

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK KEJANG DEMAM  
SIMPLEKS DENGAN HIPERTERMI DIRUANGAN  
MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli  
Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Prodi DIII Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bhakti Kencana Bandung**

**Oleh:**

**OKTA FITRIANI**

**AKX.16.089**



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
STIKES BHAKTI KENCANA BANDUNG**

**2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Okta Fitriani

NIM : AKX.16.089

Institusi : Diploma III keperawatan STIKes Bhakti kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan keperawatan pada anak kejang demam simpleks dengan hipertermi diruangan melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan dari pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil plagiat/jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Bandung, 11 April, 2019

Yang Membuat Pernyataan



Okta Fitriani

AKX.16.089

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK KEJANG DEMAM SIMPLEKS  
DENGAN HIPERTERMI DIRUANGAN  
MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

**OLEH**

**OKTA FITRIANI**

**AKX.16.089**


Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti dibawah ini

**Menyetujui**

**Pembimbing Utama**

  
**Angga SP, S.Kep.,Ners.,M.kep  
NIK: 10115171**

**Pembimbing Pedamping**

  
**Irfan Safarudin A,  
S.Kep.,Ners  
NIK: 10114152**

**Mengetahui ketua  
prodi DIII Keperawatan**

  
**Tuti Suprapti,S.Kep.,M.Kep  
NIK: 1011603**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK KEJANG DEMAM SIMPLEKS  
DENGAN HIPERTERMI DIRUANG MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO  
TASIKMALAYA**

Oleh

**OKTA FITRIANI**

**AKX.16.089**

Telah berhasil dipertahankan dan diuji diharapkan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung, pada tanggal 12 April 2019.

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Angga SP,  
S.Kep.,Ners.,M.Kep

(.....)

(Pembimbing utama)

Anggota

1. Agus MD,S.Pd.,S.Kep.,Ners.,M.Kes

(.....)

2. Hj. Djubaedah, AMK., Spd.,MM

(.....)

3. Irfan Safarudin A,S.Kep.,Ners

(.....)

Mengetahui



NIK : 10107064

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan yang maha esa, karena atas berkat Rahmat dan Karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini yang berjudul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA KEJANG DEMAM SIMPLEKS DENGAN HIPERTERMI DIRUANGAN MELATI V RSUD dr. SOEKARDJO TASIKMALAYA”**

Maksud dan tujuan penyusunan karya tulis ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di STIKes Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan karya tulis ini, Terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana Bandung.
2. DR. Entis Sutrisno, S.Fam., Apt., MH.Kes selaku rektor Bhakti Kencana University
3. Rd.Siti Jundiah, S.Kp.,M.Kep, Selaku ketua STIKes Bhakti kencana Bandung.
4. Tuti Suprapti, S.Kp., M.Kep Selaku Ketua program Studi Diploma III Keperawatan STIKes Bhakti Kencana Bandung.
5. Angga Satria Pratama, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
6. Irfan Safarudin A, S.Kep., Ners selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

7. Nunung.,S.Kep.,Ners selaku pembimbing praktik lapangan yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan motivasi sehingga penulis dapat melakukan asuhan keperawatan pada karya tulis ilmiah ini dengan baik selama praktek lapangan.
8. Staf dosen pengajar yang memberikan ilmu dan keterampilan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Program Studi D-III Keperawatan Konsentrasi Anestesi dan Gawat Darurat Medik Stikes Bhakti Kencana Bandung.
9. Kepada orang tuaku Tercinta ayahnda Arizal MD dan ibunda Nita Hartati serta kakak saya yang tercinta Megi Aswanto, S.pi dan adik tersayang saya Melvi Arindia Janesa serta keluarga yang telah memberikan semangat dukungan moral, material dan spiritual dengan penuh cinta dan kasih sayang, kesabaran dan keikhlasan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini Terimakasih Sebesar-besarnya penulis sampaikan.
10. Seluruh teman seperjuangan angkatan XII, senior, adik-adik tingkat yang telah memberikan semangat, motivasi dan dukungan dalam penyelesaian penyusunan karya tulis ini.
11. Dan sahabat sahabat saya yang selalu menyemangati penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah ini
12. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini yang tidak dapat penulis sampaikan satu persatu  
Penulis menyadari dalam penyusunan Karya tulis ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan segala masukan dan saran yang sifatnya membangun guna penulisan Karya tulis yang lebih baik.

Bandung, April 2019

Okta Fitriani

## ABSTRAK

**Latar Belakang :** . Di Indonesia khususnya di daerah tegal, Jawa Tengah, tercatat 6 balita meninggal akibat kejang demam dari 62 kasus kejang demam. Di medan penyakit kejang demam menjadi penyakit pertama. Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 Penderita dengan kejang demam di Rumah Sakit berjumlah 2.200 untuk umur 0-1 tahun, sedangkan berjumlah 5.696 untuk umur 1-4 tahun Kejang demam menduduki peringkat ke empat dari sepuluh penyakit terbanyak dalam periode Desember 2018 di RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Kejang demam merupakan kelainan neurologis akut yang paling sering dijumpai pada anak. Bangkitan kejang itu sendiri karena ada kenaikan suhu tubuh rektal di atas 38,0°C. **Metode :** Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi suatu masalah/fenomena dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi yang didapatkan. **Hasil :** Setelah dilakukan asuhan keperawatan dengan Kompres Hangat di bagian Prontalis selama 3 hari kedua klien menunjukkan hasil yang sama yaitu terdapat penurunan suhu tubuh pada klien 1 dari suhu 37,9°C menjadi 36,5°C dan pada klien 2 dari 38,6°C menjadi 36,5°C, hal ini menunjukkan bahwa pada klien 1 dan klien 2 mendapatkan hasil penurunan suhu tubuh dalam rentang batas normal. **Diskusi :** Klien dengan masalah Keperawatan Hipertermi tidak selalu memiliki respon yang sama dalam penurunan suhu tubuh. Sehingga perawat harus melakukan asuhan Keperawatan yang Komperensif untuk menangani masalah keperawatan pada setiap klien. **Saran :** Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan secara optimal, khususnya dalam tindakan kompres hangat untuk mengatasi masalah hipertermi.

