masa pubertas lebih dahulu dibandingkan dengan laki-laki.

e) Kelainan kromosom

Dapat menyebabkan kegagalan pertumbuhan, misalnya sindroma down.

2) Pengaruh hormon

Pengaruh hormon sudah terjadi sejak masa pranatal, yaitu saat janin berumur 4 bulan. Pada saat itu, terjadi pertumbuhan yang cepat. Hormon yang berpengaruh terutama adalah hormon pertumbuhan somatotropin yang dikeluarkan oleh kelenjar pituitari. Selain itu, kelenjar tiroid juga menghasilkan kelenjar tiroksin yang berguna untuk metabolisme serta maturasi tulang, gigi, otak.

b. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan yang dapat berpengaruh dikelompokkan menjadi tiga, yaitu pranatal, kelahiran, dan pascanatal faktor-faktor tersebut yaitu:

- 1) Faktor pranatal (selama kehamilan) meliputi:
 - a) Gizi, nutrisi ibu hamil akan mempengaruhi pertumbuhan janin, terutama selama trimester akhir kehamilan.
 - b) Mekanisme, posisi janin yang abnormal dalam kandungan dapat menyebabkan kelainan kongenital.
 - c) Toksin, zat kimia, radiasi.
 - d) Kelainan endokrin.
 - e) Infeksi TORCH (*toxoplasma rubella cytomegalovirus herpes simplex*) atau penyakit seksual menular.
 - f) Kelainan imunologi.
 - g) Psikologis ibu.
- 2) Faktor kelahiran

Riwayat kelahiran dengan vakum ekstraksi atau forceps dapat menyebabkan trauma kepala bayi sehingga beresiko terjadinya kerusakan jaringan otak.

3) Faktor pascanatal

Seperti halnya pada masa pranatal, faktor yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak adalah gizi, penyakit kronis atau kelainan kongenital, lingkungan fisik dan kimia, psikologis, endokrin, sosial ekonomi, lingkungan, pengusaha dan stimulasi, dan obat-obatan.

4. Ciri- ciri pertumbuhan dan perkembangan anak

Menurut Narendra (dalam Hidayat, 2008), peristiwa pertumbuhan dan perkembangan anak memiliki berbagai ciri khas yang membedakan komponen satu dengan yang lain. Pertumbuhan memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Terjadi perubahan ukuran dalam hal bertambahnya ukuran fisik, seperti berat badan, tinggi badan, lingkar kepala, lingkar dada, dan lain-lain.
- b. Terjadi perubahan proporsi yang dapat terlihat pada proporsi fisik atau organ manusia yang muncul mulai dari masa konsepsi hingga dewasa.
- c. Pada pertumbuhan dan perkembangan terjadi hilangnya ciri-ciri lama yang ada selama masa pertumbuhan, seperti hilangnya kelenjar timus, lepasnya gigi susu, atau hilangnya refleks-refleks tertentu.
- d. Terdapat ciri baru yang secara perlahan mengikuti proses kematangan seperti adanya rambut pada daerah aksila, pubis, atau dada.

Perkembangan memiliki ciri-ciri sebagai berikut :

- a. Perkembangan selalu melibatkan proses pertumbuhan yang diikuti dari perubahan fungsi, seperti perkembangan sistem reproduksi akan diikuti perubahan ada fungsi alat kelamin.
- b. Perkembangan memiliki pola yang konstan dengan hukum tetap, yaitu perkembangan dapat terjadi dari daerah kepala menuju ke arah kaudal atau dari bagian proksimal ke bagian distal.

- c. Perkembangan memiliki tahapan yang berurutan mulai dari kemampuan melakukan hal yang sederhana menuju kemampuan melakukan hal yang sempurna.
- d. Perkembangan setiap individu memiliki kecepatan pencapaian perkembangan yang berbeda.
- e. Perkembangan dapat menentukan pertumbuhan tahap selanjutnya, dimana tahapan perkembangan harus dilewati tahap demi tahap (Narendra, 2002).

B. Konsep Dasar Penyakit

1. Pengertian

Kejang demam atau *febris convulsion* ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38⁰C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering di jumpai pada anak, terutama pada golongan anak umur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur di bawah 5 tahun pernah menderita kejang demam. Pada percobaan binatang, suhu yang tinggi dapat menyebabkan terjadinya bangkitan kejang (Ngastiyah, 2005).

Kejang demam merupakan kejang yang dapat terjadi karena peningkatan suhu akibat proses ekstrakranium dengan ciri terjadi antara usia 6-4 tahun, lamanya kurang dari 15 menit dapat bersifat umum dan dapat terjadi 16 jam setelah timbulnya demam. Pada kejang demam, wajah anak akan menjadi biru, matanya berputar-putar, dan anggota

badannya akan bergetar dengan hebat. Kejang demam sering terjadi pada anak di bawah usia satu tahun sampai awal kelompok usia dua sampai lima tahun, karena pada usia ini otak anak sangat rentan terhadap peningkatan mendadak suhu badan. Sekitar sepuluh persen anak mengalami sekurang-kurangnya 1 kali kejang. Pada usia lima tahun, sebagian besar anak telah dapat mengatasi kerentanannya terhadap kejang demam (Hidayat 2008).

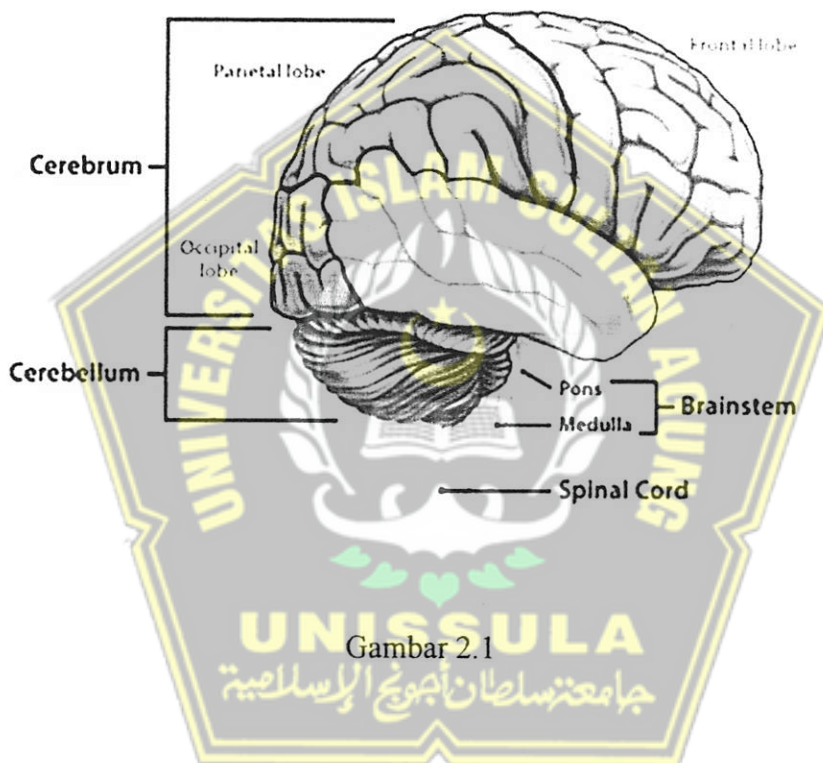
Kejang demam adalah kejang yang terkait dengan demam dan umur, serta tidak didapatkan infeksi intrakranial ataupun kelainan lain di otak. Demam adalah kenaikan suhu tubuh di atas 38°C rektal atau di atas $37,8^{\circ}\text{C}$ aksila. Pendapat para ahli tentang umur penderita saat terjadi bangkitan kejang demam terjadi pada anak berumur 1 bulan. *The Consensus Developmen Panel on Febris Convultions* umur termuda mulai timbul kejang demam 3 bulan sedangkan *The American Academy of Pediatrics* (AAP) dan beberapa ahli lain umur termuda bangkitan kejang demam 6 bulan (Bahtera 2009).

Jadi dari beberapa definisi kejang demam di atas penulis simpulkan, kejang demam adalah kenaikan suhu tubuh (suhu tubuh di atas 38°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.

