

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI
KEJANG DEMAM DENGAN HIPERTERMIA DI RUANG
MELATI RSUD KARANGANYAR**



DI SUSUN OLEH :

**REVA INDRIYANI
NIM. P14041**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KUSUMA HUSADA
SURAKARTA**

2017

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG MENGALAMI
KEJANG DEMAM DENGAN HIPERTERMIA DI RUANG
MELATI RSUD KARANGANYAR**

Karya Tulis Ilmiah
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan
Dalam Menyelesaikan Program Diploma Tiga Keperawatan



DI SUSUN OLEH :

**REVA INDRIYANI
NIM. P14041**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KUSUMA HUSADA
SURAKARTA
2017**

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Reva Indriyani
NIM : P14041
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermia di Ruang Melati RSUD Karanganyar.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Surakarta, 09 Agustus 2017

Yang Membuat Pernyataan



REVA INDRIYANI
NIM. P14041

MOTTO

“Sabar dalam mengatasi kesulitan dan bertindak bijaksana dalam mengatasinya
adalah sesuatu yang utama”

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK YANG
MENGALAMI KEJANG DEMAM DENGAN
HIPERTERMIA DI RUANG MELATI
RSUD KARANGANYAR**

Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh gelar
Ahli Madya Keperawatan (AMd. Kep.)

Oleh :

REVA INDRIYANI
NIM. P14041

Surakarta, 09 Agustus 2017

Menyetujui,
Pembimbing



Mellia Silvy Irdianty, S.Kep., M.P.H
NIK. 201690157

LEMBAR PENETAPAN DEWAN PENGUJI

Telah diuji pada tanggal

Surakarta, 09 Agustus 2017

Dewan penguji :

Ketua :

1. Meri Oktariani, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK.200981037



()

Anggota :

1. Mellia Silvy Irdianty S.Kep., M.P.H
NIK. 201690157



()

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Reva Indriyani
NIM : P14041
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermia di Ruang Melati RSUD Karanganyar.

Telah diujikan dan dipertahankan dihadapan

Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Ditetapkan di : Surakarta

Hari/Tanggal : Rabu, 09 Agustus 2017

DEWAN PENGUJI

Ketua : Meri Oktariani, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK.200981037

Anggota : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep., M.P.H
NIK.201690157

()
()

Mengetahui,

Ketua Program D3 Keperawatan

STIKes Kusuma Husada Surakarta



Meri Oktariani, S.Kep., Ns., M.Kep
NIK. 200981037

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Anak yang Mengalami Kejang Demam dengan Hipertermia di Ruang Melati RSUD Karanganyar”.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini saya banyak mendapat bimbingan dan dukungann dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat

1. Wahyu Rima Agustin, S.Kep., Ns., M.Kep, Selaku Ketua STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di STIKes Kusuma Husada Surakarta.
2. Meri Oktariani, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk dapat membina ilmu di STIKes Kusuma Husada Surakarta dan sekaligus sebagai penguji yang telah memberikan masukan, inspirasi dan bimbingan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
3. Erlina Windyastuti, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku sekretaris Program Studi D3 Keperawatan yang telah memberikan kesempatan dan arahan untuk dapat menimba ilmu di STIKes Kusuma Husada Surakarta.
4. Mellia Silvy Irdianty S.Kep., M.P.H, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya studi kasus ini.
5. Semua dosen Program Studi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat.
6. RSUD Karanganyar yang telah memberikan kesempatan untuk pengambilan studi kasus.

7. Kedua orangtuaku, keluarga besarku, dan orang terkasih yang selalu menjadi inspirasi dan memberikan semangat untuk menyelesaikan pendidikan dan yang selalu setia mendampingi serta menyemangati saya dalam keadaan apapun.
8. Teman-teman Mahasiswa Program Studi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual.
9. Alfiah Azkalika, Aniswara Cahya Pratama dan Ira Boneta yang selalu memberikan masukan dan semangat dalam penyusunan karya tulis ilmiah.

Semoga laporan studi kasus ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan dan kesehatan. Amin.

Surakarta, 20 Juli 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN TIDAK PLAGIATISME	ii
MOTTO	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENETAPAN DEWAN PENGUJI	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	4
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan	
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat	
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	
2.1.1 Definisi	7
2.1.2 Klasifikasi	8
2.1.3 Etiologi	9
2.1.4 Manifestasi Klinis	10
2.1.5 Patofisiologi	10
2.1.6 Pathway	13

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang	14
2.1.8 Komplikasi	17
2.1.9 Penatalaksanaan	18
2.2 Asuhan Keperawatan	
2.2.1 Pengkajian	19
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	20
2.2.3 Intervensi Keperawatan	21
2.2.4 Implementasi Keperawatan	25
2.2.5 Evaluasi	26
2.3 Kompres Hangat	26
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	27
3.2 Batasan Istilah	27
3.3 Partisipan	28
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	28
3.5 Pengumpulan Data	29
3.6 Uji Keabsahan Data	29
3.7 Analisa Data	30
BAB IV HASIL STUDI KASUS	
4.1 Hasil	33
BAB V PEMBAHASAN	
5.1 Pengkajian	62
5.2 Diagnosa Keperawatan	63
5.3 Intervensi	64
5.4 Implementasi Keperawatan	65
5.5 Evaluasi	66
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	68
6.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Pathway Kejang Demam	12
Gambar 4.1 Peta RSUD Karanganyar.....	33

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Identitas	34
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit	34
Tabel 4.3 Pola Kesehatan	38
Tabel 4.4 Kesehatan Saat Ini.....	39
Tabel 4.5 Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	40
Tabel 4.6 Pola Nutrisi Metabolik	40
Tabel 4.7 Pola Eliminasi	41
Tabel 4.8 Pola Aktivitas dan Latihan	42
Tabel 4.9 Pola Istirahat Tidur	43
Tabel 4.10 Pola Kognitif Perseptual	43
Tabel 4.11 Pola Persepsi Konsep Diri	43
Tabel 4.12 Pola Hubungan Peran	43
Tabel 4.13 Pola Seksual Reproduksi	44
Tabel 4.14 Pola Mekanisme Koping	44
Tabel 4.15 Pola Nilai dan Keyakinan	44
Tabel 4.16 Balance Cairan	46
Tabel 4.17 Pola Pemeriksaan Fisik	46
Tabel 4.18 Pemeriksaan Penunjang	48
Tabel 4.19 Analisa Data	49
Tabel 4.20 Diagnosis Keperawatan	51
Tabel 4.21 Rencana Keperawatan	53
Tabel 4.22 Implementasi	56
Tabel 4.23 Evaluasi	58

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Konsultasi
- Lampiran 2 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 3 Lembar Audience
- Lampiran 4 Format Pengkajian
- Lampiran 5 Lembar Asuhan Keperawatan
- Lampiran 6 Jurnal

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kejang Demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, hal ini terutama pada rentang usia 4 bulan sampai 4 tahun. Kejang demam merupakan gangguan transien pada anak-anak yang terjadi bersamaan dengan demam. Keadaan ini merupakan salah satu gangguan neurologik yang paling sering dijumpai pada masa kanak-kanak dan menyerang sekitar 4% anak. Pada setiap anak memiliki ambang kejang yang berbeda-beda, hal ini tergantung dari tinggi serta rendahnya ambang kejang seorang anak. Anak dengan kejang rendah, kejang dapat terjadi pada suhu 38°C , tetapi pada anak dengan ambang kejang yang tinggi kejang baru akan terjadi pada suhu 40°C atau bahkan lebih (Sodikin, 2012). Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (Gunawan, 2012). Kejang demam adalah serangan kejang yang terjadi karena kenaikan suhu tubuh rektal di atas 38°C (Riyadi, 2009).

Prevalensi kejang demam di Amerika Serikat dan Eropa berkisar 2,2%-5%. Prevalensi kejang demam di Asia meningkat dua kali lipat dibanding di Eropa dan Amerika. Prevalensi di Jepang sendiri berkisar 8,3-9,9%. Bahkan, di Guam insiden kejang demam mencapai 14% (Lita, 2016).

Data kejadian kejang demam di Indonesia masih terbatas. Insiden dan faktor predileksi kejang demam di Indonesia sama dengan negara lain. Kira-kira satu sampai tiga anak dengan kejang demam pernah mempunyai riwayat kejang demam sebelumnya, dengan sekitar 75% terjadi pada tahun yang sama dengan kejang demam pertama, dan sekitar 90% terjadi pada tahun berikutnya dengan kejang demam pertama. Demikian, secara kasar dapat diperkirakan bahwa prevalensi kejang demam pada anak di Indonesia cukup banyak, mengingat banyak faktor predileksi yang dapat menyebabkan kejang demam (Udin, 2014). Angka kejang demam di Jawa Tengah tahun 2012-2013 mencapai 2% sampai 3% setiap tahunnya (Marwan, 2017).

Demam tinggi pada anak dapat menjadi faktor pencetus serangan kejang demam. Pada keadaan demam kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membrane sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium melalui membran tersebut dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membrane sel sekitarnya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter dan terjadi kejang. Masalah yang terjadi pada pasien kejang demam seperti, hipertermia, ketidakefektifan pola nafas, resiko cidera, kecemasan. Dampak

kejang demam yang tidak teratasi dapat menyebabkan kerusakan sel otak. Setiap kejang menyebabkan konstriksi pembuluh darah sehingga aliran darah tidak lancar dan mengakibatkan peredaran O₂ juga terganggu. Kekurangan O₂ pada otak akan mengakibatkan kerusakan sel otak dan dapat terjadi kelumpuhan sampai retardasi mental bila kerusakannya berat (Ngastiyah, 2014).

Penanggulangan kejang saat di rumah sakit yang perlu dikerjakan yaitu, saat timbul kejang maka penderita diberikan diazepam intravena secara perlahan, pembebasan jalan nafas dengan cara kepala dalam posisi hiperekstensi miring, pakaian dilonggarkan dan pengisapan lendir, pemberian oksigen untuk membantu kecukupan perfusi jaringan, pemberian cairan intravena untuk mencukupi kebutuhan dan memudahkan dalam pemberian terapi intravena, pemberian kompres air hangat untuk membantu menurunkan suhu tubuh dengan metode konduksi yaitu perpindahan panas dari derajat yang tinggi ke derajat yang lebih rendah, apabila terjadi peningkatan tekanan intrakranial maka perlu diberikan obat-obatan untuk mengurangi odema otak seperti deksametason 0,5-1 ampul setiap 6 jam sampai keadaan membaik (Riyadi, 2009).