**Keyword :** Kejang Demam Simpleks, Kompres Hangat  
**Daftar pustaka :** 9 Buku (2011-2016), 4 Jurnal (2009-2015)

**Background :** . In Indonesia, especially in the tegal region, Central Java, there were 6 children who died from febrile seizures from 62 cases of febrile seizures. Being stricken with febrile seizures is the first disease. Provision of West Java in 2012 Patients with febrile seizures in the Hospital amounted to 2,200 for ages 0-1 years, while amounting to 5,696 for ages 1-4 years Fever seizures ranked fourth out of ten most diseases in the period December 2018 in RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya. Febrile seizures are an acute neurological disorder most often seen in children. Seizure seizures themselves because there is a rectal body temperature rise above 38.0 °C. **Method:** This case study is a study to explore a problem / phenomenon with detailed limitations, has in-depth data collection and includes various sources of information obtained. **Results:** After a warm compressed nursing care was carried out in the Prontalis section for the second 3 days the client showed the same results, namely there was a decrease in body temperature on client 1 from 37.9 °C to 36.5 °C and on client 2 from 38.6 °C to 36.5 °C, this shows that in clients 1 and 2 clients get a decrease in body temperature within the normal range. **Discussion:** Clients with Hypertermia Nursing problems do not always have the same response in decreasing body temperature. So that nurses must carry out Comprehensive Nursing care to deal with nursing problems for each client. **Suggestion:** Improving the quality of nursing services optimally, especially in warm compress actions to overcome hyperthermal problems.

**Keyword:** Simplex Fever Seizures, Warm Compress  
**Bibliography:** 9 Books (2011-2016), 4 Journals (2009-2015)

## DAFTAR ISI

Halaman

Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Abstract .....	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar Gambar.....	x
Daftar Tabel .....	xi
Daftar Bagan .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
Daftar Lambang, Singkatan, dan istilah.....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan penulisan .....	4
1.3.1 Tujuan Umum .....	4
1.3.2 Tujuan Khusus .....	5
1.4 Manfaat .....	6
1.4.1 Manfaat Teoritis .....	6
1.4.2 Manfaat Praktis .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>8</b>
2.1 Konsep Dasar Penyakit .....	8
2.1.1 Definisi Kejang Demam .....	8
2.1.2 Anatomi Fisiologi.....	9
2.1.3 Etiologi.....	12
2.1.4 Manifestasi Klinik.....	15
2.1.5 Pathofisiologi .....	16
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	19
2.1.7 Komplikasi .....	20
2.1.8 Penatalaksanaan .....	21
2.1.9 Klasifikasi .....	23
2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	24
2.2.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan Anak Todler .....	24
2.2.2 Pertumbuhan .....	25
2.2.3 Perkembangan .....	28
2.2.4 Hospitalisasi Pada Anak Todler .....	30
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	32
2.3.1 Pengkajian .....	32
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	44
2.3.3 Intervensi.....	46
2.3.4 Implementasi .....	51
2.3.5 Evaluasi .....	52



BAB III METODE PENULISAN KTI.....	53
3.1 Desain.....	53
3.2 Batasan Istilah .....	53
3.3 Partisipan/Responden/Subjek Penelitian.....	54
3.4 Lokasi dan Waktu .....	55
3.5 Pengumpulan Data .....	55
3.6 Uji keabsahan Data .....	57
3.7 Analisa Data .....	58
3.8 Etika Penuisan KTI .....	60
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	63
4.1 Hasil .....	63
4.1.1 Gambar Lokasi Pengambilan Data.....	63
4.1.2 Asuhan Keperawatan .....	64
4.1.2.1 Pengkajian.....	64
4.1.2.3 Diagnosa .....	81
4.1.2.4 Intervensi.....	83
4.1.2.5 Implementasi .....	85
4.1.2.6 Evaluasi .....	90
4.2 Pembahasan.....	90
4.2.1 Pengkajian.....	91
4.2.2 Diagnosa.....	92
4.2.3 Intervensi.....	96
4.2.4 Implementasi .....	97
4.2.5 Evaluasi .....	100
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	101
5.1 Kesimpulan .....	101
5.2 Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	

## DAFTAR GAMBAR

### GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Otak .....	9
-------------------------------	---

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 <i>Skala Denver II</i> .....	29
Tabel 2.2 Jadwal pemberian Imunisasi .....	35
Tabel 2.3 Intervensi dan Rasional .....	46
Tabel 4.1 Identitas Klien dan Penanggung Jawab .....	64
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit .....	65
Tabel 4.3 Pola Aktivitas Klien .....	68
Tabel 4.4 Riwayat Imunisasi Klien .....	69
Tabel 4.5 Pertumbuhan Klien .....	70
Tabel 4.6 Perkembangan Klien .....	70
Tabel 4.7 Pemeriksaan Fisik Klien .....	71
Tabel 4.8 Data Psikologi Klien .....	75
Tabel 4.9 Pemeriksaan Diagnostik Klien.....	76
Tabel 4.10 Pengobatan Klien .....	76
Tabel 4.11 Analisa Data.....	77
Tabel 4.12 Diagnosa Keperawatan Klien.....	81
Tabel 4.13 Intervensi.....	83
Tabel 4.14 Implementasi Klien .....	85
Tabel 4.15 Evaluasi Sumatif .....	89

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patofisiologi Kejang Demam Simpleks.....	18
--	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

LAMPIRAN I	: Lembar Konsul KTI
LAMPIRAN II	: Lembar Persetujuan Responden
LAMPIRAN III	: Lembar Persetujuan Jastifikasi
LAMPIRAN IV	: Lembar Observasi
LAMPIRAN V	: Satuan Acara Penyuluhan
LAMPIRAN VI	: Liflet
LAMPIRAN VII	: Jurnal

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	: World Health Organization
WOD	: Wawancara Observasi Dokumen
ROM	: <i>Range of Motion</i>
BAK	: Buang Air Kecil
BAB	: Buang Air Besar
IV	: Intravena
BB	: Berat Badan
TB	: Tinggi Badan
Kg	: Kilogram
LLA	: Lingkar Lengan Atas
°C	: Derajat Celcius
cm	: Centimeter
ml	: Milimeter
TD	: Tekanan Darah
PCS	: Pediatric Coma Scale
CM	: <i>Composmentis</i>
Hb	: Hemoglobin
Mm <sup>3</sup>	: millimeter kubik
TBC	: Infeksi Saluran Pernafasan

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

BCG : *Bacillus Calmette-guerin*

DPT : Defteri Pertusi Tetanus

Dkk : Dan Kawankawan

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Kesehatan anak merupakan hadiah bagi dunia ini, dan dengan demikian, masyarakat bertanggung jawab untuk memelihara dan mengasuh mereka. Di masa lalu, kesehatan hanya di definisikan sebagai ketiadaan penyakit, kesehatan diukur dengan memantau mortalitas dan morbiditas sebuah kelompok Kyle (2015).

Anak merupakan hal yang penting artinya bagi sebuah keluarga. Selain sebagai penerus keterunan, anak pada akhirnya juga sebagai generasi penerus bangsa. Oleh karena itu tidak satupun orang tua yang menginginkan anaknya jatuh sakit, lebih-lebih bila anaknya mengalami kejang demam (Wulandari & Erawati, 2016).