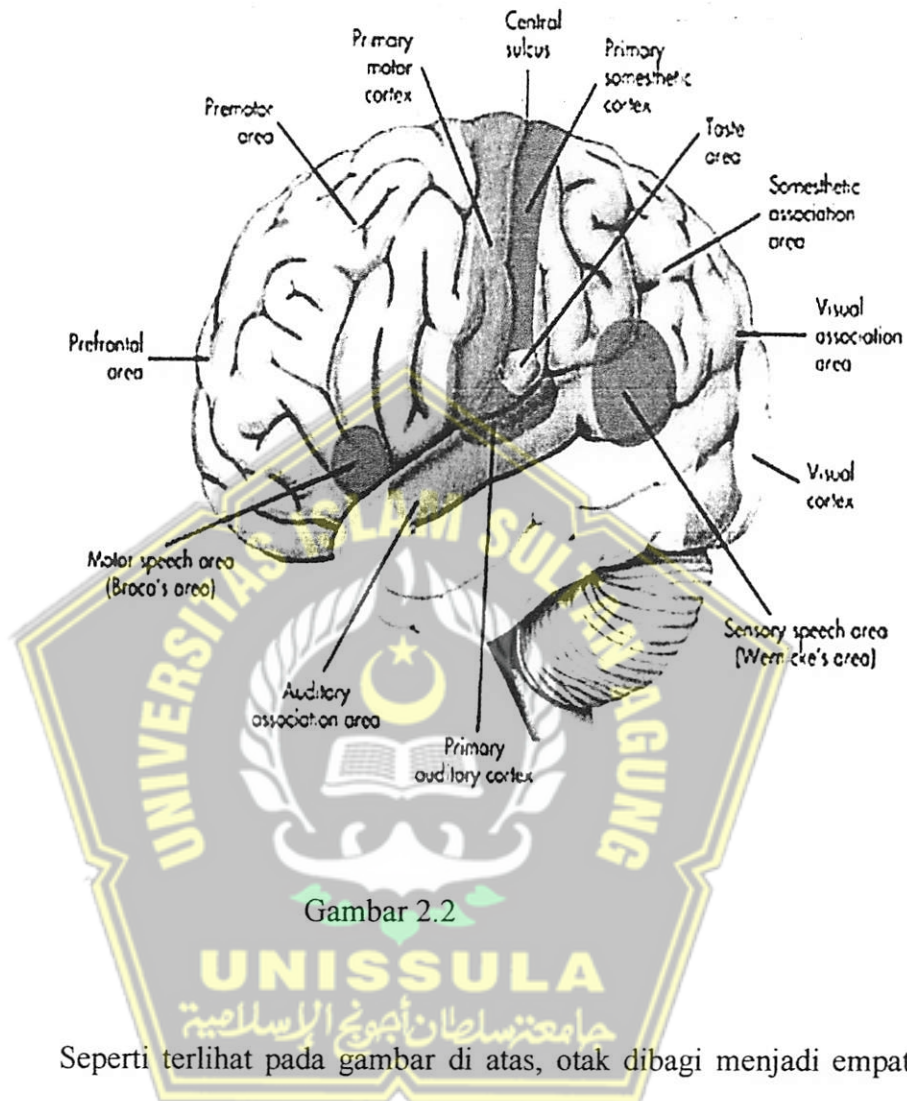
2. Etiologi

Kondisi yang dapat menyebabkan kejang demam antara lain: infeksi yang mengenai jaringan ekstrakranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis (Riyadi, 2009).

3. Anatomi Sistem Saraf



Gambar 2.1



Gambar 2.2

Seperti terlihat pada gambar di atas, otak dibagi menjadi empat bagian, yaitu: Cerebrum (Otak Besar), cerebellum (Otak Kecil), brainstem (Batang Otak), Limbic System (Sistem Limbik) (Adi Sucipto. 2010. Anatomi otak <http://www.jurnal.anatomi.tubuh.org.com>, diunduh tanggal 15 Juni 2011). Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut:

a. Cerebrum (Otak Besar)

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan nama cerebral cortex, forebrain atau otak depan. Cerebrum merupakan bagian otak yang membedakan manusia

dengan binatang. Cerebrum membuat manusia memiliki kemampuan berpikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran, perencanaan, memori dan kemampuan visual. Kecerdasan intelektual atau IQ Anda juga ditentukan oleh kualitas bagian ini.

Cerebrum secara terbagi menjadi 4 (empat) bagian yang disebut lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut sulcus. Keempat lobus tersebut masing-masing adalah: lobus frontal, lobus parietal, lobus occipital dan lobus temporal.

- 1) Lobus frontal merupakan bagian lobus yang ada dipaling depan dari otak besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, memberi penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, kontrol perilaku seksual dan kemampuan bahasa secara umum.
- 2) Lobus parietal berada di tengah, berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.
- 3) Lobus temporal berada di bagian bawah berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.
- 4) Lobus occipital ada di bagian paling belakang, berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

Apabila diuraikan lebih detail, setiap lobus masih bisa dibagi menjadi beberapa area yang punya fungsi masing-masing, seperti terlihat pada gambar di bawah ini.

Selain dibagi menjadi 4 lobus, cerebrum (otak besar) juga bisa dibagi menjadi dua belahan, yaitu *belahan otak kanan* dan *belahan otak kiri*. Kedua belahan itu terhubung oleh *kabel-kabel saraf* di bagian bawahnya. Secara umum, belahan otak kanan mengontrol sisi kiri tubuh, dan belahan otak kiri mengontrol sisi kanan tubuh. Otak kanan terlibat dalam kreativitas dan kemampuan artistik. Sedangkan otak kiri untuk logika dan berpikir rasional.

b. Cerebellum (otak kecil)

Otak kecil atau cerebellum terletak di bagian belakang kepala, dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Otak Kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya.

Jika terjadi cedera pada otak kecil, dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerak otot. Gerakan menjadi tidak terkoordinasi, misalnya orang tersebut tidak mampu

memasukkan makanan ke dalam mulutnya atau tidak mampu mengancingkan baju.

c. Brainstem (batang otak)

Batang otak (*brainstem*) berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur fungsi dasar manusia termasuk pernapasan, denyut jantung, mengatur suhu tubuh, mengatur proses pencernaan, dan merupakan sumber insting dasar manusia yaitu *fight or flight* (lawan atau lari) saat datangnya bahaya.

Batang otak dijumpai juga pada hewan seperti kadal dan buaya. Oleh karena itu, batang otak sering juga disebut dengan otak reptile. Otak reptil mengatur “perasaan teritorial” sebagai insting primitif. Contohnya anda akan merasa tidak nyaman atau terancam ketika orang yang tidak Anda kenal terlalu dekat dengan anda.

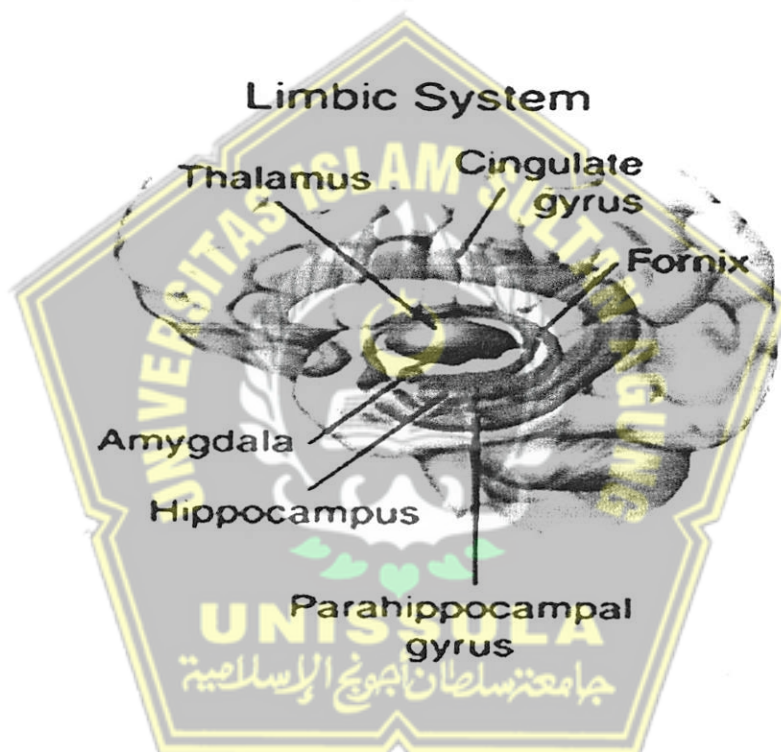
Batang Otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

- 1) Mesencephalon atau Otak Tengah (disebut juga Mid Brain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan Otak Besar dan Otak Kecil. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.
- 2) Medulla oblongata adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga

sebaliknya. Medulla mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan, dan pencernaan.

- 3) Pons merupakan stasiun pemancar yang mengirimkan data ke pusat otak bersama dengan formasi reticular. Pons yang menentukan apakah kita terjaga atau tertidur.

d. Limbic System (Sistem Limbik)



Gambar 2.3

Sistem limbik terletak di bagian tengah otak, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Limbik berasal dari bahasa latin yang berarti kerah. Bagian otak ini sama dimiliki juga oleh hewan mamalia sehingga sering disebut dengan otak mamalia. Komponen limbik antara lain hipotalamus, thalamus, amigdala, hippocampus dan

korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostasis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan juga memori jangka panjang.

