

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA AN.A DENGAN KEJANG DEMAM
KOMPLEKS DISERTAI ELEKTROLIT IMBALANCE DAN AN.M
DENGAN KEJANG DEMAM KOMPLEKS DISERTAI D.D EPILEPSI DI
RUANG MELON RSUD CENGKARENG, JAKARTA BARAT
TAHUN 2022**



Lita Dwifia Nahrudin, S.Kep

221560311048

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022**

**LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN ANAK PADA AN. A
DENGAN KEJANG DEMAM KOMPLEKS DISERTAI ELEKTROLIT
IMBALANCE DAN AN.M DENGAN KEJANG DEMAM KOMPLEKS
DISERTAI D.D EPILEPSI DI RUANG MELON RSUD CENKARENG,
JAKARTA BARAT
KARYA ILMIAH AKHIR NERS
DIAJUKAN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MEMPEROLEH
GELAR NERS**



Disusun Oleh

Lita Dwifia Nahrudin, S.Kep

221560311048

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI 2022**

LEMBAR PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia Narudin, S.Kep

NPM : 211560311048

Program Studi : Profesi Ners

Dengan ini Menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir dengan Judul Asuhan Keperawatan Anak Pada An.A Dengan Kejang Demam Kompleks Disertai Elektrolit Imbalance Dan An.M Dengan Kejang Demam Kompleks Disertai D.D Epilepsi Di Ruang Melon Rsud Cengkareng Tahun 2022. Adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan jiplakan maupun mengcopy sebagian dari hasil karya orang lain.

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan dan menerima sanksi, sesuai dengan ketentuan yang telah dibuat oleh STIKes Medistra Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya di Bekasi pada tanggal 24 Januari 2023

Yang Menyatakan



Lita Dwifia Nahrudin, S.Kep

LEMBAR PERSETUJUAN

**Karya Ilmiah Akhir ini Telah Diperiksa Oleh Preceptor satu dan Preceptor
dua Dan Disetujui Untuk Melaksanakan Seminar Hasil**

Bekasi, 24 Januari 2023

Menyetujui,

Penguji I



Ernauli Melivana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0020057201

Penguji II



Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN. 0326067902

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan
(S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Lita Dwifia Nahrudin, S.Kep
NPM : 221560311048
Program Studi : Profesi Ners
Judul Karya Ilmiah Akhir : **ASUHAN KEPERAWATAN PADA An.A DENGAN KEJANG DEMAM KOMPLEKS DISERTAI ELEKTROLIT IMBALANCE DAN An.M DENGAN KEJANG DEMAM KOMPLEKS DISERTAI D.D EPILEPSI DI RUANG MELON RSUD CENGKARENG TAHUN 2022**

Telah diperiksa, dikaji dan diujikan dalam seminar hasil pada tanggal 24 Januari 2023

PENGUJI I


Ernauli Melivana, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0020057201

PENGUJI II



Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A
NIDN. 0326067902

Wakil Ketua I Bidang Akademik

Puri Kresnawati, SST.,M.KM
NIDN. 0309049001

Kepala Program Studi Pendidikan
Keperawatan (SI & Profesi Ners)



Kiki Deniati S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIDN. 0316028302

Ketua STIKes Medistra Indonesia

Dr. Lenny Irmawati Sirait, SST.,M.Kes
NIDN. 0319017902

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas berkah dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Tugas Akhir dengan judul “Laporan Asuhan Keperawatan Pada Pada An. A Dengan Kejang Demam Kompleks Disertai Elektrolit Imbalance Dan An.M Dengan Kejang Demam Kompleks Disertai D.D Epilepsi Di Ruang Melon Rsud Cengkareng Tahun 2022” sesuai dengan harapan. Penulisan Tugas Akhir yang merupakan salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar profesi keperawatan (Ners) pada Program Studi Profesi Ners STIKes Medistra Indonesia. Penulis menyadari bahwa Tugas Akhir ini masih jauh dari kata kesempurnaan, oleh sebab itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak. Selesaiannya Tugas Akhir ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis dengan segala kerendahan hati dan penuh rasa hormat mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan moril maupun materil secara langsung maupun tidak langsung kepada penulis dalam penyusunan Tugas Akhir ini hingga selesai, terutama kepada yang saya hormati:

1. Usman Ompusunggu, S.E., selaku Pembina Yayasan Medistra Indonesia
2. Saver Mangadar Ompusunggu SE selaku Ketua Yayasan Medistra Indonesia
3. Dr. Lenny Irmawaty Sirait, SST., M.Kes., selaku Ketua STIKes Medistra Indonesia
4. Puri Kresnawati, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik
5. Farida Banjarnahor, S.H., selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan
6. Hainun Nisa, SST., M.Kes., selaku Wakil Ketua III Bidang Kemahasiswaan dan Alumni
7. Kiki Deniati, S.Kep., Ners., M.Kep., selaku Kepala Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Medistra Indonesia
8. Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A. selaku Koordinator Profesi Ners
9. Ernauli Meliyana S.Kep.,Ns.M.Kep selaku Dosen Penguji
10. Nurti Y.K. Gea, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.A. selaku Dosen Pembimbing

11. Seluruh dosen dan Staff STIKes Medistra Indonesia yang tidak bisa disebutkan satu persatu
12. Danu Udi Prihatno, BSN selaku CI rumah sakit RSUD Cengkareng
13. Bapak / Ibu dosen dan Scaff STIKes Medistra Indonesia
14. Orang tua dan adik tercinta, yang telah memberikan dukungan baik moril maupun material terutama doa yang tiada henti-hentinya sehingga penulis dapat berjalan sejauh ini.
15. Sahabat seperjuangan yang telah memberikan do'a dan dukungan sehingga dapat menyelesaikan karya ilmiah ini.
16. Rekan-rekan seperjuangan kelas profesi Ners angkatan XI STIKes Medistra Indonesia yang telah banyak memberikan kenangan, pengalaman, dan dukungan yang luar biasa serta motivasi untuk menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners

Dalam hal ini penulis menyadari, bahwa penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini masih jauh dari kesempurnaan. Maka kepada para pembaca khususnya mahasiswa Program Studi Profesi Ners dan umumnya kepada seluruh mahasiswa STIKes Medistra Indonesia. Jika ada kesalahan dan kekeliruan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis mohon kesediannya untuk memberikan kritik dan saran yang konstruktif, serta motivasi-motivasi yang membangun.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan.....	4
1. Tujuan Umum.....	4
2. Tujuan Khusus.....	4
BAB II.....	7
TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Kejang Demam Kompleks	7
1. Pengertian.....	7
2. Epidemiologi	8
3. Etiologi	9
4. Manifestasi Klinis.....	9
5. Faktor Risiko	10
6. Klasifikasi.....	10
7. Patofisiologi.....	11
8. Pathway	13

9. Komplikasi	14
10. Pemeriksaan Penunjang	14
11. Penatalaksanaan	16
12. Prognosis.....	17
13. Diagnosa Keperawatan dan Fokus intervensi	18
B. Konsep Dasar Epilepsi	21
1. Pengertian	21
2. Etiologi	22
3. Klasifikasi.....	23
4. Pemeriksaan Penunjang	26
C. Elektrolit Imbalance	27
1. Pengertian	27
2. Etiologi	28
3. Klasifikasi.....	28
BAB III	32
ASUHAN KEPERAWATAN ANAK	32
A. KASUS 1	32
B. KASUS 2.....	73
BAB IV	106
PEMBAHASAN	106
A. Pengkajian	106
B. Diagnose Keperawatan.....	109
C. Intervensi Keperawatan.....	110
D. Implementasi Keperawatan	116
E. Evaluasi.....	119

BAB V.....	121
KESIMPULAN DAN SARAN.....	121
A. Kesimpulan.....	121
B. Saran.....	122
DAFTAR PUSTAKA	123