*World Health Organization* (WHO) tahun 2012 kejang demam terdapat 80% di Negara-negara miskin dan 3,5-10,7/1000 penduduk di Negara maju. Estimasi jumlah kejang demam 2-5% anak antara umur 3 bulan-5 tahun. Sedangkan di Indonesia kejang demam terjadi pada 2-5% anak yang berumur 6 bulan sampai dengan 3 tahun dan 30% di antara nya akan mengalami kejang demam berulang. Di Indonesia khususnya di daerah tegal, jawa tengah, tercatat 6 balita meninggal akibat kejang demam dari 62 kasus kejang demam. Di Medan penyakit kejang demam menjadi penyakit pertama (Kuncoro 2009).

Provinsi Jawa Barat pada tahun 2012 Penderita dengan kejang demam di Rumah Sakit berjumlah 2.200 untuk umur 0-1 tahun, sedangkan berjumlah 5.696



untuk umur 1-4 tahun Diskes Jabar ( 2012). Berdasarkan catatan rekam medik di ruang perawatan anak Rumah Sakit Umum Daerah dr. Seokardjo Tasikmalaya didapatkan data ruangan Melati V pada Desember 2018, ada 10 penyakit terbesar diantaranya: Bronkopneumonia 22,4%, Diare 20,1%, Tuberculosis 13%, Kejang Demam 11,2%, Vomitus 5,9%, Hiperpirexia 4,7%, Anemia 3,5%, Sepsis 2,9%, Thypoid 2,3%, Dengue Hemorrhagic 2,3% dan 14% penyakit lainnya dari total 165 pasien. Dari data yang didapatkan dapat disimpulkan bahwa Kejang Demam berada di peringkat keempat dari 10 penyakit terbesar di ruang anak RSUD Tasikmalaya (Rekam medik, 2018).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis akut yang paling sering dijumpai pada anak. Bangkitan kejang ini terjadi karna adanya kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38,0°C) yang disebabkan oleh proses ekstranium. Penyebab demam terbanyak adalah infeksi saluran pernapasan bagian atas disusul infeksi saluran pencernaan. 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 didapatkan pada laki-laki dari pada perempuan. Hal tersebut disebabkan karena pada perempuan didapatkan maturasi serebral yang lebih cepat dibandingkan laki-laki (Wulandari & Erawati, 2016).

Kejang demam simpleks adalah manifestasi dari demam tinggi yang jika tidak segera mendapatkan penanganan dapat menimbulkan gejala sisa atau

bahkan kematian meskipun angka kejadian yang menimbulkan kematian sangatlah kecil Sodikin (2012). Menurut Wulandari & Erawati (2016) menjelaskan bahwa kejang demam simpleks dapat menimbulkan komplikasi apabila tidak ditanganin dengan cepat dan tepat seperti kerusakan neurotransmita, epilepsi, kelainan anatomi di otak, mengalami kecacatan atau kelainan neurologis.

Salah satu peneliti yang dilakukan oleh Medika (2016) menurun dan mengontrol demam pada anak dapat dilakukan dengan pemberian antipirentik (farmakologi). Selain penggunaan obat antipirentik, penurunan suhu tubuh dapat dilakukan secara fisik (non farmakologi) yaitu dengan penggunaan energi panas melalui metode konduksi dan evaporasi dapat dilakukan dengan kompres hangat. Kompres hangat tidak memiliki efek samping dan tidak membahayakan ataupun memperparah kondisi penderita. Selain itu memungkinkan pasien atau keluarga tidak terlalu tergantung pada obat antipirentik. Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan yang komprehesif dengan memandang klien dari aspek bio, psiko, sosial dan spiritual, Perawat diharapkan mampu mengelola atau tepatnya mengendalikan dan mengontrol demam pada anak dapat dilakukan dengan cara kompres hangat. Kompres hangat adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Pemberian kompres hangat pada daerah pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh (Hartini, 2010).

Bedasarkan fenomena yang telah dipaparkan di atas serta dampak dari penyakit ini terhadap sistem tubuh, maka dari itu penulis merasa tertarik untuk menerapkan suatu bentuk asuhan Keperawatan pada klien kejang demam dengan masalah Keperawatan hipertermi untuk dijadikan studi kasus. Penulis mengambil judul untuk karya tulis ini yaitu “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Kejang Demam Simpleks Dengan Hipertermi Di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya” (2019).

## **1.2 Rumusan Masalah**

Adapun rumusan masalah yang di muat dalam penulisan ini, yaitu :

“Bagaimanakah asuhan keperawatan pada Klien Kejang Demam Simpleks Dengan Masalah Keperawatan Hipertermi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya”.

## **1.3 Tujuan Penulis**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Anak dengan Masalah Kejang Demam Simpleks dengan masalah Keperawatan Hipertermi di Ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Diharapkan penulis mampu melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung dan komprehensif pada klien melalui pendekatan proses keperawatan yang meliputi :

- 1.3.2.1** Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami kejang demam simpleks dengan masalah keperawatan hipertermi di ruang melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya
- 1.3.2.2** Merumuskan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami kejang demam simpleks dengan masalah keperawatan hipertemi di ruang Melati V RSUD dr. seokardjo Tasikmalaya.
- 1.3.2.3** Menyusun perencanaan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami kejang demam simpleks dengan masalah keperawatan hipertermi di ruang Melati V RSUD dr. soekardjo Tasikmalaya.
- 1.3.2.4** Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien yang menglami kejang demam simpleks dengan masalah keperawatan hipertermi di ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.
- 1.3.2.5** Mengevaluasi hasil asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Kejang Demam Simpleks dengan masalah keperawatan hipertermi di ruang Melati V RSUD dr. Soekardjo Tasikmalaya.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat Teoritis**

Karya tulis ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan sebagai referensi peneliti selanjutnya dalam pengembangan ilmu pengetahuan mengenai asuhan keperawatan Kejang Demam Simpleks pada anak yang mengalami masalah keperawatan Hipertermi dengan teknik kompres hangat.

### **1.4.2 Manfaat Praktis**

Melalui penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi semua pihak yang terlibat dalam penelitian ini, yaitu sebagai berikut :

#### **1.4.2.1 Bagi Perawat**

Diharapkan karya tulis ini dapat menjadi sumbangsih referensi bagi instansi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Soekardjo Tasikmalaya dalam proses pemberian asuhan keperawatan khususnya pada kasus Kejang Demam Simpleks.

#### **1.4.2.2 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah naskah ilmiah yang dapat digunakan oleh mahasiswa-mahasiswa lainnya dan sebagai salah satu dokumen sebagai bahan perbandingan dalam melaksanakan penelitian selanjutnya, khususnya pada kasus Kejang Demam Simpleks.