Bagian terpenting dari limbik sistem adalah hipotalamus yang salah satu fungsinya adalah bagian memutuskan mana yang perlu mendapat perhatian dan mana yang tidak. Misalnya Anda lebih memperhatikan anak anda sendiri dibanding dengan anak orang yang tidak anda kenal. Mengapa? karena anda punya hubungan emosional yang kuat dengan anak anda. Begitu juga, ketika anda membenci seseorang, anda malah sering memperhatikan atau mengingatkan. Hal ini terjadi karena Anda punya hubungan emosional dengan orang yang anda benci.

Sistem limbik menyimpan banyak informasi yang tak tersentuh oleh indera. Dialah yang lazim disebut sebagai otak emosi atau tempat bersemayamnya rasa cinta dan kejujuran. Carl Gustav Jung menyebutnya sebagai "Alam Bawah Sadar" atau ketidaksadaran kolektif, yang diwujudkan dalam perilaku baik seperti menolong orang dan perilaku tulus lainnya. Ledoux mengistilahkan sistem limbik ini sebagai tempat duduk bagi semua nafsu manusia, tempat bermuaranya cinta, penghargaan dan kejujuran.

4. 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 sistem kardiovaskuler (Ngastiyah, 2005).

Dari uraian tersebut dapat di ketahui bahwa sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO_2 dan air, di sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K^+) dan sangat sulit dilalui oleh ion natrium (Na^+) dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida (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 membran 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°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 anaerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktifitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat (Ngastiyah, 2005).

5. Manifestasi klinik

Manifestasi klinik yang muncul pada penderita kejang demam:

- a. Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari 38⁰C.
 - b. Timbulnya kejang yang bersifat tonik-klonik, fokal atau akinetik.
- Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan

reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian akan sadar kembali tanpa ada kelainan persarafan.

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

Bergantung pada lokasi muatan neuron-neuron, kejang dapat di rentang dari serangan awal sederhana sampai gerakan konfulsif memanjang dengan hilangnya kesadaran. Variasi kejang diklasifikasikan secara internasional sesuai daerah otak yang terkena dan telah diidentifikasi sebagai kejang parsial, umum, dan tidak diklasifikasikan. Kejang parsial asalnya fokal dan hanya mengenai sebagian otak. Kejang umum asalnya tidak spesifik dan mengenai seluruh otak secara simultan. Kejang yang tidak diklasifikasikan di sebut demikian karena data- data yang tidak lengkap (Brunner, 2001).

Pola awal kejang menunjukkan darah otak dapat dimana kejang tersebut berasal. Dan juga penting untuk menunjukkan jika pasien mengalami aura, suatu sensasi tanda sebelum kejang epileptik, yang dapat menunjukkan asal kejang (misalnya, melihat kilatan sinar dapat menunjukkan kejang berasal dari lobus oksipital). Pada kejang parsial sederhana, hanya satu jari atau tangan yang bergetar, atau mulut dapat tersentak tak terkontrol. Individu ini bicara yang tidak dapat di pahami, pusing, dan mengalami sinar, bunyi, bau atau rasa yang tidak umum atau tidak nyaman (Brunner, 2001).

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut IDAI (2005), pemeriksaan penunjang terdiri dari:

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium rutin tidak dianjurkan, dan dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi atau mencari penyebab, seperti darah perifer, elektrolit dan gula darah (level II-2 dan level III, rekomendasi D). Foto *X-ray* kepala dan neuropencitraan seperti *Computed tomography* (CT) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) jarang dikerjakan, tidak rutin dan atas indikasi.

b. Pungsi lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Resikonya terjadinya meningitis bakterialis ialah 0, 6%-6, 7%. Pada bayi kecil sering manifestasi meningitis tidak jelas secara klinis, oleh karena itu pungsi lumbal dianjurkan pada:

- 1) Bayi kurang dari 12 bulan sangat dianjurkan dilakukan.
- 2) Bayi antara 12-18 bulan : dianjurkan.
- 3) Bayi > 18 bulan tidak rutin.

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

c. Pemeriksaan *elektroensefalografi* (EEG)

EEG ini tidak dapat memprediksi berulangnya kejang, atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsi pada pasien kejang demam. Oleh karenanya tidak direkomendasikan (level II-2,

rekomendasi E). Pemeriksaan EEG masih dapat dilakukan pada keadaan kejang demam yang tidak khas misalnya kejang demam kompleks pada anak usia lebih dari 6 tahun, atau kejang demam fokal.

d. Pencitraan foto *X-ray* kepala dan neuropencitraan seperti *computed tomography* (CT) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) jarang sekali dikerjakan, tidak rutin dan atas indikasi seperti:

- 1) Kelainan neurologik fokal yang menetap (*hemiparesis*).
- 2) *Parese nervus VI*.
- 3) *Papiledema*.

7. Komplikasi

- a. *Hemiparesis*
- b. Lumpuh
- c. Epilepsi

(Tjipta Bahtera, 2010, Jurnal pediatrics, <http://www.jurnal.pediatrics.co.id>, diunduh tanggal 12 Mei 2011).

8. 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.

Pemeriksaan lebih intensif seperti fungsi lumbal, kalium, magnesium, kalsium, natrium dan faal hati. Bila perlu rontgen foto tengkorak, EEG, ensefalografi, dll.

4) Mencari dan mengobati penyebab

Penyebab kejang demam adalah infeksi respiratorius bagian atas dan otitis 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.

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 Penatalaksanaan Keperawatan.

Masalah yang perlu diperhatikan pada pasien kejang demam ialah:

1) Risiko terjadi kerusakan sel otak akibat kejang

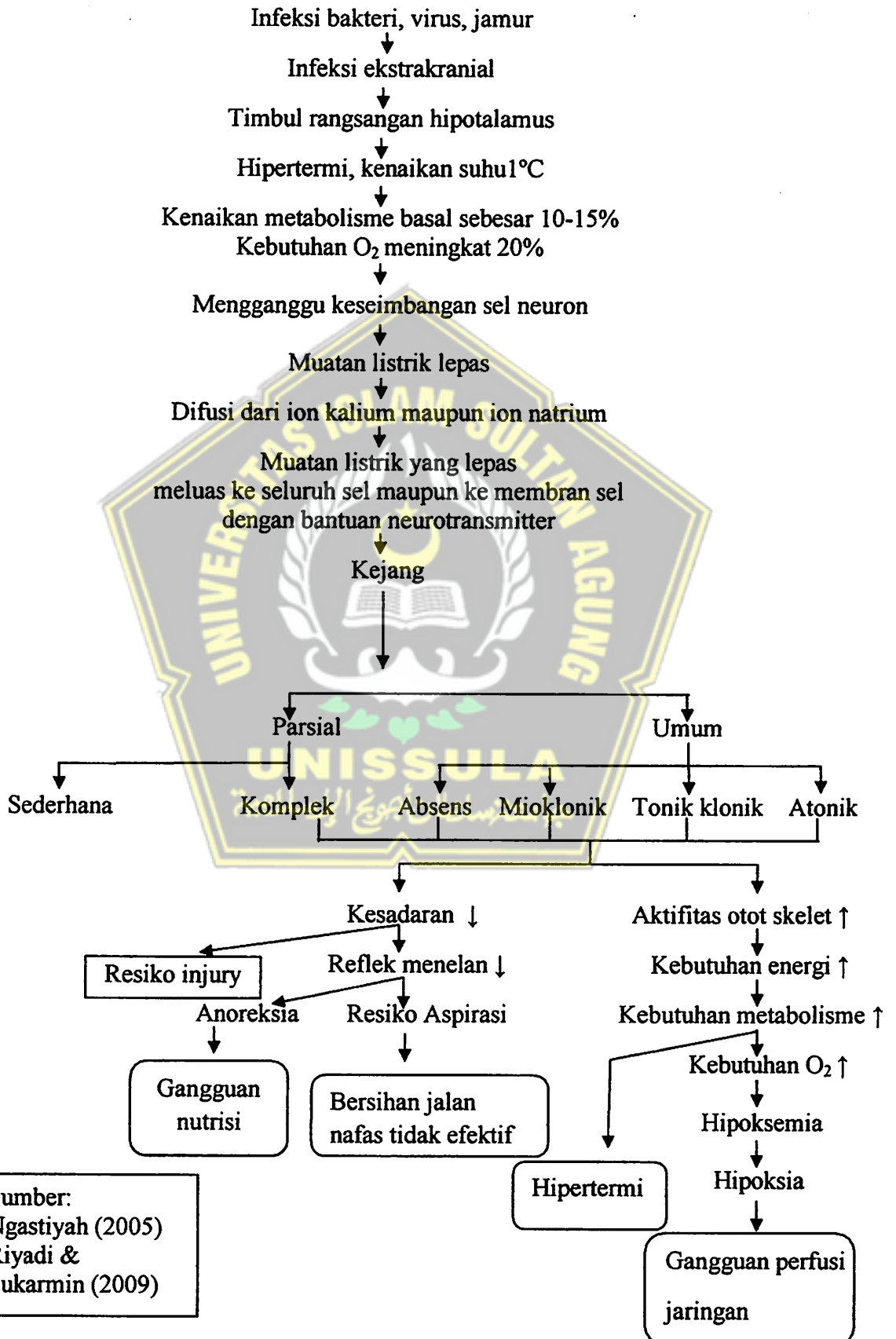
Kekurangan O_2 (anoreksia) pada otak akan mengakibatkan kerusakan sel otak dan dapat terjadi kelumpuhan sampai retardasi mental bila kerusakannya berat. Jika kejang hanya sebentar demam, kenaikan suhu $1^{\circ}C$ akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15%, kebutuhan O_2 akan meningkat 20%.