Upaya dalam penanganan penurunan suhu tubuh dapat dilakukan dengan cara pemberian kompres hangat. Kompres hangat dengan benar dapat menurunkan demam lebih cepat (Ayu, 2015). Penatalaksanaan kejang pada anak yaitu dengan menambahkan diazepam. Diazepam adalah obat yang paling cepat menghentikan kejang (Arief, 2015).

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang dituangkan dalam bentuk Karya Tulis

Ilmiah dengan judul asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia di ruang melati RSUD Karanganyar.

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia di ruang melati RSUD Karanganyar.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia di ruang melati RSUD Karanganyar.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia di ruang melati RSUD Karanganyar.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Penulis mampu melakukan pengkajian pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.
2. Penulis mampu merumuskan diagnosis keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.
3. Penulis mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.
4. Penulis mampu melakukan imlementasi asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.

5. Penulis mampu melakukan evaluasi pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.

1.5 Manfaat

Menambah pengetahuan dan wawasan dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.

1.5.1 Teoritis

1. Sebagai wacana untuk mengetahui sejauh mana pelaksanaan asuhan keperawatan anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.
2. Sebagai wacana untuk studi kasus terutama dalam asuhan keperawatan anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.

1.5.2 Praktis

1. Rumah Sakit

Hasil studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di Rumah Sakit agar dapat meningkatkan mutu pemberian asuhan keperawatan anak yang mengalami kejang demam dengan hipertermia.

2. Peneliti

Untuk menambah pengetahuan dan pengalaman karena sesuai dengan profesi yang penulis tekuni sebagai perawat, sehingga nantinya dapat diterapkan dilapangan.

3. Institusi Pendidikan

Digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kejang Demam

2.1.1 Definisi Kejang Demam

Kejang Demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak terutama pada golongan anak berumur 6 bulan sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anak yang berumur dibawah 5 tahun pernah mengalami kejang demam (Ngastiyah, 2014).

Kejang Demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering ditemukan pada anak, hal ini terutama pada rentang usia 4 bulan sampai 4 tahun. Kejang demam merupakan gangguan transien pada anak-anak yang terjadi bersamaan dengan demam. Keadaan ini merupakan salah satu gangguan neurologik yang paling sering dijumpai pada masa kanak-kanak dan menyerang sekitar 4% anak. Pada setiap anak memiliki ambang kejang yang berbeda-beda, hal ini tergantung dari tinggi serta rendahnya ambang kejang seorang anak. Anak dengan kejang rendah, kejang dapat terjadi pada suhu 38°C, tetapi pada anak dengan ambang kejang yang tinggi kejang baru akan terjadi pada suhu 40°C atau bahkan lebih (Sodikin, 2012).

Kejang Demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (Widodo, 2011).

2.1.2 Klasifikasi Kejang Demam

Klasifikasi Kejang Demam menurut Widodo (2011) yaitu :

1. Kejang demam sederhana (*Simple febrile seizure*)

Ciri dari kejang ini adalah :

- a. Kejang berlangsung singkat
- b. Umumnya serangan berhenti sendiri dalam waktu < 15 menit
- c. Tanpa gerakan fokal
- d. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam

2. Kejang demam kompleks (*Complex febrile seizure*)

Ciri dari kejang ini adalah :

- a. Kejang berlangsung lama lebih dari 15 menit
- b. Kejang fokal atau parsial satu sisi atau kejang umum didahului kejang parsial
- c. Berulang atau lebih dari 1 kali dalam 24 jam

2.1.3 Etiologi Kejang Demam

Penyebab dari kejang demam menurut Wulandari & Erawati (2016) yaitu :

1. Faktor genetika

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

2. Infeksi

- a. Bakteri : penyakit pada *traktus respiratorius* (pernapasan), *pharyngitis* (radang tenggorokan), *tonsillitis* (amandel), dan *otitis media* (infeksi telinga).
- b. Virus : *varicella* (cacar), *morbili* (campak), dan *dengue* (virus penyebab demam berdarah).

3. Demam

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

4. Gangguan metabolisme

Hipoglikemia, gangguan elektrolit (Na dan K) misalnya pada pasien dengan riwayat diare sebelumnya.

5. Trauma

2.1.4 Manifestasi Klinik Kejang Demam

Tanda dan gejala dari kejang demam menurut Wulandari dan Erawati (2016) yaitu :

1. Kejang demam mempunyai insiden yang tinggi pada anak, yaitu 3-4%
2. Kejang biasanya singkat, berhenti sendiri, terjadi lebih banyak laki-laki
3. Kejang timbul dalam 24 jam setelah naiknya suhu badan akibat infeksi di luar susunan saraf misalnya otitis media akut, bronchitis, dan sebagainya
4. Bangkitan kejang dapat berbentuk *tonik-klonik*, *fokal* atau *atonik*
5. Takikardi pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 per menit

2.1.5 Patofisiologi Kejang Demam

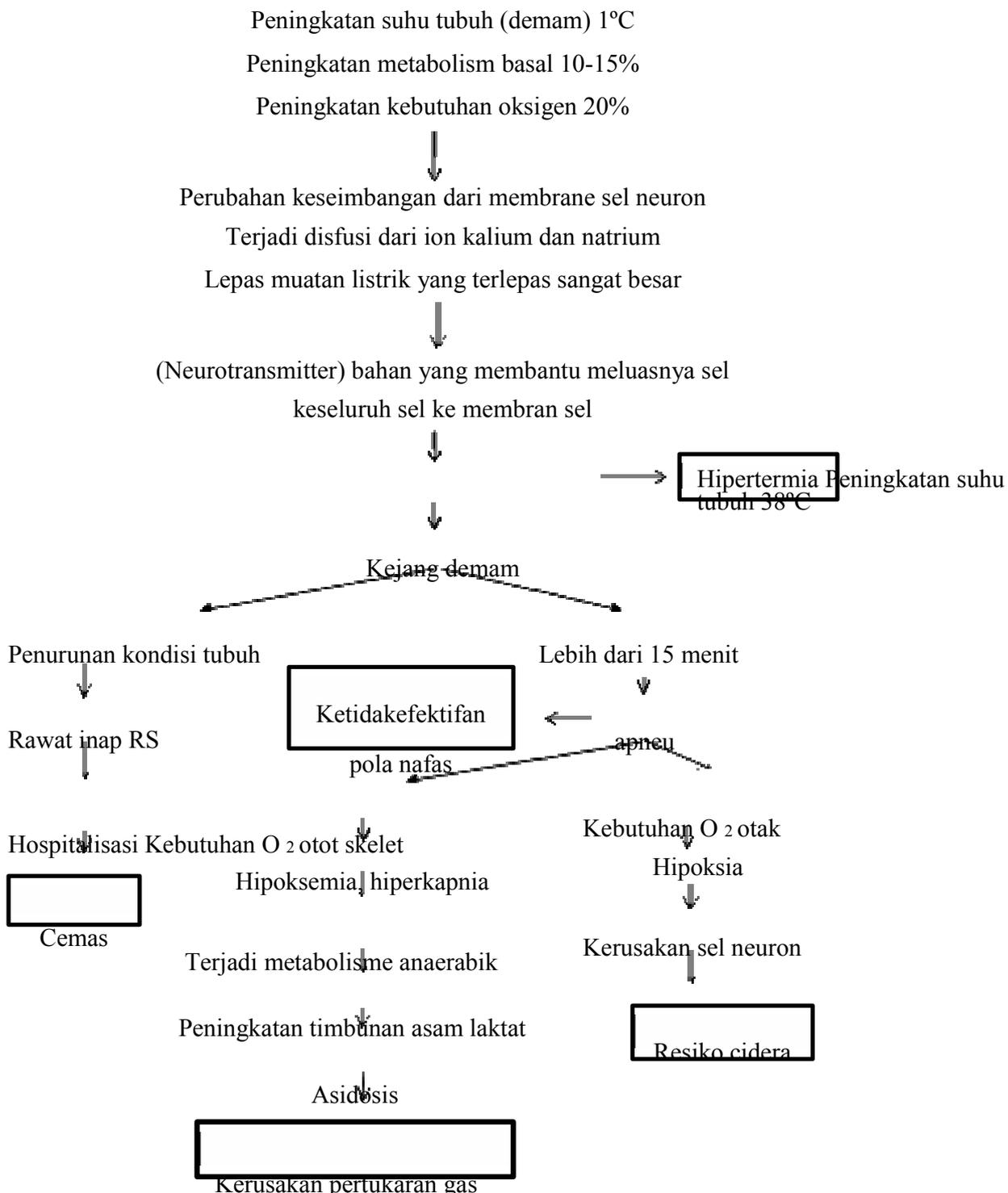
Pada keadaan demam kenaikan suhu 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari *membrane* sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion natrium melalui *membrane* tersebut dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke *membrane* sel sekitarnya dengan

bantuan bahan yang disebut *neurotransmitter* dan terjadi kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak akan menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang telah terjadi pada suhu 38°C sedang anak dengan ambang kejang yang tinggi kejang baru terjadi bila suhu mencapai 40°C atau lebih. Maka disimpulkan bahwa berulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada anak dengan ambang kejang yang rendah sehingga dalam penanggulangannya perlu memperhatikan pada tingkat suhu berapa pasien menderita kejang.

Kejang demam yang berlangsung singkat pada umumnya tidak berbahaya dan tidak meninggalkan gejala sisa. Akan 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, hiperkepnia asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme *anaerobik*, hipotensi arterial disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh semakin meningkat yang disebabkan makin meningkatnya aktivitas otot, dan selanjutnya menyebabkan metabolisme otak meningkat. Rangkaian kejadian di atas adalah faktor penyebab hingga terjadinya kerusakan neuron otak selama berlangsungnya kejang lama. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga terjadinya kerusakan sel neuron otak. Kerusakan pada daerah medial

lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi matang di kemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsi yang spontan. Karena itu kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi (Ngastiyah, 2014).

2.1.6 Pathway Kejang Demam



Gambar 2.1 Pathway Kejang Demam
Sumber : Ngastiyah (2014)

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang Kejang Demam

Menurut Widodo (2011) pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu :

1. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam atau keadaan lain, misalnya gastroenteritis dehidrasi disertai demam. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dikerjakan, misalnya darah perifer, elektrolit, dan gula darah (level II-2 dan level III, rekomendasi D).

2. Fungsi Lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Risiko terjadinya meningitis bakterialis adalah 0,6 % - 6,7 %.