### **1.4.2.3 Bagi Klien**

Diharapkan karya tulis ini dapat menambah pengetahuan dan informasi mengenai asuhan keperawatan pada Kejang Demam Simpleks dapat mengaplikasikan pengetahuan dan keterampilan secara mandiri tanpa didampingi perawat.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar Penyakit**

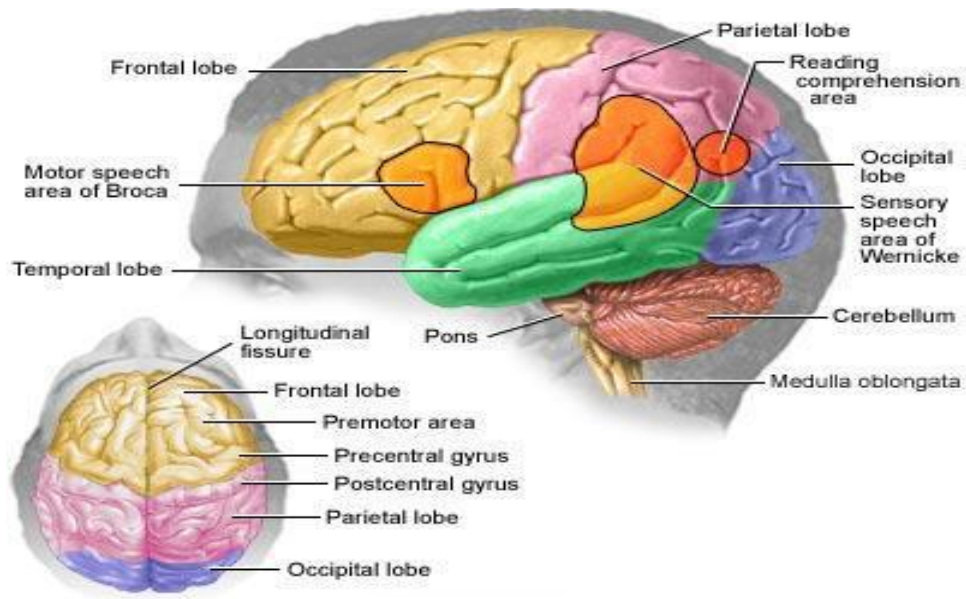
##### **2.1.1 Definisi Kejang Demam**

Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38,0°C) Riyadi & Sukarmin (2013). Anak dengan ambang kejang rendah, kejang dapat terjadi pada suhu 38,0°C, tetapi pada anak dengan ambang kejang yang tinggi, kejang baru akan terjadi pada suhu 40,0°C atau bahkan lebih. Kejang demam berulang lebih sering terjadi pada anak dengan ambang kejang rendah, sehingga penanganannya perlu memperhatikan pada tingkat suhu berapa penderita mengalami kejang (Sodikin, 2012).

Kejang merupakan suatu perubahan fungsi pada otak secara mendadak dan sangat singkat atau sementara yang dapat disebabkan oleh aktivitas otak yang abnormal serta adanya pelepasan listrik serebral yang sangat berlebihan. Terjadinya kejang dapat disebabkan oleh malformasi otak kongenital, faktor genetic atau adanya penyakit seperti meningitis, ensefalitis serta demam yang tinggi atau dapat dikenal dengan istilah kejang demam, gangguan metabolisme, trauma dan lain sebagainya (Wulandari & Erawati, 2016).

## 2.1.2 Anatomi Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi Otak



*Sumber : Adam, 2012*

### 2.1.2.1 Otak

Otak dibagi menjadi 2 yaitu otak besar (serebrum) dan otak kecil (serebelum). Otak besar terdiri dari lobus frontalis, lobus parietalis, lobus oksipitalis dan lobus temporalis. Permukaan otak bergelombang dan berlekuk-lekuk membentuk seperti sebuah lekukan yang disebut girus.

Otak besar merupakan pusat dari :

- Motorik : impuls yang diterima diteruskan oleh sel-sel saraf kemudian menuju ke pusat kontraksi otot yang kemudian menghasilkan gerakan.



- Sensorik : setiap impuls sensorik dihantarkan melalui akson sel-sel saraf yang selanjutnya akan mencapai otak antara lain ke konteks serebsi.
- Refleks : merupakan serangkain gerak umumnya sebagai respon akan adanya keadaan yang berbahaya dan mengancam bagi tubuh, berbagai kekiatan reflex berpusat di otak dan batang otak sebagian lain di bagian medulla spinalis.
- Kesadaran : bagian batang otak yang disebut formasio retikularis bersama bagian lain dari korteks serebsi menjadi pusat kesadaran utama.
- Fungsi luhur : pusat berfikir, berbicara berhitung dan lain-lain.

Pada bagian anterior sulkus sentralis merupakan bagian motorik penggerakan otot.

### **2.1.2.2 Medula Spinalis**

Medula Spinalis merupakan bagian sistem saraf pusat yang berbentuk slinder dan panjang yang terdapat di saluran vertebrata serta dikelilingi oleh meningen (selaput otak) dan cairan serebrospinal. Panjangnya pada pria dewasa sekitar 45 cm dan tebalnya sebesar jari kelingking. Saat CSS diperlukan untuk specimen, dilakukan *pungsi lumbal*, yakni prosedur pengambilan cairan di titik di bawah ujung, pada vertebrata lumbal ke-2 ruang subaraknoid.

Medula spinalis merupakan jaringan saraf yang menghubungkan antara otak dan bagian tubuh lainnya. Medula spinalis terdiri atas saraf-saraf

spinal. Saraf ini menyampaikan impuls dari otak ke berbagai organ dan jaringan yang turun melalui medulla spinalis (Nurachmah, 2011).

### **2.1.2.3 Sistem Staraf Tepi**

Sistem saraf ini mempunyai kemampuan kerja otonom, seperti jantung, paru, serta alat pencernaan. Sistem otonom dipengaruhi saraf simpatis dan parasimpatis.

Peningkatan aktifitas simpatis memperlihatkan :

- a. Kesiagaan meningkat, peningkatan konsentrasi seseorang.
- b. Denyut jantung meningkat
- c. Pernafasan meningkat
- d. Tonus otot-otot meningkat
- e. Gerakan saluran cerna menurun
- f. Metabolisme tubuh meningkat

Semua ini menyiapkan individu untuk berada dalam keadaan siaga atau lari, semua itu tampak pada manusia apabila menghadapi masalah, bekerja, olahraga, cemas dan lain-lain, pada keadaan ini terjadi peningkatan penggunaan energi/ pemecahan metabolisme (katabolisme).

Peningkatan aktivitas parasimpatis memperlihatkan :

- a. Kesiagaan menurun, konsentrasi menurun, focus melemah.