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan.....	18
Tabel 3. 1 Obat-obatan saat ini An.A.....	46
Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium An.A	47
Tabel 3. 3 Pemeriksaan Spesimen An.A.....	48
Tabel 3. 4 Pemeriksaan Laboratorium An.A	49
Tabel 3. 5 Skala Jatuh Humpty Dumpty An.A	49
Tabel 3. 6 Data Fokus An.A.....	51
Tabel 3. 7 Analisa Data An.A	52
Tabel 3. 8 Diagnosa Keperawatan An.A.....	53
Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan An.A.....	54
Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-1	58
Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-2.....	63
Tabel 3. 12 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-3.....	68
Tabel 3. 13 Obat-obatan An.M	87
Tabel 3. 14 Pemeriksaan laboratorium An.M	88
Tabel 3. 15 Pemeriksaan LaboratoriumAn.M.....	89
Tabel 3. 16 Data Fokus An.M.....	91
Tabel 3. 17 Analisa Data An.M	92
Tabel 3. 18 Diagnosa Keperawatan An.M.....	93
Tabel 3. 19 Intervensi KeperawatanAn.M	93
Tabel 3. 20 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-1	95
Tabel 3. 21 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-2	99
Tabel 3. 22 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-3	102

DAFTAR BAGAN

Bagan 2. 1 Pathway.....	13
Bagan 3. 1 Genogram An.A.....	35
Bagan 3. 2 Genogram An.M.....	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Bimbingan Karya Ilmiah Akhir Ners	126	Error!	Bookmark not defined.
Lampiran 2 Satuan Acara Penyuluhan Dan Leaflet.....	126		
Lampiran 3 Dokumentasi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners.....	141		
Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup.....	142		

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal lebih dari 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Pendapat para ahli kejang demam sering terjadi pada waktu anak berusia antara bulan sampai 5 tahun. Sekitar (2-5%) anak dibawah 5 tahun pernah mengalami bangkitan kejang demam. Bangkitan kejang demam banyak terjadi pada anak berusia antara usia 6 bulan sampai dengan 22 bulan. Insiden bangkitan kejang demam tertinggi terjadi pada usia 18 bulan (Maghfirah & Namira, 2022).

World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa hasil studi yang dilakukan pada 400 anak usia 1 bulan – 13 tahun dengan riwayat kejang, paling banyak anak menderita kejang demam 77%. Di Indonesia dilaporkan angka kejadian kejang demam 3-4% dari anak yang berusia 6 bulan–5 tahun (Pangesti, et al., 2020). Menurut Word Health Organizasion (WHO) revalensi kejang demam mempunyai lebih dari 21.65 juta penderita dan lebih dari 216 ribu diantaranya meninggal. Kejadian kejang demam diperkirakan mencapai 4 sampai 5% dari jumlah penduduk di Amerika Selatan, Eropa Barat, dan Amerika Serikat. Pada tahun yang sama di Asia angka kejadian lebih besar 8,3- 9,9%. Dari Survey Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI), kejang demam di Indonesia

masuk dalam negara dengan lima penyakit terpenting pada usia anak, sejumlah 17,4% kemudian meningkat sebanyak 22,2% dengan kejadian kejang demam (Kustriani & Dewi, 2021).

Amerika Serikat dan Eropa menunjukkan prevalensi kejang demam berkisar (2–5%). Sedangkan di Asia prevalensi kejang demam meningkat 2 kali lipat bila dibandingkan Eropa. dan di Amerika. Kejadian kejang demam di Jepang berkisar (8,3-9,9%). Hong Kong angka kejadian kejang demam sebesar (0,35%) dan di China mencapai (0,5–1,5%). Bahkan di Guam insiden kejang demam mencapai (14%) (Maghfirah & Namira, 2022).

Kejadian kejang demam diIndonesia disebutkan terjadi pada 2-5% anak berumur 6 bulan sampai dengan 3 tahun dan 30% diantaranya akan mengalami kejang demam berulang. Data yang penulis dapatkan dari medical record RSUD Sawahlunto, angka kejadian demam kejang pada tahun 2018 terdapat 67 kasus demam kejang, angka kejadian dari Januari-Juni 2019 terdapat 36 kasus dari seluruh total pasien anak dengan demam yang berjumlah 137 orang. Pada bulan Juli-September 2019 ditemukan 21 kasus dan pada bulan Oktober-Desember 2019 terdapat 30 kasus demam kejang, dari total 124 pasien anak yang mengalami demam (Vino et.all, 2020).

Faktor utama terjadinya kejang demam adalah demam. Demam diartikan sebagai suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang dapat

disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang. Peningkatan suhu tubuh dapat memengaruhi nilai ambang kejang dan eksitabilitas neural karena berpengaruh pada kanal ion, metabolisme seluler, serta produksi adenosine triphosphate (ATP) (Maghfirah & Namira, 2022)

Faktor pencetus dari kejang demam pada anak ialah demam tinggi. Saat terjadinya demam, peningkatan suhu sebesar 1oC berakibat meningkatnya metabolisme basal berkisar 10% hingga 15% dan peningkatan kebutuhan O₂ 20% (Kustriani & Dewi, 2021).

Penanganan pertama pada kejadian kejang demam pada anak sangat penting dilakukan. Kekhawatiran dan kecemasan yang berlebih dapat disebabkan karena edukasi atau pengetahuan orang tua yang masih kurang tentang kejadian kejang demam pada anak. Hal ini menunjukkan bahwa sangat diperlukan pendidikan tambahan tentang bagaimana sikap orang tua dalam penanganan kegawatdaruratan kejang demam pada anak. Kejang demam akan berpengaruh terhadap kecerdasan. Jika terlambat mengatasi kejang pada anak, ada kemungkinan penyakit epilepsi, atau bahkan keterbelakangan mental. Keterbelakangan mental di kemudian hari, merupakan kondisi yang menyedihkan ini bisa berlangsung seumur hidupnya (Zahroh *et al.*, 2019)

Peran perawat sebagai pelaksana adalah memberikan asuhan keperawatan untuk menjaga kesehatan anak serta mencegah terjadinya kejang demam berulang. Oleh sebab itu asuhan keperawatan anak dengan kejang demam kompleks atas indikasi elektrolit imbalance dan d.d epilepsi dilakukan dengan tujuan dengan keyakinan bahwa setiap orangtua mempunyai kemampuan untuk merawat anaknya sehingga membantu untuk memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraannya.

Berdasarkan penjelasan diatas maka penulis tertarik untuk mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Anak Pada An.A dengan Kejang Demam Kompleks atas indikasi elektrolit imbalance dan An.M dengan kejang demam kompleks atas indikasi d.d epilepsi di rawat di ruang rawat inap Melon RSUD Cengkareng Jakarta.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui dan mengaplikasikan Asuhan Keperawatan Anak pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks dalam penerapan langsung di ruang rawat inap Melon RSUD Cengkareng, Jakarta Barat

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkareng, Jakarta Barat.
- b. Menentukan diagnosa keperawatan pada pasien dengan Kejang

Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkaren , Jakarta Barat.

- c. Membuat rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkaren, Jakarta Barat.
- d. Mengaplikasikan implementasi non farmakologi pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkaren , Jakarta Barat.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkaren, Jakarta Barat.
- f. Mengetahui kesenjangan antara teori dan praktek pada pasien dengan Kejang Demam Kompleks di ruang rawat inap Melon, RSUD Cengkaren , Jakarta Barat.

C. Manfaat

1. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi acuan sebagai literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama pada mata kuliah Keperawatan Anak

2. Bagi Mahasiswa/Mahasiswi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan bagi pembaca tentang pemberian asuhan keperawatan pada klien dengan Kejang Demam Kompleks

3. Bagi Klien dan Keluarga

Hasil penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan klien dan keluarga mengenai suatu penyakit, khususnya Kejang Demam Kompleks, diharapkan klien dan keluarga dapat mencegah penyakit Kejang Demam Kompleks pada anak dan dapat melakukan tindakan yang tepat untuk mengatasi tanda gejala yang muncul.

.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kejang Demam Kompleks

1. Pengertian

Kejang demam merupakan kelainan neurologis akut yang sering ditemui pada usia anak, kasus kejang demam sering terjadi pada umur 6 bulan sampai 4 tahun (Kustriani & Dewi, 2021). Kejang demam yaitu kejang yang sering diderita oleh anak-anak dan berpeluang untuk terjadi kembali (Kustriani & Dewi, 2021). Kejang demam adalah bangkitan kejang yang timbul akibat kenaikan suhu tubuh suhu rektal diatas 38°C yang disebabkan oleh proses ekstrakranial (Ismet I, 2022).