Pada bayi kecil seringkali sulit untuk menegakkan atau menyingkirkan diagnosis meningitis karena manifestasi klinisnya tidak jelas. Oleh karena itu, fungsi lumbal dianjurkan pada :

- a. Bayi (kurang dari 12 bulan) sangat dianjurkan dilakukan
- b. Bayi 12-18 bulan dianjurkan
- c. Anak umur >18 bulan tidak rutin. Bila yakin bukan meningitis secara klinis tidak perlu dilakukan fungsi lumbal

3. Elektroensefalografi

Pemeriksaan *elektroensefalografi* (EEG) tidak dapat memprediksi berulangnya kejang atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsy pada pasien kejang demam. Oleh karenanya, tidak direkomendasikan (level II2, 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.

4. Pencitraan

Foto *X-ray* kepala dan pencitraan seperti *computed tomography scan* (CT-scan) atau *magnetic resonance imaging* (MRI) jarang sekali dikerjakan, tidak rutin, dan hanya atas indikasi, seperti :

- a. Kelainan neurologic fokal yang menetap (hemiparesis)
- b. Paresis nervus VI
- c. Papilledema

Sedangkan menurut Pudiastuti (2011) pemeriksaan penunjang kejang demam yaitu :

1. EEG

EEG (*electroencephalogram*) adalah pemeriksaan gelombang otak untuk meneliti ketidaknormalan gelombang. Pemeriksaan ini tidak dianjurkan untuk dilakukan pada kejang demam yang baru terjadi sekali tanpa adanya defisit (kelainan) neurologis. Walaupun dapat diperoleh gambaran gelombang yang abnormal setelah

kejang demam, gambaran tersebut tidak bersifat prediktif terhadap risiko berulangnya kejang demam atau risiko epilepsi.

2. Fungsi Lumbal

Fungsi lumbal merupakan pemeriksaan cairan yang ada di otak dan anal tulang belakang (cairan *serebrospinal*) untuk meneliti kecurigaan meningitis. Pemeriksaan ini dilakukan setelah kejang demam pertama pada bayi (usia <12 bulan) karena gejala dan tanda meningitis pada bayimungkin sangat minimal atau tidak tampak. Pada anak dengan usia >18 bulan, fungsi lumbal dilakukan jika tampak tanda peradangan selaput otak, atau ada riwayat yang menimbulkan kecurigaan infeksi system saraf pusat.

3. Neuroimaging

Pemeriksaan *neuroimaging* antara lain adalah CT-scan dan MRI kepala. Pemeriksaan ini tidak dianjurkan pada kejang demam yang baru terjadi untuk pertama kalinya.

4. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium harus ditujukan untuk mencari sumber demam, bukan sekedar sebagai pemeriksaan rutin. Pemeriksaannya meliputi pemeriksaan darah ruti, kadar elektrolit, kalsium, fosfor, magnesium, atau gula darah.

2.1.8 Komplikasi Kejang Demam

Komplikasi kejang demam menurut (Waskitho, 2013 dalam Wulandari & Erawati, 2016) yaitu :

1. Kerusakan neurotransmitter

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

2. Epilepsi

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

3. Kelainan anatomis di otak

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

4. Mengalami kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam.

5. Kemungkinan mengalami kematian

2.1.9 Penatalaksanaan Kejang Demam

Penatalaksanaan kejang demam menurut (Ngastiyah, 2014) yaitu :

1. Penatalaksanaan medis

- a. Bila pasien datang dalam keadaan kejang, obat pilihan utama yaitu diazepam untuk memberantas kejang secepat mungkin yang diberikan secara intravena.
- b. Untuk mencegah edema otak, berikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/hari dibagi dalam 3 dosis atau sebaliknya glukokortikoid misalnya deksametazon 0,5-1 ampul setiap 6 jam.

2. Penatalaksanaan keperawatan

- a. Baringkan pasien di tempat yang rata, kepala dimiringkan.
- b. Singkirkan benda-benda yang ada di sekitar pasien.
- c. Lepaskan pakaian yang mengganggu pernapasan.
- d. Jangan memasang sudip lidah (tongue spatel), karena risiko lidah tergigit kecil. Sudip lidah dapat membatasi jalan napas.
- e. Bila pasien sudah sadar dan terbangun berikan minum hangat.
- f. Pemberian oksigen untuk mencukupi perfusi jaringan.
- g. Bila suhu tinggi berikan kompres hangat.

2.2 Asuhan Keperawatan Kejang Demam

2.2.1 Pengkajian

Menurut (Dermawan, 2012 dalam Nurlitasari, 2014) pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah–masalah kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik mental, sosial dan lingkungan.

Pengkajian kejang demam menurut Riyadi (2009) :

1. Pengkajian

a. Riwayat Penyakit

Pada anak kejang demam riwayat yang menonjol adalah adanya demam yang dialami oleh anak (suhu rektal di atas 38 °C). Demam ini di latar belakanginya adanya penyakit lain yang terdapat pada luar kranial seperti *tonsillitis*, *faringitis*. Sebelum serangan kejang pada pengkajian status kesehatan biasanya anak tidak mengalami kelainan apa-apa. Anak masih menjalani aktifitas sehari-hari biasa seperti bermain dengan teman sebaya, pergi, sekolah.

b. Pengkajian fungsional

Pengkajian fungsional yang sering mengalami gangguan adalah terjadi penurunan kesadaran anak dengan tiba-tiba sehingga kalau dibuktikan dengan tes GCS skor yang dihasilkan berkisar antara 5 samapi 10 dengan tingkat

kesadaran dari apatis sampai somnolen atau mungkin dapat koma, kemungkinan ada gangguan jalan nafas yang dibuktikan dengan peningkatan frekwensi pernafasan 30 x/menit dengan irama cepat dan dangkal, lidah terlihat menekuk menutup faring. Pada kebutuhan rasa aman dan nyaman anak mengalami gangguan kenyamanan akibat hipertermi, sedangkan keamanan terjadi ancaman karena anak mengalami kehilangan kesadaran yang tiba-tiba yang beresiko terjadinya cedera secara fisik maupun fisiologi. Untuk pengkajian pola kebutuhan atau fungsi yang lain kemungkinan belum terjadi gangguan kalau ada mungkin sebatas ancaman seperti penurunan personal *hygiene*, aktivitas, intake nutrisi.

2.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Hardman & Shigemi Kamitsuru, 2015). Menurut Diagnosa Keperawatan Nanda tahun 2015-2017 kemungkinan diagnosa yang bisa muncul dari penyakit kejang demam :

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, gangguan pusat pengatur suhu
2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan jalan napas terganggu

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi perfusi
4. Risiko cedera berhubungan dengan kurangnya kesadaran, gerakan tonik atau klonik
5. Kecemasan berhubungan dengan perubahan lingkungan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien atau klien. Intervensi keperawatan mencakup baik perawatan langsung dan tidak langsung yang ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat, serta orang-orang dirujuk oleh perawat, dirujuk oleh dokter maupun pemberi pelayanan kesehatan lainnya (Bulechek, et al 2015).

1. Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi, gangguan pusat pengaturan suhu

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan suhu tubuh normal

Kriteria hasil :

- a. Suhu tubuh ($36,5^{\circ}$ - $37,5^{\circ}$ C).
- b. Nadi (60-100 kali/menit) dan *Respirasi Rate* (16-24 kali/menit).
- c. Tidak ada perubahan warna kulit.

Rencana tindakan :

- a. Monitor suhu tubuh
- b. Monitor warna dan suhu tubuh
- c. Monitor tekanan darah, nadi dan *Respirasi Rate*
- d. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- e. Lakukan tapid sponge
- f. Berikan antipiretik
- g. Berikan pengobatan untuk mengatasi penyebab demam
- h. Kolaborasi pemberian cairan intravena
- i. Kompres pasien pada lipat paha dan aksila
- j. Tingkatkan sirkulasi udara

2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan jalan napas

terganggu

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan pola napas efektif

Kriteria hasil :

- a. Frekuensi pernafasan dalam batas normal
- b. Tidak menggunakan otot bantu pernafasan
- c. Irama pernafasan teratur
- d. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Rencana tindakan :

- a. Kaji status pernapasan klien
- b. Kaji penyebab ketidakefektifan pernapasan
- c. Auskultasi bidang paru dan observasi pernapasan klien

- d. Longgarkan pakaian klien
- e. Lakukan suction bila perlu, beri O₂ sesuai kebutuhan
- f. Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi obat, tindakan dan pemeriksaan

3. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ventilasi perfusi

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan ventilasi dan oksigenasi pada jaringan adekuat

Kriteria Hasil :

- a. Oksigenasi yang adekuat
- b. Bebas dari tanda-tanda distress pernafasan
- c. Mendemonstrasikan batuk efektif
- d. Mampu bernafas dengan mudah

Rencana tindakan :

- a. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
- b. Monitor respirasi dan status O₂
- c. Auskultasi suara nafas
- d. Lakukan suction

4. Resiko cedera berhubungan dengan kurangnya kesadaran gerakan tonik atau klonik

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi cedera atau komplikasi

Kriteria hasil :

- a. Terbebas dari cedera

- b. Tidak ada perlukaan, kesadaran composmentis
- c. Klien mampu menjelaskan cara/metode untuk mencegah *injury*/cedera
- d. Klien mampu menjelaskan faktor resiko dari lingkungan/perilaku personal

Rencana tindakan :

- a. Kaji sifat dan penyebab timbulnya kejang
 - b. Sediakan lingkungan yang aman untuk pasien
 - c. Identifikasi kebutuhan keamanan pasien, sesuai dengan kondisi fisik dan fungsi kognitif pasien
 - d. Jauhkan dari lingkungan yang berbahaya dan benda-benda tajam
 - e. Pasang *side rail* tempat tidur
 - f. Sediakan tempat tidur yang nyaman dan bersih
 - g. Anjurkan keluarga untuk menemani pasien
 - h. Kaji dan monitoring tingkat kesadaran, adanya kejang
 - i. Kolaborasi dengan dokter untuk penanganan medis
5. Kecemasan berhubungan dengan perubahan lingkungan

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan kecemasan teratasi

Kriteria hasil :

- a. Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas

- b. Identifikasi dan menunjukkan tehnik untuk mengontrol cemas
- c. *Vital sign* dalam batas normal
- d. Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya kecemasan

Rencana tindakan :

Penurunan kecemasan

- a. Gunakan pendekatan yang menenangkan
- b. Jelaskan semua prosedur dan apa yang dirasakan selama prosedur
- c. Pahami prespektif pasien terhadap situasi stress
- d. Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi rasa takut
- e. Kaji tingkat dan penyebab kecemasan keluarga
- f. Beri informasi yang cukup mengenai perawatan dan pengobatan yang di lakukan dan direncanakan
- g. Ciptakan suasana yang nyaman dan aman

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada klien. Pencatatan mencakup tindakan keperawatan yang diberikan baik secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada klien (Hutahean, 2010).