- b. Denyut jantung melambat
- c. Pernapasan tenang
- d. Tonus otot-otot menurun
- e. Gerakan saluran cerna meningkat
- f. Metabolisme tubuh menurun

Hal ini terjadi penyimpanan energi (anabolisme) dan terlihat apabila individu sedang dalam keadaan istirahat.

Pusat saraf simpatis berada di medulla spinalis bagian torokal dan lumbal, sedang pusat parasimpatis berada berada dibagian medulla oblongata dan medulla spinalis bagian sacral. Pusat-pusat ini masih dipengaruhi oleh pusat yang lebih tinggi yaitu di hipotalamus sebagai pusat emosi.

### **2.1.3 Etiologi**

Kejang terjadi akibat lepas muatan paroksismal yang berlebih dari suatu populasi neuron yang sangat mudah terpicu sehingga mengganggu fungsi normal otak dan juga dapat terjadi karna keseimbangan asam basa atau elektrolit yang terganggu . kejang itu sendiri dapat juga menjadi manifestasi dari suatu penyakit mendasar yang membahayakan. Kejang demam disebabkan oleh hipertermi yang muncul secara cepat yang berkaitan dengan infeksi virus atau bakteri. Umumnya berlangsung singkat, dan mungkin terdapat

predisposisi familial. Dan beberapa kejadian kejang dapat berlanjut melewati masa anak-anak dan mungkin dapat mengalami kejang non demam pada kehidupan selanjutnya (Nurarif & Kusuma, 2015).

Penyebab dari kejang ialah (Wulandari & Erawati, 2016).

1. Faktor-faktor perinatal, malformasi otak kongenital

2. Faktor genetic

Faktor keterunan memegang penting untuk terjadinya kejang demam 25-50% anak yang mengalami kejang memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam sekurang-kurang sekali.

3. Penyakit infeksi

a. Bakteri penyakit pada traktus respiratorium (pernafasan), pharyngitis (radang tenggorokan), tonsillitis (amandel) otitis media (infeksi telinga)

b. Virus : varicella (cacar), morbili (campak), dengue (virus penyebab demam berdarah).

4. Demam

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

5. Gangguan metabolisme

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

6. Trauma

Kejang berkembang minggu pertama setelah cedera kepala

7. Gangguan sirkulasi

8. Penyakit degenerative susunan saraf

9. Neoplasma

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

Bangkitan kejang pada bayi dan anak disebabkan oleh kenaikan suhu badan yang tinggi dan cepat, yang disebabkan oleh infeksi diluar susunan syaraf pusat misalnya : tonsillitis otitis media akut, bronchitis (Judha & Rahil, 2011).

### 2.1.4 Manifestasi Klinik

Manifestasi klinik yang muncul pada penderita kejang demam (Riyadi & Sukarmin, 2013). :

- a. Suhu tubuh anak (suhu rektal) lebih dari 38,0°C.
- b. Timbulnya kejang yang bersifat tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau akinetika. Beberapa detik setelah kejang berhenti anak tidak memberikan reaksi apapun tetapi beberapa saat kemudian anak akan tersadar kembali tanpa ada kelainan persyarafan.
- c. Saat kejang anak tidak berespon terhadap rangsangan seperti panggilan, cahaya (penurunan kesadaran)

Selain itu pedoman mendiagnosis kejang demam menurut living stone juga dapat kita jadikan pedoman untuk menentukan manifestasi klinik kejang demam. Ada 7 (tujuh) kriteria antara lain :

- 1) Umur anak saat kejang antara 6 bulan sampai 4 tahun
- 2) Kejang hanya berlangsung tidak lebih dari 15 menit.
- 3) Kejang bersifat umum (tidak pada satu bagian tubuh seperti pada otot rahang saja)
- 4) Kejang timbul 16 jam pertama setelah timbulnya demam
- 5) Pemeriksaan sistem persarafan sebelum dan setelah kejang tidak ada

- 6) Pemeriksaan Elektro Encephalography dalam kurung waktu 1 minggu atau lebih setelah suhu normal tidak dijumpai kelainan
- 7) Frekwensi kejang demam waktu 1 tahun tidak lebih dari 4 kali.

Serangan kejang biasanya terjadi 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat dengan sifat bangkitan kejang dapat berbentuk tonik-klonik, tonik, klonik, fokal atau akinetik. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun sejenak tapi setelah beberapa detik atau menit anak akan sadar tanpa da kelianan saraf (Judha & Rahil, 2011).

### **2.1.5 Pathofisiologi**

Infeksi yang terjadi pada jaringan diluar kranial seperti tonsillitis, otitis media akut, bronkitis penyebab terbanyaknya adalah bakteri yang bersifat toksik. Toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen.

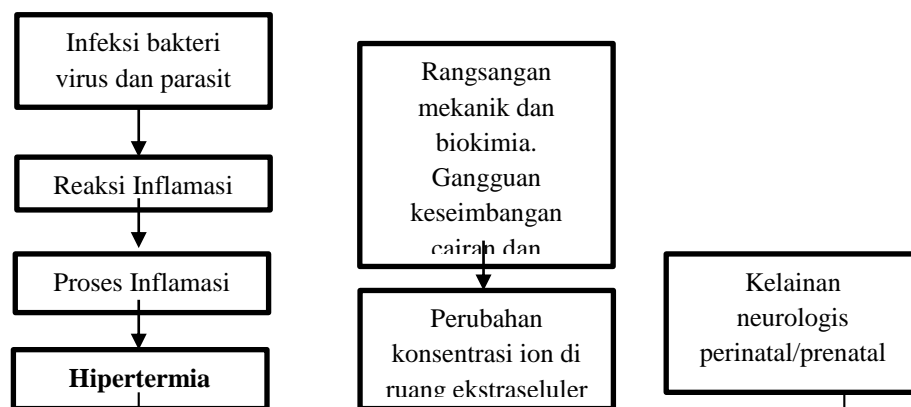
Penyebaran toksik ke seluruh tubuh akan direspon oleh hipotalamus dengan menaikkan pengaturan suhu di hipotalamus sebagai tanda tubuh mengalami bahaya secara sistemik. Naiknya pengeturan suhu di hipotalamus

akan merangsang kenaikan suhu di bagian tubuh yang lain seperti otot, kulit sehingga terjadi peningkatan kontraksi otot.

Naiknya suhu di hipotalamus, otot, kulit dan jaringan tubuh yang akan di sertai pengeluaran mediator kimia seperti epinefrin dan prostaglandin. Pengeluaran mediator kimia ini dapat merangsang peningkatan potensial aksi pada neuron. Peningkatan potensial inilah yang merangsang perpindahan ion Natrium, ion Kalium dengan cepat dari luar sel menuju ke dalam sel. Peristiwa inilah yang di duga dapat meningkatkan fase depolarisasi neuron dengan cepat sehingga timbul kejang.