Kejang demam merupakan bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu diatas 38 derajat celcius dengan metode pengukuran suhu apapun) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. Kejang demam terjadi pada 2-4% anak berumur 6 bulan-5 tahun. Anak yang pernah mengalami kejang tanpa demam kemudian kejang demam kembali tidak termasuk dalam kejang demam. Kejang disertai demam pada bayi berumur kurang dari 1 bulan tidak termasuk dalam kejang demam (Reno Latif, 2022). Kejang demam dapat menyebabkan banyak gangguan seperti gangguan tingkah laku, penurunan intelegensi dan peningkatan metabolisme tubuh. Berbagai gangguan ini jika terjadi terus menerus dan berlangsung dalam waktu yang lama dapat

mengakibatkan kekurangan glukosa, oksigen dan berkurangnya aliran darah ke otak. Akibatnya kerja sel akan terganggu dan dapat menyebabkan kerusakan neuron serta retardasi mental (Suartawan *et al.*, 2022)

Kejang demam menurut National Institutes of Health Consensus Conference (NIHCC) adalah kejadian kejang pada bayi dan anak, biasanya terjadi antara usia 6 bulan sampai 5 tahun, berhubungan dengan demam tanpa adanya bukti-bukti infeksi atau sebab yang jelas di intrakranial (Ismet I, 2022). Kejang demam kompleks adalah kejang fokal ataupun parsial, berlangsung lebih dari 15 menit, berulang dalam 24 jam, didapatkan abnormalitas status neurologi (Ismet I, 2022). Kejang demam kompleks durasinya lebih dari 15 menit, fokal atau kejang umum didahului kejang parsial, serta berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam (Maghfirah & Namira, 2022).

2. Epidemiologi

Lebih dari 90% penderita kejang demam terjadi pada anak berumur dibawah 5 tahun. Terbanyak bangkitan kejang demam terjadi pada anak berumur 6 bulan sampai 22 bulan. Insiden bangkitan kejang demam tertinggi pada umur 18 bulan. Di berbagai negara insiden dan prevalensi kejang demam berbeda. Insiden kejang demam berkisar 2- 5% di Amerika Serikat dan Eropa. Insiden kejang demam meningkat dua kali lipat di Asia bila dibandingkan di Eropa dan di Amerika. Insiden kejang demam di Jepang berkisar 8,3-99%. Bahkan di Guam insiden kejang demam mencapai 14%. Angka penyakit infeksi di Negara berkembang masih

tinggi, maka kemungkinan terjadinya bangkitan kejang perlu diwaspadai (Ismet I, 2022).

3. Etiologi

Penyebab kejang demam terbanyak adalah infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) yang mencapai (80%) dari seluruh anak yang mengalami kejang demam. Insiden kejang demam pada anak laki-laki lebih sering dibandingkan pada anak perempuan dengan rasio 1, 1:1 hingga 2:1 (Maghfirah & Namira, 2022).

Faktor utama terjadinya kejang demam adalah demam. Demam diartikan sebagai suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang dapat disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang. Peningkatan suhu tubuh dapat memengaruhi nilai ambang kejang dan eksitabilitas neural karena berpengaruh pada kanal ion, metabolisme seluler, serta produksi adenosine triphosphate (ATP) (Maghfirah & Namira, 2022).

4. Manifestasi Klinis

- a. Kejang demam mempunyai kejadian yang tinggi pada anak yaitu 3-4%
- b. Kejang biasanya singkat, berhenti sendiri, banyak dialami oleh anak laki-laki
- c. Kejang timbul dalam 24 jam setelah suhu badan naik diakibatkan

infeksi disusunan saraf pusat seperti otitis media dan bronkitis

d. Bangkitan kejang berbentuk tonik-klonik

e. Takikardi: pada bayi, frekuensi sering di atas 150-200 kali permenit

5. Faktor Risiko

Beberapa faktor yang berperan menyebabkan kejang demam antara lain adalah demam, demam setelah imunisasi DPT dan morbili, efek toksin dari mikroorganisme, respon alergi atau keadaan imun yang abnormal akibat infeksi, perubahan keseimbangan cairan dan elektrolit. Faktor risiko berulangnya kejang demam adalah riwayat kejang demam dalam keluarga, usia kurang dari 18 bulan, temperatur tubuh saat kejang. Makin rendah temperatur saat kejang makin sering berulang, lamanya demam.

Adapun faktor risiko terjadinya epilepsi di kemudian hari adalah adanya gangguan perkembangan neurologis, kejang demam kompleks, riwayat epilepsi dalam keluarga, dan lamanya demam (Ismet I, 2022).

6. Klasifikasi

Kejang demam dibagi menjadi dua jenis, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Kejang demam sederhana adalah kejang yang berlangsung kurang dari 15 menit, kejang tonik klonik umum, sembuh spontan, tanpa kejang fokal, dan tidak berulang dalam 24 jam. Kejang demam tipe ini adalah 80% di antara seluruh kejang demam. Kejang demam kompleks adalah kejang fokal ataupun parsial, berlangsung lebih dari 15 menit, berulang dalam 24 jam, didapatkan abnormalitas

status neurologi, dan didapatkan riwayat kejang tanpa demam pada orangtua atau saudara kandungnya (Ismet I, 2022).

7. Patofisiologi

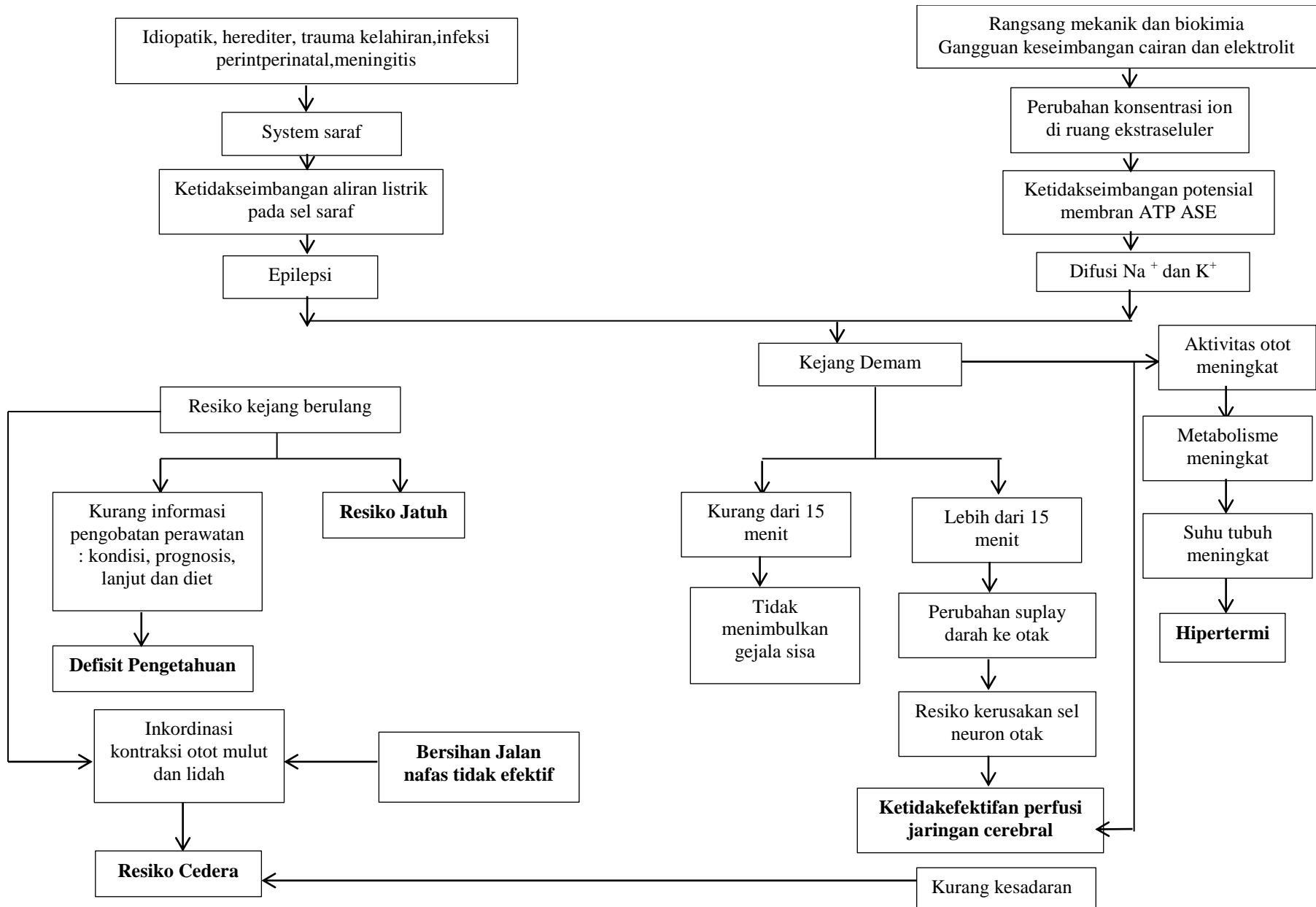
Patofisiologi kejang demam belum diketahui secara pasti. Namun, terjadinya infeksi di ekstrakranial seperti otitis media akut, tonsillitis dan bronchitis dapat menyebabkan bakteri yang bersifat toksik tumbuh dengan cepat, toksik yang dihasilkan dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen dan limfogen. Pada keadaan ini tubuh mengalami inflamasi sistemik. Dan hipotalamus akan merespon dengan menaikkan pengaturan suhu tubuh sebagai tanda tubuh dalam bahaya secara sistemik. Disaat tubuh mengalami peningkatan suhu 1°C secara fisiologi tubuh akan menaikkan metabolisme basal 10%-15% dan kebutuhan oksigen sebesar 20%. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65% dari seluruh tubuh, dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Jadi pada kenaikan suhu tubuh tertentu dapat terjadi perubahan keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion Kalium maupun ion Natrium melalui membran tadi, dengan akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel tetangganya dengan bantuan bahan yang disebut neurotransmitter dan terjadilah kejang. Tiap anak mempunyai ambang kejang yang berbeda dan tergantung tinggi rendahnya ambang kejang seseorang anak menderita kejang pada kenaikan suhu tertentu. Pada anak