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).



8. Pathways



Sumber:
Ngastiyah (2005)
Riyadi &
Sukarmin (2009)

C. Konsep Dasar Keperawatan

1. 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 (Riyadi 2009).

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* (GCS) 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 (Riyadi 2009).

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 yang dikemukakan oleh Livingstone (1 tahun tidak lebih dari 4 kali) atau penyakit yang melatarbelakangi timbulnya kejang seperti

tonsilitis, faringitis segera dapat diatasi. Namun jika anak mengalami kejang lebih 4x dalam 1 tahun maka 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. Saat dirawat di rumah sakit anak terlihat pendiam, sulit berinteraksi dengan orang yang ada sekitar, jarang menyentuh mainan. Kemungkinan juga dapat terjadi gangguan perkembangan yang lain seperti penurunan kemampuan motorik kasar seperti meloncat, berlari (Riyadi, 2009).

2. Fokus Pengkajian

Doengoes (2000), menjelaskan bahwa fokus pengkajian pada kasus *febris compulsive* antara lain:

a. 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.

b. Sirkulasi

Gejala : Iktal, hipertensi, peningkatan nadi, sianosis.

Posiktal, tanda vital atau depresi dengan penurunan nadi dan pernapasan

c. 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.

d. Eliminasi

Gejala : Inkontinensia episodik

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

e. Makanan atau cairan

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

Tanda : Kerusakan jaringan lunak atau (cedera selama kejang), *hyperplasia gingival* (efek samping pemakaian dilantin jangka panjang).

f. 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.

g. Pernafasan

Gejala : Fase iktal, gigi mengantup, sianosis, pernafasan menurun, peningkatan sekresi mucus, fase posiktal, apnea.

h. Keamanan

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

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

i. Interaksi Sosial

Gejala : Masalah dalam berhubungan interpersonal dalam keluarga atau lingkungan sosialnya pembatasan atau penghindaran terhadap kontak sosial.

j. Penyuluhan atau pembelajaran

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

3. Diagnosa Keperawatan

Menurut Riyadi (2009), diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien kejang demam adalah:

- a. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau pada tempat lain.
- b. Risiko tinggi obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasme otot bronkus.
- c. Risiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan (Riyadi 2009).

4. Fokus Intervensi

Menurut Riyadi (2009), fokus intervensi yang muncul pada pasien kejang demam adalah:

- a. 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:

- 1) Suhu tubuh rektal 36-37⁰ C
- 2) Kening anak tidak teraba panas
- 3) Tidak dapat terdapat pembekakan, kemerahan pada tonsil atau telinga
- 4) Data penunjang hasil laboratorium angka leukosit 5000-11000 mg/dl.

Rencana Tindakan:

- 1) Longgarkan pakaian, berikan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat

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

- 2) Berikan kompres dingin

Rasional : Perpindahan panas secara konduksi.

- 3) Berikan ekstra cairan (susu, sari buah, dll)

Rasional : Saat demam kebutuhan akan cairan tubuh meningkat.

- 4) Observasi kejang dan tanda vital tiap 4 jam

Rasional : Pemantauan yang teratur menentukan tindakan yang akan dilakukan.

- 5) Batasi aktivitas selama anak panas

Rasional : Aktivitas dapat meningkatkan metabolisme dan meningkatkan panas.

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

Kriteria hasil:

- 1) Frekuensi pernafasan meningkat selama 28-35x /menit
- 2) Irama pernafasan reguler dan tidak cepat
- 3) Anak tidak terlihat terengah-engah

Rencana Tindakan:

- 1) 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.

- 2) 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.

- 3) Pasang tongspatel saat timbul serangan kejang.

Rasional : Mencegah lidah tertekuk yang dapat menutup jalan nafas.

- 4) Bebaskan anak dari pakaian yang ketat.

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

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

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

- c. **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:

- 1) **Tempatkan anak pada tempat tidur yang lunak dan rata seperti bahan matras.**

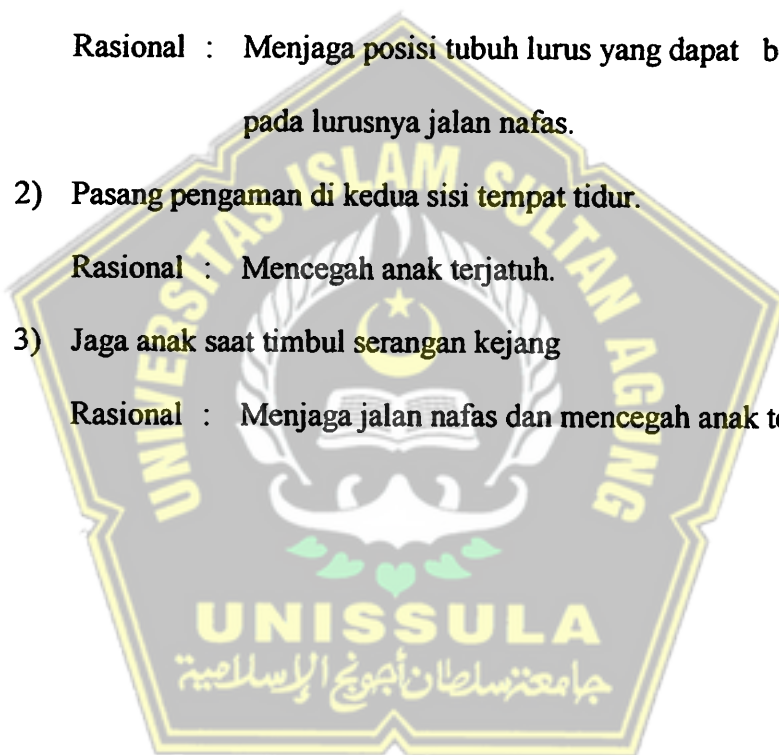
Rasional : Menjaga posisi tubuh lurus yang dapat berdampak pada lurusnya jalan nafas.

- 2) **Pasang pengaman di kedua sisi tempat tidur.**

Rasional : Mencegah anak terjatuh.

- 3) **Jaga anak saat timbul serangan kejang**

Rasional : Menjaga jalan nafas dan mencegah anak terjatuh



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan 17 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB. Nama pasien An. N. Tanggal lahir pasien 2 Oktober 2007. Pasien masuk rumah sakit tanggal 16 Agustus 2010. Nomer CM : 155587. Usia 2 tahun 10 bulan. Alamat: Bukit Leyangan Ungaran Timur. Agama Islam. Nama Ayah Tn. S. Pekerjaan ayah Wiraswasta, Pekerjaan Ibu sebagai ibu Rumah Tangga. Pendidikan terakhir SMA. Agama Islam. Alamat Bukit Leyangan Ungaran timur. Suku bangsa Jawa / Indonesia.

Keluhan utama klien dibawa ke rumah sakit, Ny. D mengatakan An. N Demam disertai kejang.

Riwayat Penyakit Sekarang adalah Ibu klien mengatakan klien demam (S: 40^o C) sejak 13 Agustus 2010. Klien diperiksakan ke dokter terdekat di daerahnya setelah itu klien di beri obat dan diminumnya. Pada tanggal 16 Agustus 2010 demam klien belum reda, demam turun setelah minum obat, kemudian suhu klien naik lagi. An. N juga kejang di rumah 2 kali. Pada tanggal 16 Agustus 2010 pukul 15.37 WIB. klien diantar ibunya dan keluarga datang ke IGD RSUD Ungaran dengan keluhan An. N demam tinggi, demam turun bila minum obat, lalu suhu klien naik lagi. An. N pada waktu kejang di rumah 2 kali. Kejang pertama 5 menit, mata melirik ke atas dan mulut biru. Sesudah kejang anak sadar.