2.2.5 Evaluasi

Keefektifan tindakan keperawatan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi harus terjadi di setiap langkah proses keperawatan (Herdman & Shigemi Kamitsuru, 2015).

2.3 Kompres Hangat

Kompres hangat adalah tindakan keperawatan yang bertujuan guna menurunkan suhu tubuh pasien yang mengalami hipertermia (Andriyani, 2010).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian adalah model atau metode yang digunakan peneliti untuk melakukan suatu penelitian yang memberikan arah terhadap jalannya penelitian (Darma, 2013). Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas, atau individu, pengumpulan datanya diperoleh dari wawancara, observasi, dan dokumentasi (Sujarweni, 2014).

Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada anak yang mengalami kejang demam di RSUD Karanganyar. Studi kasus pada intinya adalah meneliti kehidupan satu atau beberapa komunitas, organisasi atau perorangan yang dijadikan unit analisis dengan menggunakan pendekatan kualitatif.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah atau disebut dengan definisi operasional adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadikan fokus dalam penelitian (Sukmadinata, 2010).

Studi kasus ini menjabarkan tentang konsep kejang demam beserta asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Batasan

istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan ditambahkan informasi kualitatif sebagai penciiri dari batasan yang dibuat oleh penulis.

1. Kejang demam adalah Kejang Demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium (Widodo, 2011).
2. Hipertermia adalah suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi batas normal (36.5°-37.5°C), yang biasanya diakibatkan oleh kondisi suhu tubuh atau eksternal yang menciptakan lebih banyak panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh (Sodikin, 2012).
3. Kompres hangat adalah tindakan keperawatan yang bertujuan guna menurunkan suhu tubuh pasien yang mengalami hipertermia (Andriyani, 2010).

3.3 Partisipan

Partisipan merupakan objek yang ditentukan melalui mutu kriteria tertentu yang akan dikategorikan ke dalam objek tersebut bisa termasuk orang, dokumen atau catatan yang dipandang sebagai objek penelitian (Sugiyono, 2012). Partisipan pada studi kasus ini dua anak dengan diagnosis medis kejang demam dengan masalah keperawatan hipertermia.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian menjelaskan tempat atau lokasi tersebut dilakukan.

Lokasi penelitian ini sekaligus membatasi ruang lingkup penelitian

tersebut (Notoatmodjo, 2010). Lokasi penelitian ini berada di ruang melati RSUD Karanganyar.

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu pengambilan kasus asuhan keperawatan di mulai sejak tanggal 22 Mei 2017 sampai dengan 3 Juni 2017.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

3.5.1 Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat sekarang, dahulu, keluarga dll, sumber data diperoleh dari klien, keluarga, dan perawat lainnya).

3.5.2 Observasi dan pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada system tubuh manusia).

3.5.3 Studi dokumen dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dapat dilakukan dengan dua cara yaitu :

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan

Peneliti mengecek kembali apakah data yang telah diberikan selama ini merupakan data yang sudah benar atau tidak. Bila data yang diperoleh selama ini setelah dicek kembali pada sumber data asli atau sumber lain ternyata tidak benar, maka peneliti melakukan pengamatan lagi yang lebih luas dan mendalam sehingga diperoleh data yang pasti kebenarannya (Sugiyono, 2012).

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat *expert* dan referensi buku yang berkaitan dengan masalah kejang demam yang sedang di teliti atau di kelola. Trigulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Dengan teknik pengumpulan data triangulasi, maka peneliti akan meningkatkan kredibilitas data karena menggunakan lebih dari satu prespektif sehingga kebenarannya terjamin (Sugiyono. 2012).

3.7 Analisa Data

Analisa data merupakan proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan dokumentasi dengan cara mengorganisasikan data kedalam kategori, menjabarkan kedalam unit-unit, menyusun kedalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari, dan membuat kesimpulan sehingga mudah dipahami oleh diri sendiri maupun orang lain (Swarjana, 2016).

Analisa data di lakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data di lakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang di gunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang di peroleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang di lakukan untuk menjawab rumusan masalah. Selain itu dapat pula dengan cara observasi oleh peneliti

dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya diinterpretasikan dan di bandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

Langkah-langkah dalam analisa data adalah sebagai berikut :

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data yaitu mengumpulkan data di lokasi penelitian dengan melakukan observasi wawancara dan dokumentasi dengan menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang tepat dan untuk menentukan focus serta pendalaman data pada proses pengumpulan data berikutnya (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumentasi). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi Data

Mereduksi data merupakan cara dimana peneliti merangkum. Memilih hal yang penting mencari tema polanya, sehingga data lebih mudah dikendalikan (Sugiyono, 2012). Dalam penelitian ini mereduksi data yang dimaksud adalah data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dan dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal

3. Penyajian Data

Dalam penelitian kealitatif penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk singkat, bagan, hubungan antar kategori dan dengan teks yang bersifat naratif (Sugiyono, 2012). Penelitian ini penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

4. Kesimpulan

Menurut Sugiyono (2012) kesimpulan dalam penelitian kualitatif yang diharapkan adalah temuan baru yang sebelumnya belum pernah ada atau berupa gambaran suatu objek yang sebelumnya masih belum jelas sehingga setelah diteliti menjadi jelas. Kesimpulan ini masih sebagai hipotesis dan data menjadi teori jika didukung oleh data-data yang lain. Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data



Gambar 4.1

RSUD Karanganyar ialah salah satu RS milik Pemkab Karanganyar yang bermodel RSU, dikelola oleh Pemda Kabupaten dan termuat dalam Kabupaten dan termuat kedalam Rumah Sakit Kelas C. Rumah sakit ini telah teregistrasi semenjak 26/10/2013 dengan Nomor Surat Ijin 503/26/RSU.C/BPPT/2014 dan Tanggal Surat Ijin 08/04/2014 dari Bupati Karanganyar dengan sifat tetap dan berlaku sampai 5 tahun. Sesudah melangsungkan Metode Akreditasi Rumah Sakit Seluruh Indonesia dengan proses Pentahapan III (16 Pelayanan) akhirnya diberikan status Lulus Akreditasi Rumah Sakit. RSU ini bertempat di Jl. Yos Sudarso Karanganyar, Karanganyar, Indonesia.

Pengambilan data untuk studi kasus ini dilakukan di RSUD Karanganyar di Ruang Melati selama 2 minggu terhitung dari tanggal 22 Mei - 03 Juni 2017.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Anak

Tabel 4.1 Identitas

IDENTITAS ANAK	Anak 1	Anak 2
Tanggal pengkajian	23 Mei 2017	30 Mei 2017
Nama	An. A	An. A
Tempat tanggal lahir	Karanganyar, 03-08-2014	Karanganyar, 07-08-2014
Nama ayah/ibu	Tn.S/Ny.D	Tn.S/Ny.I
Pekerjaan ayah/ibu	Karyawan/karyawan	Wiraswasta/ibu rumah tangga
Alamat	Kaling RT 06/01, Kaling, Tasikmadu, Karangnyar	Jl. Flamboyan No 31
Perumahan Jaten Permai Indah		
Agama	Islam	Islam
Suku bangsa	Indonesia	Indonesia
Pendidikan ayah	SMP	SD
Pendidikan ibu	SMP	SD
No. RM	364306	405586
Diagnosis medis	Kejang Demam	Kejang Demam

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Anak 1	Anak 2
Keluhan utama	Ibu anak mengatakan demam	

anaknya naik turun selama 1

hari.	Ibu anak mengatakan An.A demam.
Riwayat penyakit sekarang	Ibu anak mengatakan anaknya

sejak hari senin, 22 Mei 2017 badan demam naik turun dengan suhu 39 °C disertai dengan kejang 1x ±5 menit. Lalu An.A dibawa ke IGD RSUD Karangnyar oleh dokter An.A disarankan rawat inap dan mendapat terapi infus RL 15tpm, O₂ Lpm, injeksi cefotaxime 400 mg/12 iam.

	kejang berhenti stop),
--	------------------------

paracetamol siyur 125 mg/5 ml. kemudian An.A dipindah kebangsal Melati pada hari selasa, 23 Mei 2017, saat di lakukan pengkajian dibangsal An.A masih demam, akral hangat, rewel, kulit terasa hangat, gelisah, kesadaran composmentis dengan hasil TTV S: 38,7°C, RR: 24 x/menit, N: 122 x/menit dan mendapat terapi obat cefotaxime 400 mg/12 jam, paracetamol syr 125 mg/5 ml,

infus RL 15 tpm.

disaran untuk rawat inap.

Kemudian pada tanggal 30 mei 2017 jam 00.20 WIB An.A dipindah ke ruang Melati untuk mendapatkan perawatan dan terapi lebih lanjut. Saat dilakukan pengkajian pada hari senin 30 mei 2017, anak nampak lemas, mukora bibir kering, akral hangat, kulit terasa hangat, anak muntah 3 kali, dengan TTV : Suhu 38,9°C, nadi 116 x/menit, respirasi 24 x/menit dan mendapatkan terapi obat sanpasilin 300 mg/8 jam, dexamethasone 2 mg/ 12 jam, paracetamol 250 mg/1 tab dan infus RL 15

tpm.

Riwayat melahirkan dan persalinan

Kehamilan

	1. Jumlah gravida
--	-------------------

Paska natal	1. Berat badan dan
-------------	--------------------

panjang badan bayi :
3100 gram, PB : 51
cm

2. Kondisi kesehatan :
bayi sehat

3. Kelainan bawaan :
ibu anak
mengatakan tidak ada

kelainan bawaan	lahir di klinik Griya Husada
-----------------	------------------------------

1. Berat badan dan

panjang badan bayi :
3300 gram dan PB :
49 cm

2. Kondisi kesehatan :
bayi sehat

3. Kelainan bawaan :
ibu anak
mengatakan tidak

ada kelainan bawaan
Riwayat kesehatan

masa lampau
Penyakit
waktu kecil

--

Pernah dirawat
di RS

--

Obat-obatan
yang
digunakan
Tindakan
operasi

--

Alergi

--

Kecelakaan

Imunisasi	Ibu anak mengatakan An.A
-----------	--------------------------

waktu usia 1 tahun pernah
demam dan kejang oleh
ibunya langsung di bawa ke
.....

e. Campak diberikan 1

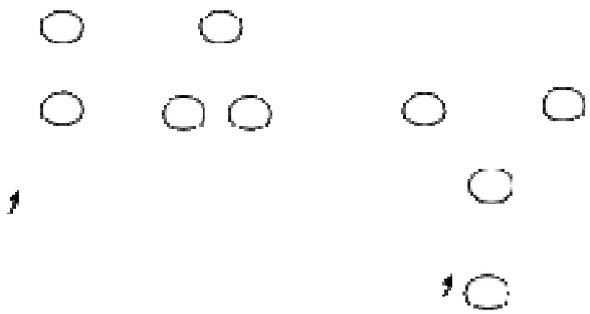
kali pada usia 9 bulan. 4 bulan.

e. Campak diberikan 1 kali pada usia 9 bulan.
 Riwayat kesehatan keluarga

[Empty box for family health history]

Genogram
 [Empty box for genogram]

Keterangan :
 ○ : laki-laki
 ♀ : perempuan
 □ : klien anak
 - - - : tinggal satu rumah



Ibu anak mengatakan

keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, asma maupun diabetes militus.