dengan ambang kejang yang rendah, kejang telah terjadi pada suhu 38°C sedangkan pada anak dengan ambang kejang yang tinggi, kejang baru terjadi pada suhu 40°C atau lebih. Dari kenyataan inilah dapat disimpulkan bahwa terulangnya kejang demam lebih sering terjadi pada ambang kejang yang rendah sehingga dalam penanggulangannya perlu diperhatikan pada tingkat suhu berapa penderita kejang. Faktor Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meninggikan permeabilitas kapiler dan timbul edema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak.

Kerusakan pada daerah mesial lobus temporalis setelah mendapat serangan kejang yang berlangsung lama dapat menjadi “matang” di kemudian hari, sehingga terjadi serangan epilepsi yang spontan. Jadi kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak hingga terjadi epilepsi (Ismet I, 2022)

8. Pathway

Bagan 2. 1 Pathway



9. Komplikasi

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 dapat menjadi matang dikemudian hari sehingga terjadi serangan epilepsy yang spontan

c. Kelainan anatomi di otak

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

d. Kecacatan atau kelainan neurologis karena disertai demam

10. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium tidak dikerjakan secara rutin pada kejang demam, tetapi dapat dikerjakan untuk mengevaluasi sumber infeksi penyebab demam. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dikerjakan atas indikasi misalnya darah perifer, elektrolit, dan gula darah

b. Pungsi Lumbal

Pemeriksaan cairan serebrospinal dilakukan untuk menegakkan atau menyingkirkan kemungkinan meningitis. Berdasarkan bukti- bukti terbaru, saat ini pemeriksaan pungsi lumbal tidak dilakukan secara rutin pada anak berusia <12 bulan yang mengalami kejang demam sederhana dengan keadaan umum baik. Indikasi pungsi lumbal. Terdapat tanda dan gejala rangsang meningeal, terdapat kecurigaan adanya infeksi SSP berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan klinis, dan dipertimbangkan pada anak dengan kejang disertai demam yang sebelumnya telah mendapat antibiotik dan pemberian antibiotik tersebut dapat mengaburkan tanda dan gejala meningitis.

c. Elektroensefalografi

Pemeriksaan elektroensefalografi (EEG) tidak dapat memprediksi berulangnya kejang, atau memperkirakan kemungkinan kejadian epilepsi pada pasien kejang demam. 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. EEG hanya dilakukan pada kejang fokal untuk menentukan adanya fokus kejang di otak yang membutuhkan evaluasi lebih lanjut.

d. Pemeriksaan neuroimaging

Pemeriksaan neuroimaging (CT scan atau MRI kepala) tidak rutin dilakukan

pada anak dengan kejang demam sederhana. Pemeriksaan tersebut dilakukan bila terdapat indikasi, seperti kelainan neurologis fokal yang menetap, misalnya hemiparesis atau paresis nervus kranialis (Ismet I, 2022).

11. Penatalaksanaan

Pada umumnya kejang berlangsung singkat (rerata 4 menit) dan pada waktu pasien datang, kejang sudah berhenti. Apabila saat pasien datang dalam keadaan kejang, obat yang paling cepat untuk menghentikan kejang adalah diazepam intravena. Dosis diazepam intravena adalah 0,2-0,5 mg/kg perlahan-lahan dengan kecepatan 2 mg/menit atau dalam waktu 3-5 menit, dengan dosis maksimal 10 mg. Secara umum, penatalaksanaan kejang akut mengikuti algoritma kejang pada umumnya.

Obat yang praktis dan dapat diberikan oleh orangtua di rumah (prehospital) adalah diazepam rektal. Dosis diazepam rektal adalah 0,5-0,75 mg/kg atau diazepam rektal 5 mg untuk anak dengan berat badan kurang dari 12 kg dan 10 mg untuk berat badan lebih dari 12 kg.

Bila setelah pemberian diazepam rektal kejang belum berhenti, dapat diulang lagi dengan cara dan dosis yang sama dengan interval waktu 5 menit. Bila setelah 2 kali pemberian diazepam rektal masih tetap kejang, dianjurkan ke rumah sakit. Di rumah sakit dapat diberikan diazepam intravena. Jika kejang masih berlanjut, lihat algoritme tatalaksana status epileptikus.

12. Prognosis

a. Kemungkinan mengalami kecacatan atau kelainan neurologis

Kejadian kecacatan sebagai komplikasi kejang demam tidak pernah dilaporkan. Perkembangan mental dan neurologis umumnya tetap normal pada pasien yang sebelumnya normal. Penelitian lain secara retrospektif melaporkan kelainan neurologis pada sebagian kecil kasus, dan kelainan ini biasanya terjadi pada kasus dengan kejang lama atau kejang berulang baik umum atau fokal

b. Kemungkinan berulangnya kejang demam

Kejang demam akan berulang kembali pada sebagian kasus. Faktor risiko berulangnya kejang demam adalah: Riwayat kejang demam dalam keluarga, usia kurang dari 12 bulan, temperatur yang rendah saat kejang, cepatnya kejang setelah demam. Bila seluruh faktor di atas ada, kemungkinan berulangnya kejang demam adalah 80%, sedangkan bila tidak terdapat faktor tersebut kemungkinan berulangnya kejang demam hanya 10%-15%. Kemungkinan berulangnya kejang demam paling besar pada tahun pertama. Faktor risiko lain adalah terjadinya epilepsi di kemudian hari. Faktor risiko menjadi epilepsi adalah: Kelainan neurologis atau perkembangan yang jelas sebelum kejang demam pertama, kejang demam kompleks, riwayat epilepsi pada orang tua atau saudara kandung. Masing-masing faktor risiko meningkatkan kemungkinan kejadian epilepsi sampai 4-

6%, kombinasi dari faktor risiko tersebut meningkatkan kemungkinan epilepsi menjadi 10-49%. Kemungkinan menjadi epilepsi tidak dapat dicegah dengan pemberian obat rumat pada kejang demam.