Serangan yang cepat itulah yang dapat menjadikan anak mengalami penurunan respon kesadaran, otot ekstremitas maupun bronkus juga dapat mengalami spasma sehingga anak berisiko terhadap injuri dan kelangsungan jalan nafas oleh penurunan lidah dan spasma bronkus.

**Bagan 2.1**





*(Sumber Nurarif & kusuma, 2015)*

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan laboratorium seperti darah perifer lengkap, gula darah dan elektrolit tidak rutin dilakukan, hanya atas indikasi jika dicurigai hipoglikemi,

ketidakseimbangan elektrolit, maupun infeksi sebagai penyebab kejang. Pungsi lumbal dilakukan untuk menegakkan maupun menyingkirkan diagnosis meningitis. Tingkat rekomendasi untuk pungsi lumbal berdasarkan usia anak :

1. Sangat dianjurkan pada anak <12 bulan
2. Dianjurkan untuk anak usia 12-18 bulan
3. Tidak rutin dilakukan pada anak >18 bulan. Hanya dilakukan bila tanda meningitis positif.

Elektroensefalografi (EEG) tidak rutin dilakukan, namun dianjurkan pada anak dengan kejang demam usia >6 tahun, ataupun ada gambaran kejang fokal. Pemeriksaan seperti *X-ray*, *CT Scan*, atau *MRI* hanya diindikasikan bila ada kelainan neurologi fokal, kelainan saraf kranial yang menetap, atau papiledem (Tanto dkk, 2014 ).

### **2.1.7 Komplikasi**

Menurut Wulandari & Erawati (2016) komplikasi yang dapat terjadi dari kejang demam jika tidak dapat ditangani dengan cepat dan tepat adalah :

a. Kerusakan neurotransmitter

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

b. Epilepsi

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

c. Kelainan anatomi di otak

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

d. Mengalami kecacatan atau kelainan neurologis karna disertai demam

e. Kemungkinan mengalami kematian.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

Dalam penanggulangan kejang demam ada 4 faktor yang perlu di kerjakan, Judha & Rahil (2011) yaitu : Pemberantasan kejang secepat mungkin, apabila seorang anak datang dalam keadaan kejang maka :

1. Segera diberikan diazepam dan pengobatan penunjang.
2. pengobatan penunjang saat serangan kejang adalah semua pakaian ketat dibuka, posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung, usahakan agar jalan napas bebas untuk menjamin kebutuhan oksigen, pengisapan lendir harus dilakukan secara teratur dan diberikan oksigen.

3. pengobatan rumah

fenobarbitas 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 antibiotic 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 tengorak, EEG, ensefalografi.

Menurut Sodikin (2012), menyatakan bahwa penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien saat berada di rumah sakit antara lain yaitu :

1. saat terjadi serangan madaadak yang harus diperhatikan pertama adalah; Air way, Breathing, dan Circulation (A, B, C)
2. bila hal pertama sudah dapat diatasi, baringkan pasien di tempat yang datar untuk mencegah terjadinya perpindahan posisi tubuh kearah yang membahayakan
3. atur posisi pasien pada posisi terlentang (miringkan), bukan posisi terlungkup untuk mencegah aspirasi
4. jangan memasang sudip lidah (tongue spatel), karna resiko lidah tergigit kecil. Supit lidah dapat membatasi jalan nafas
5. singkirkan benda-benda berbahaya dari dekat pasien
6. longgarkan pakaian pasien, untuk memberikan jalan napas yang adekuat bila terjadi distensi abdomen
7. berikan obat anti kejang ,elalui rute rektal, seperti diazepam berikan dengan dosis 5 mg untuk berat badan kurang dari 10 kg, pada anak dengan berat badan lebih dari10 gram berikan dosis 10 mg
8. bila suhu tubuh melebihi 38,5°C dan bila memungkinkan berikan antipiretik (ibuprofen)
9. bila pasien sudah sadar dan terbangaun berikan minum hangat

Sedangkan tindakan keperawatan pada kejang demam karna hipertemi yaitu;

1. kaji sebelumnya, seperti bila pasien pernah kejang sebelumnya, berikan antipiretik (ibuprofen) untuk mencegah kejang, dan ibuprofen diberikan bila suhu tubuh berkisar 38-39,5°C
2. berikan kompres hangat secara intensif
3. hindari pemberian selimut tebal, karna uap panas akan sulit untuk dilepaskan
4. bila pasien sudah sadar dan terbangun berikan minum hangat.

### **2.1.9 Klasifikasi**

Secara klinis klasifikasi kejang demam dibagi menjadi dua, yaitu kejang demam simpleks/ sederhana dan kompleks. Keduanya memiliki perbedaan prognosis dan kemungkinan rekurensi.

#### ***kejang demam simpleks :***

- Kejang umum tonik, klonik, atau tonik-klonik, anak dapat terlihat mengantuk setelah kejang;
- Berlangsung singkat <15 menit;
- Tidak berulang dalam 24 jam;
- Tanpa kelainan neurologis sebelum dan sesudah kejang.

#### ***Kejang demam kompleks***

- Kejang fokal/ parsial, atau kejang fokal menjadi umum;
- Berlangsung >15 menit;
- Berulang dalam 24 jam;
- Ada kelainan neurologis sebelum atau sesudah kejang.

Kejang demam simpleks paling banyak ditemukan dan memiliki prognosis baik. Kejang demam kompleks memiliki resiko lebih tinggi terjadinya kejang demam berulang dan epilepsi di kemudian hari.

## **2.2 Konsep Tumbuh Kembang Anak Todler**

### **2.2.1 Definisi Pertumbuhan dan Perkembangan**

Pertumbuhan adalah suatu proses perubahan fisik (anatomis) yang ditandai dengan bertambahnya ukuran berbagai organ tubuh karna adanya penambahan dan pembesaran sel-sel. Pertumbuhan dapat diketahui dengan mengukur berat badan, panjang badan/tinggi badan, lingkar kepala, dan lingkar lengan atas (Nurlaila, dkk, 2018).

Perkembangan adalah suatu proses bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan (Nurlaila, dkk, 2018).

Pertumbuhan dan perkembangan anak adalah proses yang dinamik dan berlangsung terus-menerus melalui dari masa konsepsi sampai dengan dewasa. Pertumbuhan dan perkembangan adalah dua hal yang berbeda yang tidak dapat dipisahkan satu sama lainnya (Nurlaila, dkk, 2018).