Kemudian kejang ke dua 5 menit juga, pada saat di RS keluhan juga demam di sertai kejang, pilek dan batuk.

Dari hasil pengkajian didapatkan Riwayat penyakit masa lampau dari An. N adalah Riwayat Prenatal bahwa Ibu klien mengatakan An. N merupakan anak pertama dari Tn. S dan Ny. D tidak pernah mengalami aborsi, bayi tidak prematur. Imunisasi lengkap : TT, dan TT₂, dan ibu rajin mengontrolkan ke hamilannya di bidan terdekat setiap 1 bulan sekali dan pada usia kehamilan 7 bulan periksa 2 minggu sekali.

Hasil pengkajian riwayat natalnya didapatkan pengkajian bahwa ibu klien mengatakan Ny. D melahirkan dengan normal, tidak prematur. An. N lahir di RSUP Karyadi. Berat badan bayi 3000 gr, tinggi badan 50 cm.

Hasil pengkajian riwayat Postnatalnya diperoleh ibu klien mengatakan An. N di asuh orang tuanya sendiri, kesehatan anak baik. Imunisasi bayi lahir di RS. An. N sudah lengkap mendapatkan imunisasi dasar : Usia 0 bulan : HB O, BCG, Polio 1. Usia 2 Bulan : DPT / HB 1, Polio 2. Usia 3 Bulan : DPT / HB 2, Polio 3. Usia 4 Bulan : DPT / HB 3, Polio 4. Usia 9 Bulan : Campak.

Dari hasil pengkajian Penyakit waktu kecil didapatkan nenek dan ibu klien mengatakan An. N tidak pernah mengalami penyakit kejang demam, baru kali ini klien kejang-kejang. Obat – obatan yang di gunakan dulu paracetamol syrup.

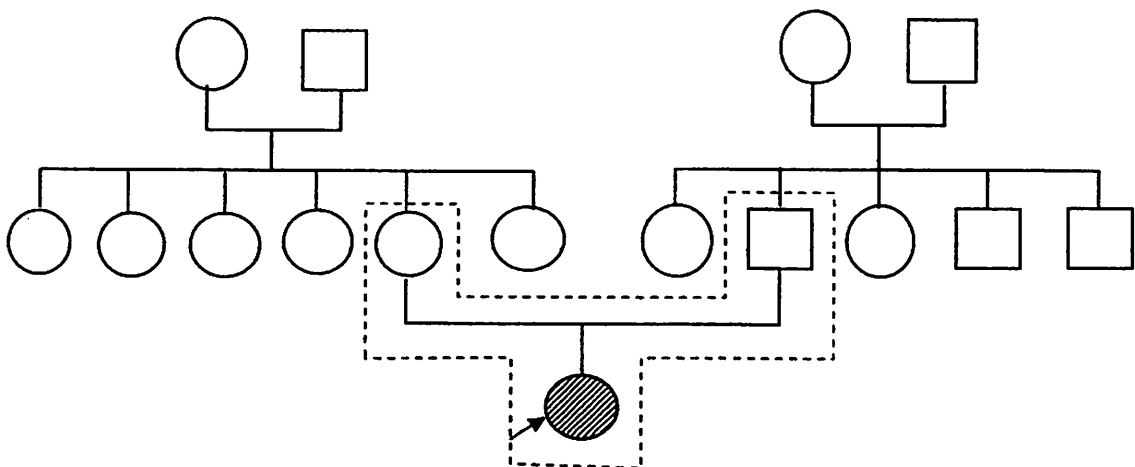
Obat – obatan yang sedang di gunakan saat ini: luminal untuk anti kejang, dosis : 2 X 10 mg (tab) dan Fenris syrup 3X1 cth (penurun panas).

Klien baru kali ini dirawat di RS, ibu klien mengatakan klien tidak pernah mengalami riwayat penyakit keturunan seperti DM, Asma ataupun Hipertensi. Ibu klien juga mengatakan klien belum pernah mempunyai riwayat penyakit menular seperti: TBC, Hepatitis dan HIV/AIDS. Klien juga belum pernah mengalami kecelakaan. Ibu klien mengatakan klien tidak mempunyai alergi, baik makanan, minuman maupun obat-obatan.

Hasil pengkajian Riwayat kesehatan keluarga Ibu klien mengatakan klien anak pertama dan hidup serumah dengan ke dua orang tuanya. Ibu klien mengatakan ibu, klien mempunyai riwayat kejang pada waktu usianya 1 tahun, keluarganya klien tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti DM, asma dan hipertensi. Keluarganya klien juga tidak mempunyai riwayat penyakit menular seperti TBC, HIV/AIDS dan hepatitis.

Dari hasil pengkajian riwayat sosial Ibu klien mengatakan, klien diasuh oleh orang tuanya sendiri. Klien sangat periang dan hiperaktif, lucu, suka bermain dan belajar. Lingkungan rumah bersih, tidak ada kemungkinan bahaya untuk anak.

Genogram.



Keterangan :

- : Laki-laki
 ○ : Perempuan
 ● : Klien
 | : Garis Keturunan

Dari hasil pengkajian keadaan kesehatan saat ini adalah Diagnosa medis kejang demam. Tindakan medis atau operasi tidak ada. Terapi infus selang seling infus assering 15 tetes / menit, infus tridex 27A 15 tetes /menit. Injeksi ceftriaxone 2x500 gr. fenris Syrup 3x1 cth, luminal 2x10 mg (tab).

Hasil laboratorium :

WBC	6,5x10 ³ /ml,	4,0/10,0,	lymph(#)	2,0x10 ³ /ml,	1,0/5,0,
Mid #	0,4x10 ³ /ml,	0,1/1,0,	Gran #	4,1x10 ³ /ml,	2,0/8,0,
lymph %	31,0%,	25,0/50,0,	mid %	6,3%,	2,0/50,0,
Gran %	62,7%,	50,0/80,0,	RBC	4,36x10 ⁶ /ml,	4,20/5,20,
HGB	9,09/dl,	12,0/16,0,	HCT	27,5%,	37,0/47,0,
MCV	63,1 ym ³ ,	85,0/95,0,	MCH	C 32,7 9/dl,	32,0/36,0,
RDW	13,1%,	10,0/16,0,	PLT	288,	150/400,
MPV	8,3,	7,0/11,0.			

Terapinya pada tanggal 17 Agustus 2010 infus tridex 27A 15 tetes/menit di selingi infus Assering 15 tetes/menit. Injeksi Ceftriaxone 2x500 gr, Fenris Syrup 3x1 cth, Luminal 2x10 mg (tab), pada tanggal 18 Agustus 2010 infus Tridex 27A 15 tetes/menit di selingi infus Assering 15 tetes/menit, injeksi Ceftriaxone 2x500 gr, Fenris Syrup 3x1 cth, Luminal 2x10 mg (tab).

Hasil dari pengkajian pola fungsional menurut Gordon adalah sebagai berikut:

Dari pengkajian Persepsi kesehatan atau penanganan Ibu klien mengatakan sehari-harinya jika saat sakit mengantar ke bidan secara rutin, untuk kesehatannya, hanya saja jika anak sakit langsung diobatkan ke bidan atau ke dokter terdekat. Ibu klien mengatakan untuk mencegah dari berbagai penyakit, ibu klien selalu menjaga kebersihan baik lingkungan, makanan serta minuman. Ibu klien mengatakan ayahnya merokok, sehingga jika ayahnya akan merokok, ayah di suruh merokok di teras agar tidak menyebarkan asap rokok yang bisa menyebabkan penyakit. Ibu klien mengatakan klien suka sekali jika bermain dengan teman- temanya. klien sangat ceria dan lucu. Persepsi orang tua tentang status kesehatan yaitu sangat penting karena kesehatan itu sangat mahal harganya.

Pengkajian nutrisi/ metabolik Ibu klien mengatakan ASI anak tercukupi, ASI di berikan sampai usia kurang lebih 2 tahun. Diet yang di anjurkan selama di RS dietnya bubur, sayur, lauk 3x sehari. Masalah dengan makanan yaitu ibu klien mengatakan sebelum sakit tidak ada masalah tetapi selama di RS nafsu makan klien menurun. Makan hanya setengah porsi saja yang di sediakan di RS dalam 3x sehari. Klien hanya mau makan roti sebagai makanan tambahan klien. Sebelum sakit klien minum 8 gelas perhari, selama sakit hanya minum 4 sampai 5 gelas perhari. Klien terpasang cairan intravena pada ekstremitas atas kanan.

Pengkajian eliminasi ibu klien mengatakan klien sebelum sakit BAB 1-2x/hari dan BAK 6-7x/hari. Selama sakit BAB klien 1-2x/hari dan BAK klien juga normal 6-7x/menit. Tidak ada masalah dengan pola eliminasi, klien tidak terpasang kateter. Orang tua tidak ada pola masalah dalam pola eliminasi.