13. Diagnosa Keperawatan dan Fokus intervensi

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien dengan kejang demam menurut (SDKI, SIKI, DPP PPNI 2017)

Tabel 2. 1 Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Rencana Tindakan
1.	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit	Intervensi Utama Manajemen Hipertermia (I.155060) : Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis. Dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan incubator) 2. Monitor suhu tubuh. 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor pengeluaran urine 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia Terapiutik <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan lingkungan yang dingin. 2. Longgarkan atau lepaskan pakaian. 3. Basahi dan kipasi permukaan tubuh. 4. Berikan cairan oral 5. Ganti linen setiap hari atau lebih jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih) 6. Lakukan pendinginan eksternal (mis. Selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Berikan oksigen jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan tirah baring Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan intravena
2.	Bersihan jalan nafas berhubungan dengan Spasme jalan napas	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan headtilt dan chin-lift (jawthrust jika curiga trauma servical) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan faktor risiko yang dapat

		<p>mempengaruhi kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat 3. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat
4.	Resiko jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 3. Pasang handrail tempat tidur 4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat

		berdiri 5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
5.	Risiko ceders berhubungan dengan	Pencegahan Kejang (I.14542) Observasi : 1. Monitor status neurologis 2. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : 1. Baringkan pasien agar tidak terjatuh 2. Rendahkan ketinggian tempat tidur 3. Pasang side-rail tempat tidur 4. Berikan alas empuk dibawah kepala, jika memungkinkan 5. Jauhkan benda-benda berbahaya terutama benda tajam 6. Sediakan suction disamping tempat tidur Edukasi : 1. Anjurkan segera melapor jika merasakan aura 2. Anjurkan tidak berkendara 3. Anjurkan keluarga pertolongan pertama pada kejang Kolaborasi : 1. Kolaborasi pemberian antikonvulsan, jika perlu

B. Konsep Dasar Epilepsi

1. Pengertian

Epilepsi merupakan gangguan terhadap otak yang menyebabkan orang mengalami kejang berulang. Kejang dapat terjadi jika suatu kelompok sel saraf, atau neuron yang terdapat di otak mengirimkan sinyal yang salah. Penyakit ini merupakan gangguan neurologis paling umum pada masa kanak-kanak dibandingkan pada usia dewasa (M. Fitra Ramadhan et. al., 2019). Epilepsi didefinisikan sebagai serangan kejang paroksismal berulang tanpa provokasi dengan interval lebih dari 24 jam tanpa penyebab yang jelas (Kemenkes, 2017)

2. Etiologi

Etiologi epilepsi umumnya tidak diketahui. Klasifikasi berdasarkan ILAE, mengganti terminologi dari idiopatik, simtomatis, atau kriptogenik, menjadi genetik, struktural/metabolik, dan tidak diketahui. Genetic epilepsy syndrome adalah epilepsi yang diketahui/diduga disebabkan oleh kelainan genetik dengan kejang sebagai manifestasi utama. Structural/metabolic syndrome adalah adanya kelainan struktural/metabolik yang menyebabkan seseorang berisiko mengalami epilepsi, contohnya; epilepsi setelah sebelumnya mengalami stroke, trauma, infeksi SSP, atau adanya kelainan genetik seperti tuberosklerosis dengan kelainan struktur otak (tuber). Epilepsi digolongkan sebagai “unknown cause” bila penyebabnya belum diketahui.

Kelainan genetik yang dapat menyebabkan epilepsi antara lain:

1. Kelainan kromosom: sindrom fragile X, sindrom Rett.
2. Trisomi parsial 13q22-qter berhubungan dengan epilepsi umum awitan lambat dan leukoensefalopati.

Kelainan struktural/metabolik yang dapat menyebabkan epilepsi antara lain:

1. Kelainan neurokutan: tuberosklerosis, neurofibromatosis, hipomelanosis Ito, sindrom Sturge-Weber.
2. Palsi serebral (PS); epilepsi didapatkan pada 50% PS spastik kuadriplegia atau hemiplegia dan 26% PS spastik diplegia atau diskinetik.

3. Sklerosis hipokampus, gliosis, dan hilangnya neuron sehingga mengubah rangkaian sirkuit menjadi epileptogenesis, termasuk mesial temporal sclerosis
4. Malformasi serebral atau kortikal (didapatkan pada 40% epilepsi intractabel), hemimegalensefali, focal cortical dysplasia (FCD), heterotopia nodular periventrikular, agiria, pakigiria, skizensefali, polimikrogiria.
5. Tumor otak dan lesi lain; astrositoma, gangliositoma, ganglioglioma, angioma kavernosum.
6. Trauma kepala.
7. Infeksi; ensefalitis herpes simpleks, meningitis bakterial, malaria serebral, sistiserkosis.
8. Kelainan metabolik bawaan.

3. Klasifikasi

Klasifikasi epilepsi berdasarkan etiologi (ILAE) :

Epilepsi dan sindrom Epilepsy fokal

3.1 Etiologi spesifik

3.1.1 Idiopatik

- Benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes
- Childhood epilepsy with occipital paroxysms
- Primary reading epilepsy

3.1.2 Simtomatik

- Chronic progressive epilepsia partialis continua of childhood (sindrom Kojewnikow)
- Sindrom epilepsi yang ditandai presipitasi spesifik
- Epilepsi lobus temporal
- Epilepsi lobus frontal
- Epilepsi lobus parietal
- Epilepsi lobus oksipital

3.1.3 Kriptogenik

- Epilepsi dan sindrom epilepsi umum

3.1.4 Idiopatik

- Benign neonatal familial convulsions
- Benign neonatal convulsions
- Benign myoclonic epilepsy in infancy
- Childhood absence epilepsy (pyknolepsy)
- Juvenile absence epilepsy
- Juvenile myoclonic epilepsy (impulsive petit mal)
- Epilepsy with grand mal (GTCS) seizures on awakening
- Epilepsi umum idiopatik lain yang belum dapat didefinisikan
- Epilepsi dengan kejang disebabkan oleh aktivasi spesifik

3.2 Etiologi non spesifik

- Early myoclonic encephalopathy
- Early infantile epileptic encephalopathy with suppression-bursts
- Epilepsi umum simtomatik yang belum dapat didefinisikan

3.2.1 Sindrom spesifik

3.2.2 Kriptogenik atau simtomatik

- West syndrome (infantile spasms)
- Lennox-Gastaut syndrome
- Epilepsy with myoclonic-astatic seizures
- Epilepsy with myoclonic absences

3.3 Epilepsi dan sindrom epilepsi tidak dapat ditentukan fokal atau umum

3.3.1 Dengan kedua bentuk kejang umum dan fokal

- Neonatal seizures
- Severe myoclonic epilepsy in infancy
- Epilepsy with continuous spike-waves during slow wave sleep
- Acquired epileptic aphasia (Landau-Kleffner syndrome)
- Epilepsi lain yang belum terdefinisi

3.2 Tanpa kedua gejala umum atau fokal

3.3.2 Sindrom epilepsi khusus

Kejang berhubungan dengan situasi

- Kejang demam
- Isolated seizures

Kejang yang timbul hanya karena masalah metabolik akut atau suatu kondisi toksik (alkohol, obat-obatan, eklampsia)

4. Pemeriksaan Penunjang

1. Elektroensefalografi

Walaupun EEG secara rutin dilakukan pada kejang tanpa provokasi pertama dan pada (dugaan) epilepsi, pemeriksaan ini bukanlah baku emas untuk menegakkan diagnosis epilepsi. Kelainan pada EEG dapat ditemukan pada 2-4% anak yang tidak pernah kejang; sebaliknya, EEG interiktal pertama dapat normal pada 55% anak dengan kejang pertama tanpa provokasi. Gambaran EEG saja tanpa memandang informasi klinis tidak dapat menyingkirkan maupun menegakkan diagnosis epilepsi.

Pada EEG diperhatikan frekuensi dan amplitudo gelombang irama dasar, ada tidaknya asimetri, serta ada tidaknya aktivitas epileptiform yang dapat berupa gelombang paku, gelombang tajam, paku-ombak, tajam-ombak, paku multipel, burst-suppression, dan hipsaritmia. Diperhatikan juga lokalisasi aktivitas abnormal, bila ada.