### **2.2.2 Pertumbuhan Pada Anak Todler**

Istilah *terrible twos* sering digunakan untuk menjelaskan masa tolder, periode dari usis 12 sampai 36 bulan. Masa ini merupakan masa esporasi lingkungan yang intensif karna anak berusaha mencari tahu bagaimana semua terjadi dan bagaimana mengontrol orang lain melakukan perilaku tempat tantrum, negativisan dan keras kepala. Meskipun bisa menjadi yang sangat menantang bagi orangtua dan anak karna masing-masing belajar untuk mengetahui satu sama lain dengan lebih baik, masa ini merupakan periode yang sangat penting untuk mencapai perkembangan dan pertumbuhan intelektual (Wulandari & Erawati, 2016)

#### a) Pertumbuhan anak usia toddler (1-3 Tahun)

##### 1) Berat badan

Berat badan merupakan salah satu ukuran antropometri yang terenting untuk mengetahui keadaan gizi dan tumbuh kembang anak karna berat badan sensitive terhadap perubahan walaupun



sedikit. Pertambahan berat badan pertahun sekitar 350-450 gram (Wulandari & Erawati, 2016).

Rumusnya : $\frac{\text{umur (Tahun)} \times 2 + 8}{2}$
---

## 2) Tinggi badan

Tinggi badan merupakan ukuran antropometri kedua yang terpenting. Seperti halnya berat badan juga dapat diperkirakan berdasarkan rumus dari Soetjningsih (2015) sebagai berikut :

- a) Perkiraan panjang lahir = 50 cm
- b) Perkiraan tinggi badan usia 2-12 tahun =  $(\text{umur} \times 6) + 77 = 6n + 77$

Keterangan : n adalah usia anak dalam tahun, bila usia lebih enam bulan dibulatkan keatas, bila enam bulan kurang dihilangkan (Soetjningsih, 2013).

## 3) Lingkar kepala

Lingkar kepala waktu lahir rata-rata 34-35 cm dan lingkar kepala ini lebih besar dari pada lingkar dada. Pada anak umur 6 bulan, lingkar kepala rata-rata adalah 47 cm, umur 1 tahun 47, 2 tahun 49 cm, dan dewasa 54 cm (Soetjningsih,2013)

#### 4) Lingkar lengan atas

Lingkar lengan atas (LLA) mencerminkan tumbuh kembang jaringan lemak dan otot yang tidak berpengaruh banyak oleh keadaan cairan tubuh dibandingkan dengan berat badan. Laju tumbuh lambat dari 11 cm pada saat lahir menjadi 16 cm pada umur satu tahun. Selanjutnya tidak banyak berubah selama 1-3 tahun (Soetjiningsih & Ranuh, 2013)

#### 5) Lingkar dada

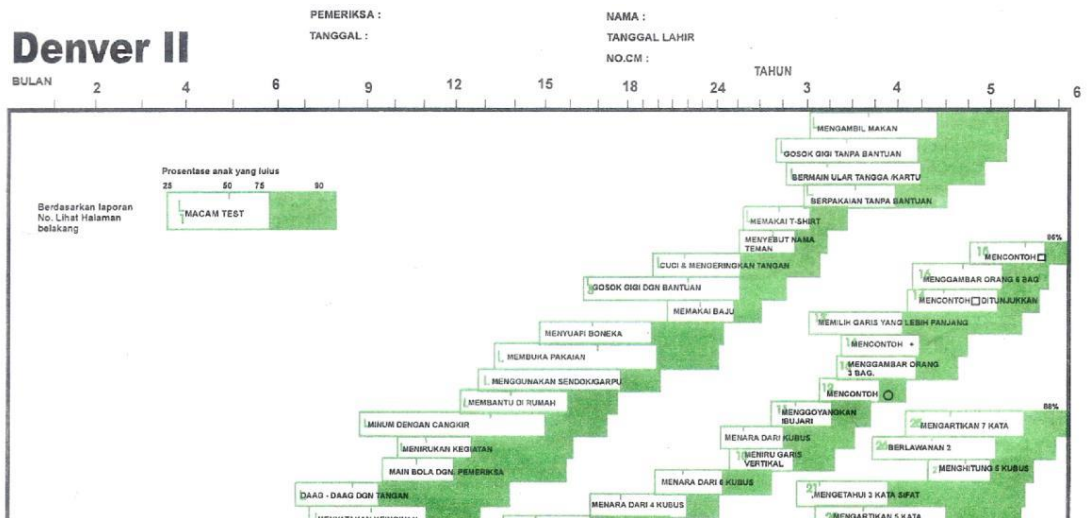
Lingkar dada terus meningkat ukurannya dan melebihi lingkar kepala selama toddler. Saat lahir, diameter transversal dan anteroposterior hampir sama yaitu sekitar 34-35 cm, dengan bertambahnya usia, ukuran diameter transversal menjadi lebih besar dibanding diameter anteroposterior.

### **2.2.3 Perkembangan**

Tes Denver II digunakan berdasarkan perkembangan, motorik kasar, motorik halus, bicara dan sosialisasi. Tes Denver II merupakan salah satu metode skrining terhadap kelayakan anak dan merupakan hasil revisi dari Denver Development Screening Test (DDST). Dapat dilihat dalam tabel di bawah ini :

Tabel 2.1

Denver II



Fungsi Tes Denver II adalah :

**2.2.3.1** Menilai tingkat perkembangan anak sesuai dengan umurnya.

**2.2.3.2** Menilai perkembangan anak sejak baru lahir sampai umur 6 tahun

**2.2.3.3** Menjaring anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan

**2.2.3.4** Memastikan apakah anak dengan kecurigaan terhadap kelainan.

Dalam lembar Denver II terdapat 125 gugus tugas perkembangan. Setiap tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang. Setiap tugas digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horizontal yang berurutan menurut umur. Pada umurnya saat dilakukan tes, tugas yang perlu diperiksa pada setiap skirinning hanya berkisar antara 25-30 tugas aja, sesuai dengan tugas perkembangan yang terpotong garis umur sehingga tidak memakan waktu lama, yakni sekitar 15-20 menit saja (Soetjiningsih & Ranuh, 2013)

#### **2.2.4 Hospitalisasi Pada Anak Todler**

Sebagian besar stres yang terjadi pada bayi usia pertengahan sampai anak periode prasekolah khususnya anak yang berumur 6-30 bulan adalah cemas karna perpishan. Balita belum mampu berkomunikasi dengan menggunakan bahasayang memadai dan memiliki pengertian yang terbatas terhadap realita. Hubungan anak dengan ibu adalah sangat dekat, apabila perpisahan dengan ibu akan menimbulkan rasa kehilangan pada anak akan orang yang terdekat dirinya dan akan lingkungan yang dikenali olehnya, sehingga pada akhirnya akan menimbulkan perasaan tidak aman dan rasa cemas (Wulandari & Erawati, 2016).