Ibu anak mengatakan

keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit keturunan seperti hipertensi, asam maupun diabetes militus.

Riwayat sosial

Yang mengasuh
 [Empty box for caregiver information]

Hubungan dengan anggota Keluarga
 [Empty box for family relationship]

Hubungan dengan teman sebaya
 [Empty box for peer relationship]

Lingkungan rumah
 Ibu anak mengatakan sejak

3. Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Kesehatan

POLA KESEHATAN	Anak 1	Anak 2
Makanan yang disukai ataupun tidak disukai Sebelum sakit		
Selama sakit	Ibu anak mengatakan An.A makan makanan yang disukai yaitu nasi, sayur, biskuit. Frekuensi makan 3x sehari pagi, siang, malam.	
Selama sakit selera makan An.A berkurang dan hanya habis ± 2 sampai 3 sendok.	Ibu anak mengatakan An.A suka makan nasi, sayur bayam, ayam, dan An.A makan 3 kali sehari pagi, siang, dan malam	
Selama sakit An.A makan 3 kali sehari tidak ada keluhan. An.A tidak suka makanan yang terlalu manis.		
Alat makan yang digunakan		
Sebelum sakit		
Selama sakit	Piring, sendok dan gelas. Piring, sendok dan gelas.	Piring, sendok, dan gelas. Piring, sendok, dan gelas.
Pola tidur		
Sebelum sakit		
Selama sakit	Ibu anak mengatakan An.A tidur nyenyak, tidur siang pukul 11.00 – 13.00 dan tidur malam pukul 19.30 – 05.30 WIB.	
Ibu anak mengatakan selama sakit An.A bisa tidur siang dan malam tidak ada keluhan saat		

Selama sakit	sebelum sakit BAB dan BAK
--------------	---------------------------

tidak ada keluhan.

Ibu anak mengatakan An.A

4. Kesehatan Saat Ini

Tabel 4.4 Kesehatan Saat Ini

KESEHATAN SAAT INI	Anak 1	Anak 1
Diagnosis medis	Kejang demam	Kejang demam
Tindakan operasi	Tidak ada tindakan operasi	Tidak ada tindakan operasi
Status nutrisi		

Antropometri

Biochemical

Clinical

Diet	Kurang
------	--------

BB : 10 kg

Z score usia 0-60 bulan

Rumus :

BB – median

Median – (-1SD)

= 10 – 13.1

13.1 – 11.7

= -2.1/1.4

= -2.21

Jadi menurut kategorinya

-2.21 (gizi kurang)

Hemoglobin : 12.3 g/dL

Hematokrit : 38.8 %

Eritrosit : 4.88 juta/UI

Leukosit : 21.33 ribu/UI

	Leukosit : 21.33 ribu/UI Eritrosit : 285 juta/UI	Leukosit : 19.20 ribu/UI Eritrosit : 4.53 juta/UI
Hasil rotgen	Tidak ada hasil rotgen karena anak tidak dilakukan rotgen	Tidak ada hasil rotgen
karena anak tidak dilakukan rotgen		
Data tambahan	-	-
Riwayat seksual	An.A berjenis kelamin laki-laki	An.A berjenis kelamin perempuan

5. Pengkajian dan Pola Kesehatan Fungsional

1) Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Tabel 4.5 Pola Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

POLA KESEHATAN	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan bahwa	
Selama sakit		

sehat itu penting apabila ada anggota keluarga yang sakit langsung diperiksakan ke klinik.

Ibu anak mengatakan An.A

2) Pola Nutrisi Metabolik

4.6 Pola Nutrisi Metabolik

Keterangan	Anak 1		Anak 2	
	Sebelum sakit	Selama sakit	Sebelum sakit	Selama sakit
Frekuensi	3 kali sehari	3 kali sehari	3 kali sehari	3 kali sehari
Jenis makan	Nasi, sayur, lauk	Bubur, sayur, lauk	Nasi, sayur, lauk	Bubur, sayur, lauk
Porsi	1 porsi habis	Porsi makan		
tidak habis (\pm 2-3 sendok)	1 porsi habis	$\frac{1}{2}$ porsi habis		
Minum	Air putih, susu, the	Air putih, teh	Air putih, teh, susu	Air putih, susu, the
Frekuensi minum	5-8 gelas	5-6 gelas	6-8 gelas	5-7 gelas
Keluhan	Tidak ada keluhan	Nafsu makan menurun	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan

Pengkajian nutrisi selama sakit	Anak 1	Anak 2
Antropometri		
Biochemical		
Clinical		
Diet	BB : 10 kg	

Z score usia 0-60 bulan

Rumus :

BB – median

Median – (-1SD)

3) Pola Eliminasi

Tabel 4.7 Pola Eliminasi

a. BAK				
Keterangan	Anak 1		Anak 2	
	Sebelum sakit	Selama sakit	Sebelum sakit	Sebelum sakit
Frekuensi	6-8x sehari	5-6x sehari	6-7x sehari	5-6x sehari
Warna	Kuning bening	Kuning bening	Kuning bening	Kuning bening
Bau	Amoniak	Amoniak	Amoniak	Amoniak
Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
b. BAB				
Keterangan	Anak 1		Anak 2	
	2x sehari	1x sehari	1x sehari	1x sehari
Frekuensi	2x sehari	1x sehari	1x sehari	1x sehari
Konsistensi	Lunak berbentuk	Lunak berbentuk	Lunak berbentuk	Lunak berbentuk
Warna	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan	Kuning kecoklatan

4) Pola aktivitas dan latihan

Tabel 4.8 Pola Aktivitas dan Latihan

a. Anak 1										
Kemampuan perawatan diri	Sebelum sakit					Selama sakit				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan/ minum										
Mandi										
Toilleting										
Berpakaian										
Mobilisasi tempat tidur										
Berpindah										
Ambulasi/ ROM										

b. Anak 2										
Kemampuan perawatan diri	Sebelum sakit					Selama sakit				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Makan/ minum										
Mandi										
Toilleting										
Berpakaian										
Mobilisasi tempat tidur										
Berpindah										
Ambulasi/ ROM										

Keterangan :

0 : Mandiri

1 : Dibantu alat

2 : Dibantu orang lain

3 : Dibantu orang lain dan alat

4 : Tergantung total

5) Pola istirahat tidur

Tabel 4.9 Pola Istirahat Tidur

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan An.A tidur nyenyak, tidur siang pukul 11.00- 13.00 dan tidur malam pukul 19.30-05.30 WIB.	
	Ibu anak mengatakan An.A tidur siang ± 2 jam dan tidur malam 8 sampai 9 jam.	
Selama sakit	Ibu anak mengatakan selama sakit An.A bisa tidur siang dan malam, tidak ada keluhan saat tidur	
	Ibu anak mengatakan An.A	

6) Pola kognitif perseptual

Tabel 4.10 Pola Kognitif Perseptual

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan bahwa panca indra An.A normal mulai dari penglihatan pendengaran maupun yang lainnya.	
	Ibu anak mengatakan tidak ada keluhan pada kelima indra.	
Selama sakit	Ibu anak mengatakan An.A demamnya naik turun.	Ibu anak mengatakan tidak

7) Pola persepsi konsep diri

Tabel 4.11 Pola persepsi konsep diri

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan An.A merupakan anak yang ceria aktif.	Ibu anak mengatakan An.A merupakan anak yang ceria.
Selama sakit	Ibu anak mengatakan An.A rewel.	Ibu anak mengatakan An.A rewel.

8) Pola hubungan peran

Tabel 4.12 Pola Hubungan Peran

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan hubungan dengan keluarga dan orang lain baik dan tidak ada masalah.	
	Ibu anak mengatakan hubungan dengan orang lain baik.	
Selama sakit	Ibu anak mengatakan hubungan masih tetap baik terbukti harganya anggota keluarga	

9) Pola seksual reproduksi

Tabel 4.13 Pola Seksual Reproduksi

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Anak berjenis kelamin laki-laki, anak pertama dari 2 bersaudara.	Anak berjenis kelamin perempuan, anak kedua dari 2 bersaudara.
Selama sakit	Anak berjenis kelamin laki-laki, anak pertama dari 2 bersaudara.	Anak berjenis kelamin perempuan, anak kedua dari 2 bersaudara.