2. Pencitraan

Peran pencitraan adalah untuk mendeteksi adanya lesi otak yang mungkin menjadi faktor penyebab epilepsi atau kelainan neurodevelopmental yang menyertai. Pencitraan dilakukan untuk

menentukan etiologi, memperkirakan prognosis, dan merencanakan tata laksana klinis yang sesuai. Magnetic resonance imaging (MRI) merupakan pencitraan pilihan untuk mendeteksi kelainan yang mendasari epilepsy.

Pemeriksaan lain yang dapat dikerjakan untuk mencari etiologi epilepsy, menentukan prognosis dan tata laksana adalah pemeriksaan sitogenetik, metabolik dan analisis kromosom (Kemenkes, 2017).

C. Elektrolit Imbalance

1. Pengertian

Gangguan elektrolit adalah kondisi saat kadar elektrolit di dalam tubuh seseorang menjadi tidak seimbang, baik terlalu tinggi atau terlalu rendah. Kondisi kadar elektrolit yang tidak seimbang ini dapat menimbulkan berbagai gangguan pada fungsi organ di dalam tubuh yang dapat menimbulkan berbagai gejala, mulai dari mual, diare, hingga kram otot. Bahkan pada kasus yang cukup berat, kondisi ini bisa menyebabkan kejang, koma, bahkan gagal jantung. Di dalam tubuh manusia, terdapat beberapa jenis elektrolit, yaitu natrium, kaliun, kalsium, magnesium, fosfat, dan fosfor. Elektrolit-elektrolit tersebut bisa didapatkan dari makanan, minuman, serta suplemen. Elektrolit dibutuhkan oleh tubuh untuk menjaga organ-organ di dalam tubuh agar berfungsi secara normal. Beberapa fungsi tubuh yang dipengaruhi elektrolit adalah irama jantung,

kontraksi otot, dan fungsi otak (Kemkes, 2022).

2. Etiologi

Gangguan elektrolit umumnya terjadi akibat hilangnya cairan tubuh secara berlebihan, seperti akibat memiliki luka bakar luas, berkeringat berlebih, diare, maupun muntah secara terus menerus. Efek samping beberapa obat juga dapat menyebabkan terjadinya gangguan elektrolit (Kemenkes, 2022)..

3. Klasifikasi

Berikut ini adalah berbagai jenis elektrolit serta faktor-faktor yang dapat menyebabkan kadarnya di dalam tubuh terganggu (Kemenkes, 2022) :

a. Fosfat

Hiperfosfatemia dapat terjadi karena beberapa faktor, yaitu :

- a) Mengonsumsi obat pencahar (laksatif) yang mengandung fosfat secara berlebihan.
- b) Mengalami komplikasi akibat pengobatan kanker (sindrom tumor lisis).
- c) Memiliki kelenjar paratiroid yang kurang aktif.
- d) Memiliki kadar kalsium yang rendah.
- e) Menderita gagal ginjal kronis.
- f) Mengalami sesak napas.
- g) Mengalami cedera otot.

Sedangkan, kekurangan fosfat atau hipofosfatemia dapat terjadi karena

beberapa faktor berikut ini :

- a) Menderita malnutrisi berat akibat anoreksia atau kelaparan.
- b) Mengonsumsi alkohol berlebihan.
- c) Mengalami luka bakar yang parah.
- d) Mengalami komplikasi diabetes (ketoasidosis diabetik).
- e) Menderita sindrom Fanconi, yaitu gangguan pada ginjal yang menyebabkan penyerapan dan pelepasan zat-zat tertentu di dalam tubuh menjadi tidak normal.
- f) Menderita kekurangan vitamin D.
- g) Memiliki kelenjar paratiroid yang terlalu aktif.
- h) Menderita diare kronis.

b. Klorida

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kekurangan klorida (hipokloremia) dapat terjadi karena beberapa faktor, seperti :

- a) Menderita diare atau muntah berkepanjangan.
- b) Menderita penyakit paru-paru kronis, seperti emfisema.
- c) Menderita gagal jantung.
- d) Mengalami gangguan pH darah (alkalosis metabolik).
- e) Mengonsumsi obat pencahar, diuretik, atau kortikosteroid.

c. Sodium / Natrium

Beberapa faktor yang dapat menyebabkan kelebihan atau kekurangan natrium :

- a) Menderita dehidrasi berat.

- b) Menderita diare / mengalami muntah-muntah.
- c) Menderita penyakit pernapasan kronis, seperti bronkitis.
- d) Mengonsumsi obat kortikosteroid.
- e) Menderita malnutrisi
- f) Mengalami gangguan kelenjar tiroid, adrenal, atau hipotalamus.
- g) Menderita gagal ginjal.
- h) Menderita gagal jantung.
- i) Mengalami kecanduan alkohol.
- j) Mengonsumsi obat diuretik atau antikonvulsan.

d. Kalsium

Seseorang berisiko mengalami kekurangan atau kelebihan kalsium jika memiliki kondisi di bawah ini :

- a) Menderita penyakit ginjal.
- b) Menderita gangguan tiroid, misalnya hiperparatiroidisme.
- c) Mengonsumsi obat-obatan tertentu, seperti *lithium*, teofilin, atau diuretik.
- d) Menderita penyakit paru-paru, seperti tuberkulosis (TBC) atau sarkoidosis.
- e) Menderita jenis kanker tertentu, seperti kanker paru-paru dan kanker payudara.
- f) Mengonsumsi antasida atau suplemen vitamin D secara berlebihan.

e. Kalium / Potasium

Kalium berperan penting dalam mengatur fungsi jantung, serta menjaga fungsi saraf dan otot. Kadar kalium di dalam tubuh dapat kurang atau melebihi normalnya jika seseorang memiliki faktor seperti di bawah ini :

- a) Menderita gagal ginjal.
- b) Menderita dehidrasi berat.
- c) Mengonsumsi obat diuretik atau obat penurun tekanan darah.
- d) Menderita komplikasi diabetes, seperti ketoasidosis diabetik.
- e) Mengonsumsi obat pencahar, diuretik, atau insulin.

f. Magnesium

Seseorang berisiko mengalami kelebihan atau kekurangan magnesium jika memiliki faktor seperti berikut :

- a) Mengalami overdosis suplemen magnesium.
- b) Menderita gagal ginjal.
- c) Menderita penyakit tertentu, misal Hipotiroidisme dan Penyakit Addison.
- d) Mengalami luka bakar luas.
- e) Mengonsumsi obat-obatan tertentu, seperti *lithium*, antasida, atau obat pencahar (laksatif).
- f) Menderita gagal jantung.
- g) Menderita malnutrisi
- h) Mengonsumsi diuretik, insulin, atau obat kemoterapi.

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN ANAK

A. KASUS 1

PENGAJIAN DATA DASAR

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia Nahrudin

Tempat : Ruang Melon, RSUD Cengkareng

Tanggal Pengkajian : 23-11-2022

I. Identitas Pasien dan Orang Tua

Nama Anak : An.A

Usia : 7 Bulan

Jenis Kelamin : Perempuan

Anak ke : 1 dari 0 saudara

Tanggal Masuk : 22-11-2022

Diagnosa Medik : Kejang Demam Kompleks Elektrolit
Imbalance

Usia Ayah/ Ibu : 27 tahun / 25 tahun

Agama : Islam

Suku Bangsa : Jawa

Alamat : Kampung salo no 137 kembangan utara

Pendidikan Ayah / Ibu : SMA / SMA

Pekerjaan Ayah / Ibu : Karyawan Swasta / Ibu Rumah Tangga

II. Keluhan Utama

Ibu klien mengatakan anaknya demam tinggi 1 hari SMRS disertai pilek dan kejang 2x di rumah selama <1 menit, tangan kaku, mata menoleh ke atas, riwayat kejang pertama. Ibu klien mengatakan anaknya pilek. Hasil ttv didapatkan bahwa S: 39,5°C, RR: 30x/menit, N: 121 x/menit, Spo2: 97%, BB: 7,6 kg dan TB: 69 cm.