- a. Faktor-faktor yang Memengaruhi Hospitalisasi pada Anak
  - 1) Berpisah dengan orangtua dan sparing

- 2) Fantasi-fantasi tentang kegelapan, monster, pembunuhan dan binatang buas diawali dengan yang asing
  - 3) Gangguan kontak sosial jika pengunjung tidak diizinkan
  - 4) Nyeri dan komplikasi akibat pembedahan atau penyakit
  - 5) Prosedur yang menyakitkan dan takut akan cacat dan kematian
- b. Peran perawat untuk meminimalkan stres hospitalisasi
- 1) Mencegah atau meminimalkan perpisahan
  - 2) Meminimalkan kehilangan kontrol dan otonomi
  - 3) Mencegah atau meminimalkan ketakutan dan cedera tubuh
  - 4) Menyediakan aktivitas yang mendukung perkembangan
  - 5) Terapi bermain untuk meminimalkan stres
  - 6) Memaksimalkan manfaat hospitalisasi
  - 7) Memberikan dukungan kepada anggota keluarga.

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan**

### **2.3.1 Pengkajian**

Pengkajian menurut Judha & Nazwar (2011) adalah pendekatan sistemik untuk mengumpulkan data dan menganalisa, sehingga dapat diketahui

kebutuhan perawatan pasien tersebut. Langkah-langkah dalam pengkajian meliputi pengumpulan data, analisa dan sintesa data serta perumusan diagnosa keperawatan. Pengumpulan data akan menentukan kebutuhan dan masalah kesehatan atau keperawatan yang meliputi kebutuhan fisik, psikososial dan lingkungan pasien. Sumber data didapatkan dari pasien, keluarga, teman, team kesehatan lain, catatan pasien dan hasil pemeriksaan laboratorium. Metode pengumpulan data melalui observasi (yaitu dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), wawancara (yaitu berupa percakapan untuk memperoleh data yang diperlukan), catatan (berupa catatan klinik, dokumen yang baru maupun yang lama), literatur (mencakup semua materi, buku-buku, masalah dan surat kabar). Pengumpulan data pada kasus kejang demam ini meliputi :

### **2.3.1.1 Data subyektif**

#### 1) Biodata/ Identitas

Biodata anak mencakup nama, umur, jenis kelamin.

Biodata orang tua perlu dipertanyakan untuk mengetahui status sosial anak meliputi nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, alamat.

#### 2) Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang seperti :

##### a) Gerakan kejang anak

- b) Terdapat demam sebelum kejang
- c) Lama bangkitan kejang
- d) Pola serangan
- e) Frekuensi serangan
- f) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan
- g) Riwayat penyakit sekarang
- h) Riwayat Penyakit Dahulu

3) Riwayat penyakit sekarang

Berdasarkan PQRST :

- a) Provokatif dan paliatif : apa penyebabnya apa yang memperberat dan yang mengurangi , biasanya pada anak kejang demam, demam bertambah apabila anak rewel dan berkurang apabila anak tidur/istirahat.
- b) Quality/kuantitas : dirasakan seperti apa, tampilannya, suaranya, berapa banyak. Biasanya yang terjadi panas dan kemerahan.
- c) Region/radiasi : lokasinya dimana, penyebarannya. Biasanya panasnya terasa diseluruh tubuh.



- d) Saverity/scale : intensitasnya (skala) pengaruh terhadap aktifitas . biasanya suhu rektal diatas 38°C.
- e) Timing : kapan muncul keluhan,berapa lama,bersifat (tiba-tiba, sering, bertahap) biasanya ada yang demam pada malam hari, pagi hari atau siang hari, dan ada yang demam sepanjang hari.

#### 4) Riwayat Kehamilan dan Persalinan

Kedaan ibu sewaktu hamil per trimester, apakah ibu pernah mengalami infeksi atau sakit panas sewaktu hamil.Riwayat trauma, perdarahan per vaginam sewaktu hamil, penggunaan obat-obatan maupun jamu selama hamil.Riwayat persalinan ditanyakan apakah sukar, spontan atau dengan tindakan (forcep atau vakum), perdarahan ante partum, asfiksi dan lain-lain.Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau menetek, dan kejang-kejang.

#### 5) Riwayat Imunisasi

Jenis imunisasi yang sudah didapatkan dan yang belum ditanyakan serta umur mendapatkan imunisasi dan reaksi dari imunisasi.Pada umumnya setelah mendapat imunisasi DPT

efek sampingnya adalah panas yang dapat menimbulkan kejang.

**Tabel 2.2**

**Jadwal Pemberian Imunisasi**

Usia	Imunisasi
0 bulan	Hepatitis B 0
1 bulan	BCG, Polio 1
2 bulan	DPT-HB-Hib 1, Polio 2
3 bulan	DPT-HB-Hib 2, Polio 3
4 bulan	DPT-HB-Hib 3, Polio 4
9 bulan	Campak
24 bulan	Campak
18 bulan	DPT-HB-Hib

a) Imunisasi BCG

Memberikan kekebalan aktif terhadap penyakit *tuberculosis*(TBC).

b) Imunisasi DPT

Melindungi tubuh terhadap difteri, pertusis dan tetanus. Difteri adalah suatu infeksi bakteri yang menyerang tenggorokan dan dapat menyebabkan komplikasi yang serius.

c) Imunisasi Polio

Memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit poliomyelitis, dapat menyebabkan nyeri otot dan

kelumpuhan pada salah satu maupun kedua lengan/tungkai.

d) Imunisasi Campak

Memberikan kekebalan tubuh terhadap penyakit campak, imunisasi campak diberikan sebanyak 1 dosis pada anak saat berumur 9 bulan atau lebih.

e) Imunisasi HBV

Memberikan kekebalan terhadap hepatitis B.

6) Riwayat Perkembangan

a) Personal sosial (kepribadian atau tingkah laku sosial), kemampuan mandiri, bersosialisasi, dan berinteraksi dengan lingkungannya.

b) Gerakan motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu saja dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan koordinasi yang cermat, misalnya menggambar, memegang suatu benda, dan lain-lain.

c) Gerakan motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh.

d) Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.

7) Riwayat kesehatan keluarga

- a) Anggota keluarga menderita kejang
- b) Anggota keluarga yang menderita penyakit syaraf
- c) Anggota keluarga yang menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.

8) Riwayat sosial

- a) Perilaku anak dan keadaan emosional
- b) Hubungan dengan anggota keluarga dan teman sebaya.

9) Pola kebiasaan dan fungsi kesehatan

- a) Pola persepsi dan tatalaksana hidup sehat Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan tentang kesehatan, pencegahan serta kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis.
- b) Pola nutrisiAsupan kebutuhan gizi anak, kualitas dan kuantitas makanan, makanan yang disukai, selera makan, dan pemasukan cairan.
- c) Pola Eliminasi
  - 1) BAK : frekuensi, jumlah, warna, bau, dan nyeri
  - 2) BAB : frekuensi, konsistensi, dan keteraturan
- d) Pola aktivitas dan latihan