10) Pola mekanisme koping

Tabel 4.14 Pola Mekanisme Koping

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan jika ada masalah tertentu selalu dirundingkan bersama keluarga.	Ibu anak mengatakan jika ada masalah tertentu selalu dirundingkan bersama keluarga.
Selama sakit	Ibu anak mengatakan jika ada tindakan atau keputusan selalu bermusyawarah dengan keluarga.	Ibu anak mengatakan jika ada tindakan atau keputusan

11) Pola nilai dan keyakinan

Tabel 4.15 Pola Nilai dan Keyakinan

Keterangan	Anak 1	Anak 2
Sebelum sakit	Ibu anak mengatakan bahwa semua anggota keluarga selalu rutin beribadah setiap hari.	Ibu anak mengatakan bahwa semua anggota keluarga selalu rutin beribadah setiap hari.
Selama sakit	Ibu anak mengatakan walaupun kondisi anaknya seperti ini tetan	

Balance Cairan anak 2

Tabel 4.16 Balance Cairan

Tanggal : 30 mei 2017

INPUT	OUTPUT	ANALISA
Makan : 200	Urine : 500	Input : 1524
Minum : 600	Feses : 80	Output : 1499 -
Infuse : 720	Muntah : 120	
Obat : 4	Iwl : 799	
Total : 1524	Total : 1499	Total : +25

Tanggal : 31 mei 2017

INPUT	OUTPUT	ANALISA
Makan : 200	Urine : 550	Input : 1574
Minum : 650	Feses : 100	Output : 1449 -
Infuse : 720		
Obat : 4	Iwl : 799	
Total : 1574	Total : 1449	Total : +75

Tanggal : 1 juni 2017

INPUT	OUTPUT	OUTPUT
Makan : 250	Urine : 600	Urine : 600
Minum : 650	Feses : 100	Feses : 100
Infuse : 720	Iwl : 799	Iwl : 799
Obat : 4		
Total : 1624	Total : 1499	Total : 1499

IWL	(30-usia) x BB
$= (30-2.9) \times 14$	
$\quad \quad \quad 24$	
$= 27.1 \times 14$	
$\quad \quad \quad 24$	
$= 379.4 = 15.8 \text{ cc/jam} \times 24 \text{ jam}$	
$\quad \quad \quad 24$	
379 cc/24 jam	
Suhu	$379 + 200 (38.9 - 36.8)$
$= 379 + 200 (2.1)$	
=799	

6. Pemeriksaan fisik

Tabel 4.17 Pola Pemeriksaan Fisik

PEMERIKSAAN FISIK	Anak 1	Anak 2
1. Keadaan umum		
2. Berat badan		
3. Pengukuran pertumbuhan		
a. Berat badan		
b. Lingkar dada		
c. Lingkar lengan		
d. Lingkar kepala		
4. Kepala		
5. Mata		
a. Warna sclera		
b. Warna kornea		
c. Posisi		
d. Gerakan mata		
e. Keadaan kelopak mata		
f. Warna konjungtiva		
g. Reaksi pupil		
6. Hidung		
7. Mulut		
8. Telinga		
9. Leher		
10. Tengkul		
11. Dada		
a. Paru-paru		
inspeksi		
palpasi		
perkusi		
auskultasi		
b. Jantung		
inspeksi		
palpasi		
composmentis		
BB : 10 kg		

perkusi	
auskultasi	
12. Abdomen	
inspeksi	
auskultasi	
perkusi	
palpasi	
13. Punggung	
14. Genetalia	
15. Anus	
16. Ekstermitas	
1. Atas	
a. kekuatan otot	
b. perubahan bentuk tulang	
c. ROM	
d. Capillary refile	
e. Perabaan akril	
2. Bawah	
a. kekuatan otot	
b. perubahan bentuk tulang	
c. ROM	
d. Capillary refile	
e. Perabaan akril	
17. Kulit	
18. Pemeriksaan tanda-tanda vital	
Nadi	
Suhu	
Respirasi	
19. Rambut	
20. Kuku	pekak
bunyi jantung I dan II sama tidak ada suara tambahan	
simetris, tidak ada jejas bising usus 12 kali nermenit	

21. Pemeriksaan tingkat perkembangan	
a. Adaptasi sosial	
b. Bahasa	
c. Motorik kasar	
d. Motorik halus	
e. Kesimpulan pemeriksaan perkembangan	
7. Pemeriksaan penunjang	An.A mampu berinteraksi

Tabel 4.18 Pemeriksaan Penunjang

Laboratorium			
Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilain rujukan
Anak 1 (23 Mei 2017)			
HEMATOLOGI RUTIN			
Hemoglobin	12.3	g/Dl	14.00 - 18.00
Hematocrit	38.8	%	32.00 - 44.00
Leukosit	21.33	Ribu/UI	5.0 - 10.0
Trombosit	285	Ribu/UI	150 - 300
Eritrosit	4.88	Juta/UI	4.50 - 5.50
MPV	7.6	fL	6.5 - 12.00
PDW	15.8		9.0 - 17.0
INDEX			
MCV	79.6	fL	82.0 - 92.0
MCH	25.2	Pg	27.0 - 31.0
MCHC	31.7	g/dL	32.0 - 37.0
HITUNG JENIS			
Gran %	47.5	%	50.0 - 70.0
Limfosit %	40.9	%	25.0 - 40.0
Monosit %	6.8	%	3.0 - 9.0
Eosinofil %	4.2	%	0.5 - 5.0
Basofil %	0.6	%	0.0 - 1.0
Anak 2 (30 Mei 2017)			
HEMATOLOGI			
Jumlah Sel Darah			
Leukosit	19.20	Ribu/UI	3.8 - 10.8
Eritrosit	4.53	Juta/UI	3.6 - 6.8
Hemoglobin	11.1	g/dL	12.0 - 16.0
Hematokrit	35.5	%	36 - 47
Trombosit	308	Ribu/UI	150 - 440
MPV	6.8	fL	
PCT	0.2	%	

INDEX			
MCV	78.0	fL	80 – 100
MCH	24.5	Pg	26 – 34
MCHC	31.2	%	32 – 36
Differential			
Batang		%	3 – 5
Basophil		%	0 – 1
Monosit	4.9	%	2 – 8
Eosinophil		%	1 – 6
Limfosit	19.1	%	30 – 45
Gran %	76	%	
Jumlah Total Sel		%	
Total Monosit	0.90	Ribu/UI	
Total Limfosit	3.60	Ribu/UI	
Gran #	15	Ribu/III	

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.19 Analisa Data

DATA	Problem	Etiologi
Anak 1		
Ds :		
Ibu anak mengatakan demam anaknya naik turun Ibu anak mengatakan An.A mempunyai riwayat kejang 1 kali ±5 menit		
Do :		
Anak tampak rewel Kulit terasa hangat Anak tampak lemas TTV : Suhu : 38,7°C Nadi : 122 x/menit		
RR : 24 x/menit	Hipertermia (00007)	Proses penyakit
Ds :		
Ibu anak mengatakan An.A susah makan, nafsu makan menurun, porsi makan tidak habis ± 2 sampai 3 sendok		
Do :		
Anak tampak lemas Porsi makan tidak habis, hanya ± 2 sampai 3 sendok Pengkajian ABCD A : BB : 10 kg		
Z score usia 0-60 bulan	Ketidakseimbangan	
nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh		
(00002)	Kurang asupan	

Rumus :

$$\begin{aligned} & \text{BB} - \text{median} \\ & \text{Median} - (-1\text{SD}) \\ & = 10 - 13.1 \\ & \quad 13.1 - 11.7 \\ & = -2.1/1.4 \\ & = -2.21 \end{aligned}$$

Jadi menurut kategorinya
-2.21 (gizi kurang)

B : Hemoglobin : 12.3 g/dL
Hematokrit : 38.8 %
Leukosit : 21.33 ribu/UI
Eritrosit : 4.88 juta/UI

C : kulit terasa hangat, lemas,
kesadaran composmentis

D : bubur habis ± 2 sampai 3 sendok,

teh

Ds :

Ibu anak mengatakan tidak mengetahui
mengenai penyakit kejang demam

Do :

Ibu anak nampak tidak mengetahui saat
ditanya mengenai kejang demam

Ibu nampak bingung	Defisiensi pengetahuan (00126)	Kurang informasi
Anak 2		

Ds :

Ibu anak mengatakan anaknya demam

Do :

Anak tampak lemas
Kulit terasa hangat
Anak tampak rewel
TTV :
Suhu : 38,9°C
Nadi : 116 x/menit

Respirasi : 24 x/menit	Hipertermia (00007)	Proses penyakit
------------------------	------------------------	-----------------

Ds : ibu anak mengatakan tidak
mengetahui mengenai penyakit kejang
demam

Do :

Ibu anak nampak bingung
Ibu anak nampak tidak mengetahui saat
ditanya mengenai kejang demam

	Defisiensi pengetahuan (00126)	Kurang informasi
--	-----------------------------------	------------------

Ds : Ibu anak mengatakan anak muntah
3 kali

Do :
Anak tampak lemas
Mukosa bibir kering,
Turgor kulit elastis
Balance : +25
TTV :
Suhu : 38,9°C
Nadi : 116 x/menit

4.1.4

Diagnosis Keperawatan volume cairan	Risiko kekurangan
---	-------------------

Tabel 4.20 Diagnosis Keperawatan

DATA	Problem	Etiologi
Anak 1		
Ds : Ibu anak mengatakan An.A susah makan, nafsu makan menurun, porsi makan tidak habis ± 2 sampai 3 sendok		
Do : anak tampak lemas Porsi makan tidak habis, hanya ± 2 sampai 3 sendok Pengkajian ABCD A : BB : 10 kg Z score usia 0-60 bulan Rumus : BB – median Median – (-1SD) = 10 – 13.1 13.1 – 11.7 = -2.1/1.4 = -2.21 Jadi menurut kategorinya -2.21 (gizi kurang) B : Hemoglobin : 12.3 g/dL Hematokrit : 38.8 % Leukosit : 21.33 ribu/UI Eritrosit : 4.88 juta/UI C : akral hangat, lemas, kesadaran composmentis		
D : bubur habis ± 2 sampai 3 sendok, teh	Ketidakseimbangan	
nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)	Kurang asupan makanan	
Ds : Ibu anak mengatakan demam anaknya naik turun		

Do :		
Anak tampak rewel		
Kulit terasa hangat		
Anak tampak lemas		
TTV :		
Suhu : 38,7°C		
Nadi : 122 x/menit		
RR : 24 x/menit		
Ds :		
Ibu anak mengatakan tidak mengetahui mengenai penyakit kejang demam		
Do :		
Ibu anak nampak tidak mengetahui saat ditanya mengenai kejang demam		
Ibu nampak bingung	Defisiensi pengetahuan (00126)	Kurang informasi
Anak 2		
Ds :		
Ibu anak mengatakan anaknya demam		
Do :		
anak tampak lemas		
kulit terasa hangat		
Anak tampak rewel		
TTV :		
Suhu : 38,9°C		
Nadi : 116 x/menit		
Respirasi : 24 x/menit	Hipertermia (00007)	Proses penyakit
Ds : ibu anak mengatakan tidak mengetahui mengenai penyakit kejang demam		
Do :		
Ibu anak nampak bingung		
Ibu anak nampak tidak mengetahui saat ditanya mengenai kejang demam		
	Defisiensi pengetahuan (00126)	Kurang informasi
Ds : Ibu anak mengatakan anak muntah 3 kali		
Do :		
Anak tampak lemas		
Mukosa bibir kering,		
Turgor kulit elastis		
Balance : +25		
TTV :		
Suhu : 38,9°C		
Nadi : 116 x/menit		
Respirasi : 22 x/menit	Risiko kekurangan	