III. Keadaan Sakit Saat ini

Ibu klien mengatakan badan anaknya masih demam, ibu klien mengatakan anaknya kejang 2x di rumah selama <1 menit. Tubuh klien teraba panas, klien tampak lemas, kulit terasa hangat. Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam. Hasil pengkajian resiko jatuh menggunakan skala Humpty Dumpty total skor 16, anak tampak lemas. Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi, ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam yang diderita anaknya. Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya, saat di tanya tentang penyakit kejang demam, ibunya kurang tahu dalam menjawabnya, terpasang infus disebelah kanan, anak dibawah 5 tahun , demam naik turun, banyak mainan yang berada disekitar tempat tidur An.A, tempat tidur An.A tampak tinggi dan Ibu klien mengatakan anaknya lemas. Hasil laboratorium didapatkan bahwa: Natrium: 132 mmol/L, Kalium: 5.1 mmol/L, Chlorida: 109 mmol/L. Hasil TTV didapatkan bahwa S: 38,9°C,

RR: 40x/menit, N: 130 x/menit, Spo2: 98%, BB: 7,6 kg dan TB: 69 cm.

IV. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

1. Prenatal : Ibu klien mengatakan hamil An.A selama 39 minggu dan An.a merupakan anak ke 1 lahir secara caesar
2. Intranatal : Ibu klien mengatakan selama hamil An.A tidak ada keluhan kesehatan
3. Postnatal : Ibu klien mengatakan melahirkan An.A secara caesar dengan Berat Badan Lahir 3540 gram dan Panjang Badan Lahir 59 cm.

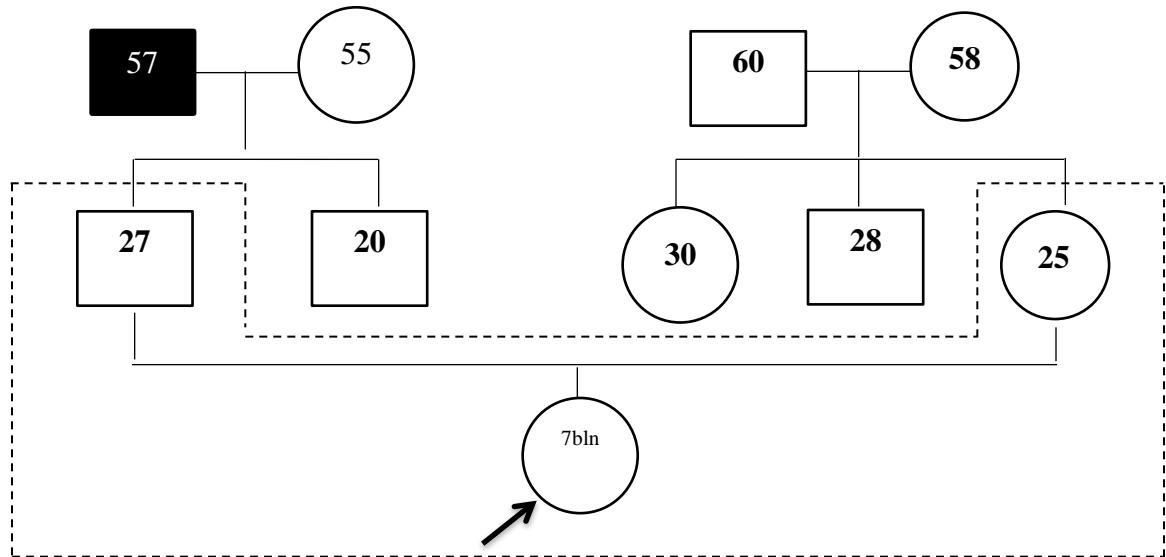
V. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. **Penyakit masa kanak-kanak** : Ibu klien mengatakan anaknya mempunyai riwayat kejang pertama
2. **Pernah dirawat di RS** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah di rawat di Rs
3. **Obat-obatan yang digunakan** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengkonsumsi obat yang berkepanjangan yang diberikan resep dokter
4. **Tindakan (operasi)** : Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah dioperasi
5. **Alergi** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada alergi

6. **Kecelakaan** :Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah kecelakaan

VI. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)

Bagan 3. 1 Genogram An.A



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Meninggal
- ↗ : Klien

VII. Riwayat Sosial

- a. **Yang mengasuh** : Ibu klien mengatakan anaknya diasuh oleh ibunya sendiri
- b. **Hubungan dengan anggota keluarga** : Ibu klien mengatakan anaknya hubungan dengan anggota keluarga baik.
- c. **Hubungan dengan teman sebaya:** Ibu klien mengatakan di rumah

anaknyanya sering berain dengan teman sebayanya ditemani oleh ibunya.

- d. **Pembawaan secara umum:** Ibu klien mengatakan anaknya tidak bisa diam.
- e. **Lingkungan rumah:** Ibu klien mengatakan jarak rumahnya dekat dengan jalan raya, selain itu keluarga pasien juga mengatakan bahwa rumahnya terpapar sinar matahari dikarenakan posisi rumahnya berada di pinggir jalan raya, sehingga matahari masuk ke dalam rumahnya. Ibu klien mengatakan rumahnya terdapat jendela yang selalu di buka saat pagi hari.

VIII. Kebutuhan Dasar

a. Nutrisi

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan selera minum susu anaknya baik, menu minum susu yaitu ASI/MPASI, ibu klien mengatakan anaknya minum susu setiap 4-5 kali sehari dengan porsi dihabiskan.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan selera minum susu yaitu ASI/MPASI anaknya sedikit menurun, ibu klien mengatakan minum susu hanya sehari

dengan ASI/MPASI porsi 3-4 dengan porsi sedikit menurun.

b. Tidur

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan tidur siang dari jam 13.00-14.00, tidur malam 20.00-06.00 tidak ada kesulitan tidur.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan tidur siang dari jam 14.00-15.00, tidur malam dari jam 22.00-05.00, saat malam hari klien sering terbangun dari tidurnya.

c. Eliminasi

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi semi padat, tidak ada kesulitan saat buang air besar. BAK 3 sampai 4 kali sehari dengan warna kuning jernih, berbau khas dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil. Ibu klien mengatakan anaknya BAB dan BAK di pampers.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan BAB 2 x sehari dengan konsistensi semi padat, tidak ada kesulitan saat buang air besar. BAK 3x sehari dengan warna kuning jernih, berbau khas dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil. Ibu klien mengatakan anaknya BAB dan BAK di pampers.

d. Istirahat tidur

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sering tertidur dengan nyenyak.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sulit tertidur karena rewel.

e. Aktivitas

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sering diajak main ke rumah saudaranya

Saat sakit : Ibu klien mengatakan anaknya hanya menghabiskan waktu untuk istirahat di tempat tidur rumah sakit.

IX. Pemeriksaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan**1. Pertumbuhan Fisik**

Ibu klien mengatakan anaknya memiliki tinggi badan 69 cm dan memiliki berat badan 7,6 kg

2. Perkembangan Motorik Kasar

Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa merangkak.

3. Perkembangan Motorik Halus

Ibu klien mengatakan diusianya saat ini anaknya sudah bisa menggenggam benda.

4. Tidur

Ibu klien mengatakan anaknya tidur bersama orang tuanya.

5. Perkembangan Bahasa

Ibu klien mengatakan anaknya dapat bereaksi dan tertawa pada saat diajak bicara oleh orangtuanya.

6. Perkembangan Sosial

Ibu klien mengatakan sering mengajak anaknya bermain ke rumah saudara dan

tetangganya yang mempunyai anak seumuran.

7. Perkembangan Kognitif

Ibu klien mengatakan anaknya sudah mampu mengangkat barang dengan sebelah tanganya.