Pengkajian aktifitas sebelum sakit ibu klien mengatakan klien di mandikan orang tua 2-1x/hari menggunakan sabun mandi. Selama di rawat di rumah sakit klien mandi 2x/hari di bantu ibunya karena ekstremitas atas kiri terpasang infus. Klien suka bermain dan belajar dalam sehari-harinya klien sangat lincah, periang suka bergaul baik di rumah maupun di rumah sakit. Klien bernafas dengan normal, tidak terpasang oksigen, tidak batuk dan pilek.

Pengkajian pola tidur/ istirahat Ibu klien mengatakan sebelum sakit klien tidur tercukupi kurang lebih 8 jam/ hari. Tidur nyenyak. Selama sakit pun dirawat di rumah sakit klien tidur juga kurang lebih 8 jam/hari. Ibu klien juga mengatakan klien juga sering tidur siang.

Pengkajian kognitif atau perseptual, ibu klien mengatakan sehat mahal harganya. Klien mengatakan sakit itu tidak enak karena aktifitasnya terganggu. Klien tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, sentuhan. Dalam membuat keputusan tentunya masih menggantungkan ke dua orang tuanya.

Pengkajian persepsi diri atau konsep diri. Status mood klien baik, pemahaman klien terhadap identitas diri baik, klien bisa menyebutkan identitas dirinya, walaupun klien sakit klien masih bisa beraktifitas sendiri yaitu lari-lari, bermain dan bercanda.

Pengkajian atau hubungan klien dengan orang tua dan keluarganya baik. Klien setiap hari di temani orang tua ataupun neneknya secara bergantian di rumah sakit dengan penuh perhatian dan kasih sayang terhadap klien.

Pengkajian seksualitas atau reproduksi kebutuhan kasih sayang klien tercukupi oleh orang tua, keluarga dan teman-teman.

Koping atau toleransi stress pengambilan keputusan dilakukan oleh orang tuanya klien karena usia klien masih kecil. Nilai atau kepercayaan; klien di besarkan dan di asuh oleh keluarga muslim, klien sering di ajari sholat dan ngaji mulai umur 2 tahun. Orang tua klien mengajari untuk selalu berdoa kepada Allah SWT untuk meminta kesembuhan karena hanya pada Allah SWT tempat meminta dan yang memberi kesembuhan.

Dari hasil pemeriksaan fisik pada An. N didapatkan data antara lain keadaan umum cukup baik, kesadaran composmentis, GCS 15. Tanda-tanda vital Tanggal 17 Agustus 2010 (Suhu 39⁰C, Nadi 120x/menit, RR 24x/ menit. Pada pemeriksaan antropometri, berat badan sebelum sakit 23kg (saat dirumah) 3 minggu sebelum sakit berat badan selama sakit 20kg (saat di rawat di rumah sakit).

Pada pemeriksaan kepala *Maesocephal*, rambut hitam, lurus, bersih, tidak ketombe, tidak ada benjolan. Pada pemeriksaan mata bentuk simetris, tidak ada benjolan, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, penglihatan baik. Pada pemeriksaan hidung bentuk simetris, bersih tidak ada sekret, tidak ada polip. Pada pemeriksaan mulut tidak ada stomatitis, tidak bau, bersih, gigi

teratur. Pada pemeriksaan telinga simetris, tidak ada kotoran, pendengaran baik, tidak ada benjolan. Pada pemeriksaan leher tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada peradangan.

Pada pemeriksaan dada antara lain paru-paru; inspeksi bentuk normal, pengembangan dada simetris; palpasi tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus kanan kiri; perkusi terdengar bunyi sonor diseluruh lapang, auskultasi bunyi nafas vesikuler, ronkhi (tidak ada), whezing (tidak ada). Jantung inspeksi tidak nampak ictus cordis, tidak ada pembesaran jantung, palpasi ictus cordis teraba pada ICS 5. Perkusi terdengar bunyi pekak, auskultasi terdengar bunyi jantung I dan bunyi jantung II murni.

Pada pemeriksaan abdomen dengan inspeksi datar, tidak tegang/turgor kulit cukup, auskultasi: bising usus 14x/menit, palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati, perkusi tympani. Pada pemeriksaan punggung tidak ada luka, benjolan. Pada pemeriksaan genetalia tidak ada kelainan pada alat genetalia, tidak ada hemoroid, tidak ada kotoran. Pada pemeriksaan ekstremitas akral hangat, tidak ada oedema, terpasang infus tridex 27A 15 tetes/menit pada tangan kanan. Pada kulit warna kulit sawo matang, tidak ada elergi, tidak ada oedema.

Pada pemeriksaan perkembangan ibu klien mengatakan klien adalah anak yang mandiri, klien tampak bermain dan belajar menyanyi dengan riang, klien berumur 2 tahun 10 bulan, tumbuh kembang secara umum Berat badan lahir : 3kg, berat badan 6 bulan: 9 kg untuk BB saat ini : 20 kg. Pertumbuhan gigi : 6 bulan. Usia duduk dan bermain : 8 bulan.

Mengucapkan kata pertama umur 9 bulan. Usia merangkak : 10 bulan. Usia berdiri dan berjalan : 11 bulan. Interaksi dengan orang lain baik dan mudah bergaul dengan orang lain.

B. Analisa data dan Diagnosa

Dari pengkajian tanggal 17 Agustus jam 15.00 WIB, menghasilkan data sebagai berikut: data subjektif : ibu klien mengatakan klien demam tinggi, dengan S : 39⁰ C, RR: 24x/menit, N: 100x/menit. Data objektif klien tampak lemas, klien tampak muka merah, mukosa bibir kering.

Diagnosa yang pertama muncul adalah Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi.

Diagnosa yang kedua didapatkan gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia. yang di tandai dengan data subjektif ibu klien mengatakan nafsu makan klien turun, klien muntah 1x, dan mual, sedangkan data objektif klien tampak lemes, klien tampak haus, klien tampak keluar keringat. BB sebelum sakit saat dirumah : 23 kg, BB selama sakit di RS : 20 kg, HB 9,0 g/dl, mukosa bibir kering, ½ porsi makan yang di sediakan dari RS dengan diitnya bubur, sayur, lauk dan buah.

C. Planning/Intervensi

Intervensi keperawatan pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB dengan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam suhu tubuh klien turun dengan kriteria hasil suhu normal (36⁰C), klien tampak tenang, mukosa bibir lembab. Tindakan yang dilakukan adalah : monitor tanda-tanda vital dan

keadaan umum klien. Bina hubungan saling percaya dengan klien. Anjurkan memakai pakaian tipis yang mudah menyerap keringat. Anjurkan kompres hangat jika demam tinggi. Beri obat antipiretik: fenris syrup: 3x1 cth. Rasionalnya untuk mengetahui perkembangan klien, untuk memberi kepercayaan kepada klien, agar klien nyaman dan tidak gerah, supaya suhu tubuh klien turun, untuk menurunkan suhu tubuh.

Intervensi yang kedua pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.10 WIB dengan diagnosa gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nafsu makan klien tambah dengan kriteria hasil, berat badan tambah, 1 porsi habis yang di sediakan RS. Tindakan yang dilakukan adalah kaji status nutrisi, beri makanan sedikit tapi sering, beri makanan yang hangat, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit makanan. Rasionalnya untuk mengetahui status nutrisi klien, mencegah klien agar tidak muntah, mencegah klien agar tidak mual, supaya nutrisi klien terpenuhi.

D. Implementasi

Implementasi dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB implementasi yang dilakukan memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital, respon klien dari data subjektif (-), data objektifnya klien bersedia di TTV, membina hubungan saling percaya dengan klien, respon klien dari data subjektifnya (-), data objektif klien tampak bersedia berinteraksi dengan orang lain, menganjurkan menggunakan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat, respon klien dari data subjektif ibu klien mendengarkan instruksi perawat, data objektif klien tampak nyaman, menganjurkan kompres hangat

jika demam tinggi, respon klien dari data subjektif ibu klien mengatakan memberikan kompres hangat, memberikan obat antipiretik, fenris syrup 3x1 cth, respon klien dari data subjektif ibu klien mengatakan akan memberikan obat ke klien, data objektifnya klien tampak bersedia minum obat.

Untuk implementasi yang kedua dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB, implementasi yang dilakukan mengkaji status nutrisi, respon klien dari data subjektif (-), data objektifnya klien tampak bersedia dikaji, memberikan makanan sedikit tapi sering, respon klien dari data subjektif ibu klien mengatakan memberikan makanan sedikit tapi sering, data objektifnya klien bersedia makan, memberikan diit dari ahli gizi, respon klien dari data subjektif ibu klien mengatakan setuju, data objektifnya (-).