4.1.5 Rencana Keperawatan

Tabel 4.21 Rencana keperawatan

Dx Keperawatan	KRITERIA HASIL	INTERVENSI
Anak 1		
Diagnosis 1	Setelah dilakukan tindakan	
keperawatan 3 x 24 jam kebutuhan nutrisi dapat terpenuhi dengan kriteria hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi mual muntah 2. Dapat memenuhi intake yang adekuat 3. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 		
4. Mukosa bibir lembab		1. Kaji adanya alergi makanan
<ol style="list-style-type: none"> 2. Observasi pemberian makanan 3. Anjurkan makan sedikit tapi sering 4. Kolaborasi dengan ahli gizi terkait dengan kebutuhan nutrisi anak 		
Diagnosis 2	Setelah dilakukan tindakan	
keperawatan 3 x 24 jam masalah hipertermia dapat teratasi dengan kriteria hasil :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada perubahan warna kulit 2. Kulit tidak teraba hangat 3. Suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C) 4. Tidak terjadi kejang 5. Nadi dalam batas normal (60-130 x/menit) 		
		1. Monitor suhu dan tanda- tanda vital
<ol style="list-style-type: none"> 2. Beri kompres hangat 3. Anjurkan banyak minum 		

Diagnosis 3	Setelah dilakukan tindakan
-------------	----------------------------

keperawatan selama 3 x 24 jam
diharapkan defisiensi
pengetahuan dapat teratasi
dengan kriteria hasil

1. Keluarga dapat mengetahui tentang penyakit
2. Keluarga tidak bingung
3. keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan

perawat	1. Observasi tingkat
---------	----------------------

pengetahuan

2. Berikan informasi tentang penyakit
3. Jelaskan pada ibu tujuan pengobatan
4. Sediakan informasi kepada

keluarga tentang penyakit

Anak 2

Diagnosis 1	Setelah dilakukan tindakan
-------------	----------------------------

keperawatan 3 x 24 jam
masalah hipertermia dapat
teratasi dengan kriteria hasil :

1. Tidak ada perubahan warna kulit
2. Kulit tidak teraba hangat
3. Suhu dalam batas normal (36,5-37,5°C)
4. Tidak terjadi kejang
5. Nadi dalam batas normal (60-130

x/menit	1. Monitor suhu dan tanda-
---------	----------------------------

tanda vital

2. Beri kompres hangat
3. Anjurkan banyak minum
4. Kolaborasi pemberian terapi

obat

Diagnosis 2	Setelah dilakukan tindakan
-------------	----------------------------

keperawatan selama 3 x 24 jam
diharapkan defisiensi
pengetahuan dapat teratasi
dengan kriteria hasil

1. Keluarga dapat mengetahui tentang penyakit
2. Keluarga tidak bingung
3. keluarga mampu menjelaskan kembali

Diagnosis 3	Setelah dilakukan tindakan	

keperawatan 3 x 24 jam
diharapkan kekurangan volume
cairan dapat teratasi
dengankriteria hasil :

1. Tidak ada tanda-tanda dehidrasi, elastis turgor kulit baik, membrane mukosa lembab
2. Tanda-tanda vital normal
Suhu (36,5-37,5°C)
Nadi (60-130 x/menit)
Respirasi rate (21-30 x/menit)
3. Intake-output

seimbang (kelembaban membran mukosa, nadi adekuat)	1. Monitor status hidrasi
---	---------------------------

4.1.6 Implementasi

Tabel 4.22 Implementasi

Diagnosis			
Keperawat			
an	23 Mei 2017	24 Mei 2017	25 Mei 2017
Anak 1	Implementasi	Implementasi	Implementasi
Hipertermia			
b.d proses			
penyakit	09.30		
	09.40		
	09.55		
	10.00	Memonitor	
tanda-tanda vital			
Memberikan kompres hangat			
Memonitor suhu tubuh			
Memberikan obat paracetamol 125 mg/5 ml			
Injeksi cefotaxime			
400 mg	09.15		
	09.30		
	09.45		
	10.00		
		Memonitor tanda-	

Anak 2	30 Mei 2017	31 Mei 2017		1 Juni 2017
Hipertermia				
b.d proses				
penyakit	09.10			
09.20				
09.40				
10.00	Memonitor			
tanda-tanda vital				
Memberikan kompres hangat				
Memonitor suhu				
Memberikan obat injeksi sanpisillin 300 mg/8 jam				
Dexametaso n 2 mg/12 jam				
Oral paracetamol 250 mg/1tab	09.00			
09.10				
09.30				
09.35				
10.00	Memonitor tanda-tanda vital			
Memberikan				

4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.23 Evaluasi

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Anak 1 Dx 1	S : Ibu anak mengatakan		
<p>anaknya makan tidak habis ± 2 sampai 3 sendok dan nafsu makan menurun O: A : BB : 10 kg Z score usia 0-60 bulan Rumus : $BB - median$ $Median - (-1SD)$ $= 10 - 13.1$ $13.1 - 11.7$ $= -2.1/1.4$ $= -2.21$ Jadi menurut kategorinya -2.21 (gizi kurang)</p>			
<p>B: Hemoglobin : 12.3g/dL Hematokrit : 38.8 % Leukosit: 21.33ribu/UI Eritrosit : 4.88 juta/UI</p>			
<p>C: kulit terasa hangat, lemas, rewel, kesadaran composmentis</p>			
<p>D : bubur habis ± 2 sampai 3 sendok, teh</p>			
<p>A: masalah belum teratasi</p>			
<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi pemberian makan 2. Anjurkan untuk memberikan makan sedikit tapi sering 3. Kolaborasi 			
dengan ahli gizi		S: Ibu kien mengatakan	
<p>anak nafsu makan sudah meningkat $\frac{1}{2}$ porsi habis O: A : BB : 10 kg Z score usia 0-60 bulan Rumus : $BB - median$</p>			

Dx 2	S: Ibu anak mengatakan
------	------------------------

anaknya masih demam tapi sudah tidak kejang

O:

anak tampak rewel, gelisah, kulit terasa hangat, Suhu : 38,1°C
Nadi : 122 x/menit
Respirasi : 24 x/menit

A: masalah belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Beri kompres hangat
3. Anjurkan banyak minum
4. Kolaborasi

pemberian obat	S: Ibu anak mengatakan
----------------	------------------------

demam anaknya turun

O:

anak tampak tenang, kulit terasa hangat
Suhu : 37,3°C
Nadi : 100 x/menit
Respirasi : 22 x/menit

A: masalah teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Anjurkan banyak minum
3. Kolaborasi

pemberian obat	S: Ibu anak mengatakan
----------------	------------------------

An.A sudah tidak demam

O:

anak tampak tenang
Suhu : 36,7°C
Nadi : 92 x/menit
Respirasi : 22 x/menit

A: masalah teratasi

P: Pertahankan intervensi

1. Anjurkan

banyak minum	S: Ibu anak mengatakan
--------------	------------------------

Dx 3	S: Ibu anak mengatakan
------	------------------------

tidak mengetahui mengenai penyakit kejang demam

Anak 2 Dx 1	S: Ibu anak mengatakan
-----------------------	------------------------

anaknya demam dan sudah tidak kejang
 O: anak rewel
 Kulit terasa hangat
 Mukosa bibir kering
 TTV :
 Suhu : 38,6°C
 Nadi : 116 x/menit
 Respirasi : 24 x/menit

--

A: masalah belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Beri kompres hangat
3. Anjurkan banyak minum
4. Kolaborasi

pemberian obat	S: ibu anak mengatakan
----------------	------------------------

anaknya masih demam
 O:
 anak rewel
 kulit terasa hangat
 TTV :
 Suhu : 37,7°C
 Nadi : 110 x/menit
 Respirasi : 24 x/menit

--

A: masalah teratasi sebagian

P: lanjutkan intervensi

1. Monitor tanda-tanda vital
2. Anjurkan banyak minum
3. Kolaborasi

pemberian obat	S: ibu anak mengatakan
----------------	------------------------

demam anaknya turun

--

O: anak tampak tenang
 TTV :
 Suhu : 36,8°C
 Nadi : 96 x/menit
 Respirasi : 22 x/menit

--

A: masalah teratasi

P : Pertahankan intervensi

1. Anjurkan

banyak minum	
--------------	--

Dx 3	S: ibu anak mengatakan
------	------------------------

anak muntah 3 kali

--

O:

Anak tampak lemas

Mukosa bibir kering

TTV :

Suhu : 38,6°C

Nadi : 116 x/menit

Respirasi : 24 x/menit

Intake : 1524

Output : 1499

Balance : +25

--

A: masalah belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

1. Monitor intake dan output cairan
2. Anjurkan untuk banyak minum
3. Monitor status

hidrasi	S: ibu anak mengatakan
---------	------------------------

anak sudah tidak muntah

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan anak dengan kejang demam di Ruang Melati RSUD Karanganyar. Pembahasan pada bab ini terutama membahas adanya kesesuaian maupun kesenjangan antara teori dengan kasus. Asuhan keperawatan memfokuskan pada pemenuhan kebutuhan dasar manusia melalui tahap, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan pada seluruh tingkat analisis (individu, keluarga, komunitas) terdiri atas data subjektif dari seseorang atau kelompok dan data objektif dari pemeriksaan diagnostik dan sumber lain. Pengkajian individu terdiri atas riwayat kesehatan (data subjektif) dan pemeriksaan fisik (data objektif) (Weber & Kelley, 2009).

Pada pengkajian umum didapatkan perbedaan suhu antara anak 1 dan anak 2 yaitu suhu pada anak 1 38,7°C dan suhu anak 2 38,9°C. Dilihat dari data yang didapatkan dari kedua anak hal ini bisa dikatakan anak mengalami peningkatan suhu. Seperti yang dijelaskan pada penelitian oleh (Ngastiyah, 2014) kejang demam menyebutkan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium. Pada buku (Sodikin, 2012) hipertermi menyebutkan suatu keadaan dimana suhu tubuh

melebihi batas normal (36.5° - 37.5° C), yang biasanya diakibatkan oleh kondisi suhu tubuh atau eksternal yang menciptakan lebih banyak panas daripada yang dapat dikeluarkan oleh tubuh.

Data yang didapatkan dari riwayat dahulu anak 1 pernah mengalami kejang demam pada usia 12 bulan, sedangkan anak 2 belum pernah mengalami kejang sebelumnya. Dilihat dari data diatas sebelum kejang demam anak 1 mengalami kenaikan suhu. Dari penelitian (Gunawan, Indra Prasetya & Darto Saharsa, 2012) menyebutkan faktor terjadinya kejang demam berulang antara lain kejang pertama terjadi sebelum usia 18 bulan, suhu tubuh tinggi, waktu pendek antara demam dan kejang, serta adanya riwayat kejang demam dalam keluarga.