E. Evaluasi

Hasil evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2010 pukul 15.30 WIB. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang telah dilakukan adalah : ibu klien mengatakan suhu klien turun 39°C menjadi $37,4^{\circ}\text{C}$, RR:24x/menit, N: 100x/menit. Klien tampak lemas, mukosa bibir lembab, Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi.

Hasil evaluasi yang kedua dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2010 hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang telah dilakukan adalah ibu klien mengatakan nafsu makan klien bertambah, klien tampak makan dengan lahap selama anak sakit makan habis 1 porsi yang disediakan dari rumah sakit, masalah teratasi, pertahankan intervensi.

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan pada An. N dengan kejang demam di Ruang Melati RSUD Ungaran pada tanggal, 17 Agustus 2010, 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. N penulis akan mengklarifikasi data pada hasil asuhan keperawatan. Pada riwayat asuhan keperawatan tetapi penulis tidak memasukkan secara pasti bulan dan tanggal imunisasi tersebut. 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 mencantumkan pengkajian pertumbuhan dan perkembangan yang meliputi beberapa aspek, yaitu fisik, motorik kasar, motorik halus sosialisasi atau kognitif dan vokalisasi tetapi penulis tidak mencantumkan tumbuh kembang anak pada sensori, Padahal di asuhan keperawatan anak pengkajian tumbuh kembang secara komplit sangat penting untuk mengetahui pertumbuhan dan perkembangan anak, dikarenakan pada saat akan dilakukan pengkajian klien tidak kooperatif sehingga penulis mengalami kesulitan untuk melakukan pengkajian tersebut.

Pada pengkajian nutrisi metabolik penulis telah melakukan kesalahan dalam penulisan yaitu klien terpasang cairan intravena pada ekstremitas atas kanan dan ekstremitas kiri atas, seharusnya penulis mencantumkan klien terpasang cairan pada ekstremitas kiri atas.

Berdasarkan pengkajian penulis mengangkat 2 diagnosa yaitu:

a. Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi

Hipertermi berhubungan dengan proses infeksi Carpenito, (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°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) Per rectal karena faktor eksternal.

Batasan karakteristik mayor, suhu lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°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 : data subjektif ibu klien mengatakan klien demam Tinggi, dengan S 39°C , RR 24x/menit, N 100x/menit. Data subjektif klien tampak lemas, klien tampak muka merah, Mukosa bibir kering.

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 karateristik mayor suhu tubuh lebih tinggi dari $37,8^{\circ}\text{C}$ (100°F) per oral atau $38,8^{\circ}\text{C}$ (101°F) per rectal, kulit hangat

takikardia dan batasan minor peningkatan kedalam pernafasan, menggigil, kelemahan, kehilangan nafsu makan, berkeringat, 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 kematian. Keluhan utama klien yang paling dirasakan adalah panas, sehingga bila masalah ini tidak penanganan yang baik dan cepat dapat mengganggu kebutuhan yang lain seperti gangguan nutrisi.

Pada analisa data dari pengkajian tanggal 17 Agustus jam 15.00 WIB, menghasilkan data sebagai berikut: data subjektif : ibu klien mengatakan klien demam tinggi, dengan S : 39⁰ C, RR: 24x/menit, N: 100x/menit. Data objektif klien tampak lemas, klien tampak muka merah, mukosa bibir kering. Seharusnya penulis tidak mencantumkan data klien tampak muka merah, mukosa bibir kering karena dalam pengkajian tidak dicantumkan data tersebut, dan penulis juga tidak mencantumkan tanggal dan jam, yang seharusnya penulis cantumkan adalah tanggal dan jam pada analisa data.

Untuk mengatasi diagnosa keperawatan hipertermi berhubungan dengan proses infeksi Pada tanggal 17 Agustus 2010 penulis menyusun rencana asuhan keperawatan selama 1x24 jam agar suhu tubuh klien kembali normal. Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan antara lain monitor keadaan umum dan

tanda-tanda vital rasionalnya mengetahui perkembangan klien dan membina hubungan saling percaya dengan klien, rasionalnya memberi kepercayaan kepada klien. Anjurkan menggunakan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat, rasionalnya agar klien nyaman dan tidak gerah. Anjurkan kompres hangat jika demam tinggi, rasionalnya supaya suhu tubuh klien turun. Beri obat antipiretik, fenris sirup, rasionalnya untuk menurunkan suhu tubuh.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada hipertermi berhubungan dengan proses infeksi, penulis melakukan tindakan lain : memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital, membina hubungan saling percaya dengan klien, menganjurkan pakai-pakaian tipis yang mudah menyerap keringat, menganjurkan kompres hangat jika demam tinggi, memberi obat antipiretik yaitu fenris sirup. Seharusnya penulis melakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, meskipun dalam waktu 1x24 jam suhu dapat turun mencapai normal namun itu belum stabil jadi masih perlu pemantauan di hari berikutnya.

Implementasi dilakukan pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.00 WIB. Implementasi yang dilakukan memonitor keadaan umum dan tanda-tanda vital, respon klien dari data subjektif (-), data objektifnya klien bersedia di TTV, membina hubungan saling percaya dengan klien, respon klien dari data subjektifnya (-), data objektif klien tampak bersedia berinteraksi dengan orang lain, menganjurkan menggunakan pakaian tipis yang mudah menyerap keringat, respon klien dari data subjektif ibu klien mendengarkan instruksi perawat, data objektif klien tampak nyaman, menganjurkan kompres hangat jika demam tinggi, respon klien dari data subjektif ibu klien mengatakan memberikan kompres

hangat, memberikan obat antipiretik, fenris syrup 3x1 cth. Dalam implementasi penulis tidak mencantumkan waktu, seharusnya untuk tiap implementasi dicantumkan masing-masing waktu.

Hasil evaluasi dilakukan pada tanggal 18 Agustus 2010 pukul 15.30 WIB. Hasil evaluasi yang diperoleh dari implementasi yang telah dilakukan adalah : ibu klien mengatakan suhu klien turun 39°C menjadi $37,4^{\circ}\text{C}$, RR:24x/menit, N: 100x/menit. Klien tampak lemas, mukosa bibir lembab, Masalah belum teratasi, lanjutkan intervensi. Seharusnya penulis tidak menuliskan masalah belum teratasi, tetapi masalah sebagian teratasi karena hasil yang diharapkan belum sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan penulis, pada evaluasi diperoleh data suhu klien $37,4^{\circ}\text{C}$ padahal pada kriteria hasil penulis mengharapkan suhu turun menjadi 36°C adapun untuk mukosa bibir lembab sesuai dengan kriteria hasil. Jadi analisa masalah yang tepat masalah teratasi sebagian.

b. Gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia

Gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia. Menurut Carpenito, (2006), nutrisi adalah suatu keadaan ketika individu yang tidak puasa mengalami atau berisiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan asupan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrisi yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik mayor (harus terdapat satu atau lebih) individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami asupan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan

atau tanpa penurunan berat badan atau kebutuhan metabolik aktual atau potensial dengan asupan yang lebih.

Minor (mungkin terdapat) berat badan 10% sampai 20% atau lebih di bawah berat badan ideal untuk kerangka tubuh, lipatan kulit trisep, lingkaran lengan tengah, dan lingkaran otot lengan tengah kurang dari 60% standar pengukuran, kelemahan otot dan nyeri tekan, peka rangsang mental dan kekacauan mental, penurunan albumin serum, penurunan transferin serum atau penurunan kapasitas ikatan besi.

Berdasarkan hirarki Maslow maka penulis memprioritaskan diagnosa gangguan nutrisi sebagai prioritas kedua karena merupakan kebutuhan fisiologis dan menurut Triage Konsep diagnosa ini tidak termasuk urgen karena tidak menimbulkan kecacatan atau kematian. Tetapi masalah tersebut harus segera diatasi apabila tidak segera diatasi bisa memperlambat proses penyembuhan.

Diagnosa yang kedua didapatkan gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia, yang ditandai dengan data subjektif ibu klien mengatakan nafsu makan klien turun, klien muntah 1x, dan mual, sedangkan data objektif klien tampak lemas, klien tampak haus, klien tampak keluar keringat. BB sebelum sakit saat di rumah : 23 kg, BB selama sakit di RS : 20 kg, HB 9,0 g/dl, mukosa bibir kering, ½ porsi makan yang di sediakan dari RS dengan diitnya bubur, sayur, lauk dan buah. Seharusnya penulis tidak mencantumkan data klien muntah 1x, dan mual, klien tampak lemas, klien tampak haus, klien tampak keluar keringat, karena dalam pengkajian tidak dicantumkan data tersebut. Diagnosa yang penulis angkat belum tepat. Menurut wong (2003), diagnosa yang

benar adalah pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan kehilangan nafsu makan, menolak untuk makan.