5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan atau kerentanan respon dari seorang individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Heardman, T Heather & Shigemi Kamitsuru, 2015-2017).

Berdasarkan kasus yang dialami anak 1 dan anak 2 dapat ditemukan masalah yaitu hipertermia. Sesuai dengan teori menurut (Heardman, T Heather & Shigemi Kamitsuru, 2015-2017) bahwa batasan karakteristik diagnosa hipertermia yaitu apnea, bayi tidak dapat mempertahankan menyusui, gelisah, hipotensi, kejang, koma, kulit kemerahan, kulit terasa hangat, letargi, postur abnormal, stupor, takikardi, takipnea, dan vasodilatasi. Adapun batasan karakteristik yang ditemukan yaitu kulit terasa hangat, gelisah, takikardi.

Penulis menetapkan diagnosa keperawatan hipertermia berhubungan dengan proses penyakit, etiologi ini sesuai dengan teori menurut (Heardman, T Heather & Shigemi Kamitsuru, 2015-2017).

5.3 Intervensi

Intervensi keperawatan (perencanaan keperawatan) merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan perawat untuk meningkatkan outcome pasien atau anak. Intervensi keperawatan mencakup baik perawatan langsung dan tidak langsung yang ditujukan pada individu, keluarga dan masyarakat, serta orang-orang dirujuk oleh perawat, dirujuk oleh dokter maupun pemberi pelayanan kesehatan lainnya (Bulechek, et al 2015).

Berdasarkan kasus yang dialami anak 1 dan anak 2 dengan masalah keperawatan hipertermia menurut (Bulechek, et al 2015) intervensi yang pertama yaitu observasi tanda-tanda vital dengan tujuan untuk mengetahui kondisi anak. Intervensi yang kedua berikan kompres hangat untuk menurunkan suhu tubuh (Ayu, 2015). Intervensi yang ketiga yaitu anjurkan banyak minum bertujuan agar tidak kehilangan cairan. Intervensi keempat yaitu kolaborasi pemberian terapi obat sesuai indikasi

5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada klien. Pencatatan mencakup tindakan keperawatan yang diberikan baik secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada anak (Hutahean, 2010).

Penulis melakukan 4 tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang sudah ditetapkan. Implementasi yang pertama yaitu mengobservasi tanda-tanda vital yang didapatkan hasil nadi, respirasi rate pada kedua anak dalam rentan normal pada hari pertama sampai hari ketiga, hanya terdapat perbedaan pada suhu tubuh tinggi pada hari pertama dan kedua sedangkan pada hari ketiga suhu tubuh anak 1 dan anak 2 dalam rentan normal. Sesuai teori dari (Sodikin, 2012) hipertermi menyebutkan suatu keadaan dimana suhu tubuh melebihi batas normal (36.5° - 37.5° C),

Implementasi yang kedua yaitu memberikan kompres hangat dengan tujuan untuk menurunkan suhu tubuh (Ayu, 2015). Kompres hangat diberikan pada anak 1 selama dua hari, pada hari kedua diberikan kompres hangat, suhu tubuh pasien sudah turun sehingga pada hari ketiga tidak diberikan kompres hangat. Pada anak 2 diberikan kompres hangat selama dua hari, tetapi pada hari kedua anak diberikan kompres hangat masih panas karena anak rewel.

Implementasi yang ketiga menganjurkan banyak minum dengan tujuan agar tidak kehilangan cairan. Didapatkan hasil hari pertama sampai hari ketiga, kedua anak kooperatif untuk minum yang banyak.

Implementasi keempat mengkolaborasikan pemberian terapi obat. Terdapat persamaan obat penurun demam, kedua anak diberikan obat paracetamol. Anak 1 diberikan obat paracetamol sirup 125 mg/5ml selama dua hari. Anak 2 diberikan obat paracetamol tablet 250 mg/1 tab selama dua hari.

5.5 Evaluasi

Keefektifan tindakan keperawatan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi terus dievaluasi sebagai penilaian status klien. Evaluasi harus terjadi di setiap langkah proses keperawatan (Herdman, T Heather & Shigemi Kamitsuru, 2015).

Penulis dalam melakukan evaluasi sudah sesuai teori yang ada yaitu sesuai SOAP (*Subyektif, Obyektif, Analisis, Planning*) terdiri dari subyektif yaitu pernyataan klien atau keluarga, obyektif yaitu hasil dari pemeriksaan dan observasi, *analisis* yaitu kesimpulan dari tindakan, *planning* yaitu rencana tindakan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan selama 3 hari sudah dilakukan sesuai dengan pengeolaan asuhan keperawatan serta kolaborasi dengan tim kesehatan. Hasil evaluasi yang sudah didapatkan pada diagnosa hipertermia didapatkan hasil bahwa kedua anak pada hari pertama mengalami kenaikan suhu. Kemudian setelah dilakukan tindakan selam 3 x 24 jam kedua anak sudah tidak

mengalami kenaikan suhu. Hal ini dibuktikan pada hasil evaluasi yang didapatkan anak 1 suhu 36,7°C dan anak 2 suhu 36,8°C, kedua anak tampak lebih segar, tampak tenang. Analisa dari masalah keperawatan yaitu masalah teratasi sehingga intervensi dipertahankan dengan anjurkan banyak minum.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Dari uraian bab pembahasan, penulis dapat menarik kesimpulan yaitu :

1. Pengkajian
Hasil pengkajian yang telah penulis lakukan pada tanggal 23 Mei 2017 keluhan utama yang dirasakan anak 1 yaitu demam dengan suhu 38,7°C, gelisah, kulit terasa hangat dan pada tanggal 30 Mei 2017 keluhan utama pada anak 2 yaitu demam dengan suhu 38,9°C, kulit terasa hangat.
2. Diagnosa keperawatan atau masalah keperawatan utama yang dirasakan anak 1 dan anak 2 yaitu hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.
3. Rencana keperawatan yang dilakukan penulis pada kedua anak tidak ada perbedaan.
4. Implementasi keperawatan yang dilakukan penulis pada anak 1 tanggal 23 Mei 2017- 25 Mei 2017 dan anak 2 pada tanggal 30 Mei 2017-1 Juni 2017 berdasarkan rencana yang sudah dibuat yaitu mengobservasi tanda-tanda vital, memberikan kompres hangat, menganjurkan banyak minum, dan mengkolaborasi pemberian terapi obat.
5. Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi dengan metode SOAP didapatkan catatan perkembangan pada kedua anak efektif dan pada anak 1 lebih kooperatif dibandingkan anak 2.

6.2 Saran

Dengan memperhatikan kesimpulan diatas penulis dapat memberikan saran sebagai berikut :

6.2.1 Bagi institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerja sama baik antara tim kesehatan maupun anak sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal dan diharapkan rumah sakit mampu menyediakan fasilitas serta sarana dan prasarana yang dapat mendukung kesembuhan anak.

6.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat meningkatkan mutu pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat profesional, terampil, inovatif, dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara menyeluruh berdasarkan kode etik keperawatan.

6.2.3 Bagi Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat

Diharapkan penulis dapat menambah atau memanfaatkan pengetahuan, ketrampilan, dan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan pelayanan secara profesional dan komprehensif.

6.2.4 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis dapat memanfaatkan waktu lebih efektif sehingga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dapat dilakukan secara optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriyani, Annisa. 2010. Penatalaksanaan Kompres Hangat Dalam Penurunan Suhu Tubuh Pasien Hipertermia.
- Ayu, Inda Eny, Winda Irwanti & Mulyanti. 2015. *Kompres Air Hangat pada Daerah Aksila dan Dahi Terhadap Penurunan Suhu Tubuh pada Pasien Demam di PKU Muhammadiyah Kutoarjo*. Vol. 3 No. 1 ISSN: 2354-7642
- Arief, Rifqi Fadly. 2015. *Penatalaksanaan Kejang Demam*. Vol. 42 No. 9
- Bulecheck, et al. 2015. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi 6. 2016. Singapore : Elsevier
- Dharma, Kelana Kusuma . 2013. *Metode Penelitian Keperawatan*. Jakarta : CV. Trans Info Media
- Ernawati, Rini & Herlina Agustin. 2015. *Perbandingan Pemberian Kompres Plester Dengan Pemberian Kompres Hangat Tapid Sponge Terhadap Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Toddler (1-3 tahun) Yang Mengalami Demam Di Ruang Flamboyan C RSUD Kanudjoso Djatiwibowo Kota Balikpapan*.
- Gunawan, Prastiya Indra & Darto Saharso. 2012. *Faktor Risiko Kejang Demam Berulang Pada Anak*. Vol. 46 No. 2
- Herdman T Heather & Shigemi Kamitsuru. 2015. *Nanda International Inc : Diagnosa Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*. Jakarta : EGC
- Hutahean, Serri. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : TIM
- Lita, Merda Orna & Satria Nandar Baharza. 2016. *Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Kejang Demam Pada Balita Di Puskesmas Madukoro*. Jurnal Kesehatan. Vol. 13 No.1. ISSN: 0216-9630
- Marwan, Roly. 2017. *Faktor Yang Berhubungan Dengan Penanganan Pertama Kejadian Kejang Demam Pada Anak Usia 6 Bulan - 5 Tahun*. *Caring Nursing Journal*. Vol. 1 No. 1
- Ngastiyah. 2014. *Perawatan Anak Sakit. Edisi 2*. Jakarta : EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rineka Cipta

- Riyadi, Sujono & Sukarmin. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*. Edisi 1. Yogyakarta : Graha Ilmu
- Sodikin. 2012. *Prinsip Perawatan Demam Pada Anak*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Sugiyono. 2012. *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung : Alfabeta
- Sujarwani, Wiratna. 2014 . *Metode Penelitian* . Yogyakarta : Pustaka Baru Press
- Sukmadinata. 2010. *Metodologi Penelitian* . Bandung : Remaja Rosdakarya
- Udin, Muhamad Arif Amir, dkk. 2014. *Pengaruh Penyuluhan Tentang Kejang Demam Anak Terhadap Pengetahuan Orang Tua*. Jurnal Media Medika Muda
- Widodo, Dwi Putro. 2011. *Kumpulan Tips Pediatri*. Edisi 2. Jakarta : Badan Penerbit IDAI
- Wulandari, Dewi & Meira Erawati. 2016. *Buku Ajar Keperawatan Anak*. Edisi 1. Yogyakarta : Pustaka Pelajar