Intervensi yang kedua pada tanggal 17 Agustus 2010 pukul 15.10 WIB, dengan diagnosa gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia. Tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam nafsu makan klien tambah dengan kriteria hasil, berat badan tambah, 1 porsi habis yang di sediakan RS. Tindakan yang dilakukan adalah kaji status nutrisi, beri makanan sedikit tapi sering, beri makanan yang hangat, kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit makanan. Rasionalnya untuk mengetahui status nutrisi klien, mencegah klien agar tidak muntah, mencegah klien agar tidak mual, supaya nutrisi klien terpenuhi. Adapun pada intervensi diagnosa ini penulis menetapkan tujuan setelah dilakukan tindakan selama 2x24 jam nafsu makan klien bertambah, dengan kriteria hasil berat badan bertambah seharusnya penulis tidak mentarjetkan kenaikan berat badan, karena dalam waktu 2x24 jam merupakan waktu yang singkat untuk menaikkan berat badan, karena mengingat juga kondisi klien yang seperti itu.\

Untuk mengatasi diagnosa gangguan nutrisi intake yang tidak adekuat, anoreksia pada tanggal 18 Agustus 2010 penulis menyusun rencana asuhan keperawatan selama 2 x 24 jam agar nafsu makan klien bertambah Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan antara lain kaji status nutrisi, rasionalnya mengetahui status nutrisi. Beri makanan sedikit tapi sering, rasionalnya mencegah agar tidak muntah. Beri makanan yang hangat, rasionalnya mencegah agar tidak mual. kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian diit makanan, rasionalnya supaya nutrisi terpenuhi.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia penulis melakukan mengkaji status nutrisi, memberikan makanan sedikit tapi sering, memberikan diit dari ahli gizi.

Hasil evaluasi pada tanggal 18 Agustus 2010 untuk diagnosa kedua didapatkan data subjektif : ibu klien mengatakan nafsu makan klien bertambah, data objektifnya : klien tampak makan dengan lahap selama anak sakit makan habis 1 porsi yang disediakan dari rumah sakit. masalah teratasi, pertahankan intervensi. Penulis seharusnya tidak menuliskan masalah teratasi karena dalam kriteria hasil penulis mentarjetkan anak makan 1 porsi dan berat badan anak bertambah namun dalam evaluasi penulis tidak mencantumkan berat badan anak apakah bertambah atau tidak, sehingga dalam analisa masalah tidak bisa memutuskan bahwa masalah teratasi. Seharusnya yang benar adalah masalah teratasi sebagian. Penulis seharusnya tidak menuliskan masalah teratasi karena dalam kriteria hasil penulis mentarjetkan anak makan 1 porsi dan berat badan anak bertambah namun dalam evaluasi penulis tidak mencantumkan berat badan anak apakah bertambah atau tidak, sehingga dalam analisa masalah tidak bisa memutuskan bahwa masalah teratasi. Seharusnya yang benar adalah masalah teratasi sebagian.

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

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekret yang berlebih.
2. Resiko cedera berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.

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

Pengkajian Asuhan Keperawatan Pada An. N dengan kejang demam telah dilaksanakan sesuai dengan teori. Dan data yang ada dalam pengkajian telah sesuai untuk mendukung diagnosa. Namun dalam pengkajian masih ada banyak kekurangan.

Dari hasil pengkajian yang penulis dapatkan bisa disimpulkan penyebab penyakit kejang demam yang dialami An. N adalah akibat suhu yang meningkat diatas suhu normal (suhu rectal di atas 39°C) yang disebabkan infeksi sistem pernafasan data yang diperoleh An. N batuk dan pilek.

Pada diagnosa keperawatan, untuk menentukan diagnosa keperawatan pada An. N dengan kejang demam, dapat ditegakkan diagnosa keperawatn yaitu hipertermi berhubungan dengan proses infeksi dan gangguan nutrisi berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, anoreksia. Fokus pengkajian penulis pada klien dengan kejang demam.

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.

Implementasi yang penulis laksanakan sudah sesuai dengan intervensi dan semua implementasi dapat penulis laksanakan tanpa hambatan karena didukung sikap klien keluarga yang kooperatif.

Evaluasi dari diagnosa pertama masalah teratasi sebagian sedangkan analisa masalah diagnosa kedua masalah teratasi. Untuk mengoptimalkan kesembuhan pasien penulis mendelegasikan ke perawat lain untuk melanjutkan intervensi dan implementasi.

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

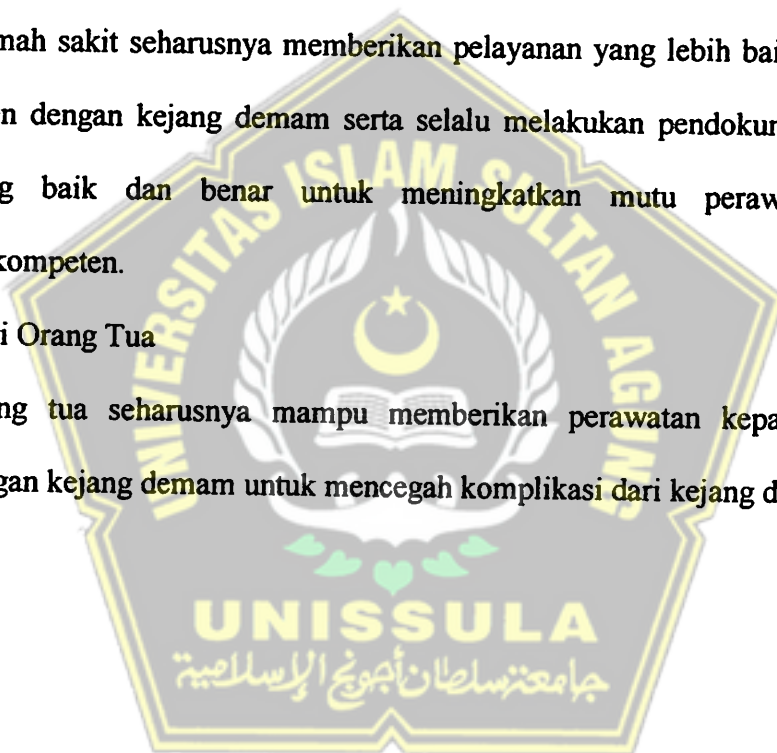
Institusi pendidikan dapat memberikan pengetahuan dan menambah wawasan dengan mengadakan promosi kesehatan dalam pembelajaran pembuatan asuhan keperawatan anak yang lebih baik sesuai dengan tumbuh kembang anak.

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

- Carpenito, L.J. (2006). *Buku saku diagnosa keperawatan*. (Terjemahan: Yasmin Asih). Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Doenges, M.E, (2000). *Rencana asuhan keperawatan untuk asuhan keperawatan dan pendokumentasian perawatan pasien*. (Terjemahan Monika Ester & Yasmin asih). Edisi. 3. Jakarta: EGC.
- Dwi, W. 2010. *Kejang demam*, <http://www.jurnal.pediatric.ac.id>. Diunduh tanggal 12 mei 2011).
- Hidayat, A.A.A. (2005). *Pengantar ilmu keperawatan anak*. Edisi. 2. Jakarta: Sagung Seto
- Hidayat, A.A.A. (2008). *Pengantar ilmu kesehatan anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- IDAI. (2005). *Konsensus penanganan kejang demam*. Jakarta.
- Lumbantobing, S.M. (2007). *Kejang demam*. Jakarta: FKUI.
- Ngastiyah. (2005). *Perawatan anak sakit*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Nursalam., Susilaningrum. R. & Utami, S. (2005). *Asuhan keperawatan bayi dan anak*. Edisi pertama. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Buku ajar fundamental keperawatan*. (Terjemahan: Monika Ester, Devi Yulianti, Intan Parulian. Edisi 4. Jakarta: EGC.

Riyadi, S & Sukarmin. (2009). *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi pertama. Yogyakarta: Graha ilmu.

Smeltzer. S. C. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. (Terjemahan Monika Ester). Edisi. 8. Jakarta: EGC.

Sumijati. (2000). *Askep kejang demam*. <http://khidirmuhaj.com>. Diunduh tanggal 9 Mei 2011.

Supartini, Y. (2004). *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*. Jakarta: EGC.

Suriadi, Yuliani,R. (2006). *Asuhan keperawatan pada anak*. Edisi 2. Jakarta: CV sagung seto.

Tjipta, B. 2010. *Jurnal pediatrics*. <http://jurnal.pediatrik.com>. Diunduh tanggal 12 Mei 2011.

Wong, D. L. (2003). *Pedoman klinis keperawatan pediatrik*. (Terjemahan Monika Ester). Edisi 4. Jakarta: EGC.