X. Tinjauan Sistem

1. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

- 1) Keadaan Umum : Composmentis
- 2) TB dan BB : 69 cm dan 7,6 kg
- 3) Lingkar Kepala : 43 cm
- 4) Lingkar Lengan : 16 cm
- 5) Suhu : 38°C
- 6) Nadi : 145x/menit
- 7) Pernafasan : 45x/menit

2. Pengkajian Kardiovaskuler

- 1) Nadi : 145 x/menit
- 2) Denyut Apeks-frekuensi, irama dan kualitas : Ictus cordis, terletak di garis midklavikula. Sinistra intercosta IV. Bunyi Vesikuler.
- 3) Nadi Perifer (ada / tdak ada); jika ada, frekuensi, irama, kualitas dan perbedaan antara ekstremitas: ada frekuensi 145x/menit, irama reguler

3. Pemeriksaan toraks dan hasil auskultasi

- 1) Lingkar dada (toraks) : 43 cm

- 2) Adanya deformitas : Tidak terdapat deformitas
 - 3) Bunyi jantung : BJ1 BJ2 normal (lup dup)
4. Tampilan umum
- 1) Tingkat aktifitas : tidak aktif, pasien tampak lemas
 - 2) Perilaku; apatis, gelisah, ketakutan: Pasien cooperative
 - 3) Jari tangan (clubbing finger): Tidak ada
 - 4) CRT: Capillary Refill Time < 3 Detik
5. Kulit
- 1) Warna : Putih
 - 2) Elastisitas : <3 detik
 - 3) Suhu : 38°C
6. Edema
- 1) Periorbital : Tidak ada edema periorbital
 - 2) Ekstremitas : Tidak ada edema ekstremitas
7. Pengkajian Respiratori
- 1) Bernafas
 1. Frekuensi pernafasan, keadaan dan kesimetrisan : 45x/menit
tampak simetris
 2. Pola nafas ; apnea, takipnea : Normal (vesikuler)
 3. Retraksi : Tidak terdapat retraksi dinding dada
 4. Pernafasan cuping hidung : Tidak ada pernafasan cupping hidung

5. Posisi yang nyaman : Ibu klien mengatakan anaknya lebih nyaman dengan posisi terlentang (Posisi supinasi)

2) Hasil auskultasi toraks

(1) Bunyi nafas : Normal (Vesikuler)

(2) Fase ekspirasi dan inspirasi memanjang : Tidak ada

3) Hasil pemeriksaan toraks

(1) Bentuk dada : Tidak melakukan pemeriksaan rontgen toraks

8. Pengkajian Neurologik

1) Tingkat kesadaran: (hasil GCS) : E:4, M:6, V:5

2) Pemeriksaan kepala

(1) Bentuk kepala : Mesosepal

(2) Fontanel : Tidak ada

(3) Lingkar kepala (dibawah 2 tahun) : 43 cm

9. Reaksi pupil

1) Ukuran : 2mm/2mm, pupil isokor.

2) Reaksi terhadap cahaya : Normal +/+. Mengecil ketika terkena cahaya

10. Aktivitas kejang

1) Jenis : Kejang demam kompleks

2) Lamanya : < 2 menit

11. Fungsi sensoris

1) Reaksi terhadap nyeri : Respon fisiologis dan perilaku

12. Refleksi

- 1) Refleksi tendo dan superficial : Normal
- 2) Refleksi patologis : Normal

13. Kemampuan intelektual (tergantung tingkat perkembangan)

- 1) Perkembangan menulis dan menggambar : Ibu klien mengatakan anaknya belum bisa menggambar dan menulis
- 2) Kemampuan membaca: Ibu klien mengatakan anaknya belum bisa membaca

14. Pengkajian Gastrointestinal

- 1) Hidrasi : Normal
- 2) Tugor kulit : Elastis
- 3) Membran mukosa : Mukosa bibir kering
- 4) Asupan dan haluaran : Susu 300 ml/hari, BAK 3x/hari

15. Abdomen

- 1) Nyeri : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri pada bagian perut
- 2) Kekakuan : Ibu klien mengatakan tidak ada kekakuan pada abdomen
- 3) Bising usus : 20x/menit
- 4) Muntah; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami muntah
- 5) Feses; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : BAB 2x dengan

konsistensi padat, berwarna kuning

6) Kram : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada kram abdomen

16. Pengakajian Renal Fungsi ginjal

1) Nyeri tekan pinggang atau suprapubik : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri tekan pada pinggang

2) Disuria : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri saat berkemih

3) Pola berkemih : Ibu klien mengatakan anaknya BAK 3x/hari

4) Adanya acites : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada acites

5) Adanya edema scrotum, periorbital, tungkai bawah : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada pembengkakan (edema)

17. Karakteristik urine dan urinasi

1) Urine tampak bening atau keruh : Bening

2) Warna : Kekuningan

3) Bau; ammonia, aseton : Ammonia

4) Berat jenis : 200cc

5) Menangis setelah berkemih : Ibu klien mengatakan anaknya tidak menangis saat berkemih (BAK)

18. Genitalia

1) Iritasi : Ibu klien mengatakan tidak terdapat iritasi di area genitalia, tidak tampak adanya ruam merah di area genitalia, tidak terdapat pembengkakan di area genitalia dan sekitarnya, tidak ada nyeri di bagian

genitalia.

- 2) Secret : Ibu klien mengatakan tidak terdapat secret diarea genitalia.

19. Pengkajian Muskuloskeletal Fungsi motorik kasar

- 1) Ukuran otot; adanya atropi atau hipertropi otot : Ukuran otot normal
- 2) Tonus otot; spastisitas, rentang gerak terbatas : Tidak terdapat keterbatasan gerak
- 3) Kekuatan : Kekuatan normal
- 4) Gerakan abnormal : Tidak terdapat gerakan abnormal

20. Fungsi motorik halus

- 1) Manipulasi mainan : Ibu klien mengatakan anaknya sudah mulai mampu mengenal mainan
- 2) Menggambar : Ibu klien mengatakan anaknya tidak bisa menggambar

21. Kontrol postur

- 1) Mempertahankan posisi tegak : Ibu klien mengatakan anaknya belum bisa berdiri dengan tegak
- 2) Bergoyang-goyang : Ibu klien mengatakan anaknya belum bisa bergoyang-goyang

22. Persendian

- 1) Rentang gerak : Rentang gerak normal
- 2) Kontraktur : Tidak ada kontraktur
- 3) Adanya edema dan nyeri: Tidak terdapat edema dan nyeri di area

persendian

- 4) Tonjolan abnormal : Tidak terdapat tonjolan yang abnormal pada persendian

23. Tulang Belakang

- 1) Lengkung tulang belakang ; scoliosis, kifosis : Tidak terdapat kelainan pada tulang belakang klien seperti skoliosis,kifosis.

24. Pengkajian Hematologik Kulit

- 1) Warna : sawo matang
- 2) Adanya ptekie, memar : Tidak terdapat ptekie ataupun memar pada kulit
- 3) Perdarahan dari membrane mukosa atau dari luka suntikan atau fungsi vena : Terdapat luka suntikan

25. Abdomen

- 1) Pembesaran hati : Tidak terdapat pembesaran hati pada abdomen
- 2) Pembesaran limpa : Tidak terdapat pembesaran limpa pada abdomen

26. Pengkajian Endokrin>Status hidrasi

- 1) Poliuria : Tidak ada polyuria
- 2) Polifagia : Tidak ada polifagia
- 3) Polidipsi : Tidak ada polidipsi
- 4) Kulit kering : Tidak terdapat kulit kering

27. Tampilan umum

- 1) Alam perasaan : Gelisah
- 2) Iritabilitas : Tidak ada iritabilitas
- 3) Sakit kepala : Tidak ada sakit kepala
- 4) Gemetar : Ibu klien mengatakan ada gemetar pada saat kejang berlangsung

28. Obat-obatan saat ini

Tabel 3. 1 Obat-obatan saat ini

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efeksamping
Oral				
Paracetamol	3 x 80 mg	Mengurangi nyeri ringan hingga sedang, sekaligus mengurangi demam	Gangguan fungsi hati berat, hipersensitivitas	Reaksi hipersensitivitas, ruam kulit, kelainan darah.
Rhinofed 2,5 mg	3 x 1 puyer	Rhinitis alergi dan rhinitis vasomotor	Insufisiensi joroner, aritmia dan hipertensi berat	Anoreksia, mual, muntah, ketidaknyamanan perut, mulut kering, insomnia, gelisah, cemas, palpitasi dan takikardia
Dexamethason	¼ tab	Supesi inflmasi dan gangguan alergi, hiperplasia adrenal kongenital	Menghambat pertumbuhan tulang	Sakit perut, mulas, sakit kepala dan sulit tidur
Phenytoin	2 x 20 mg	Mengendalikan kejang pada penderita epilepsi	Hipersensitivitas terhadap phenytoin atau hepatotoksisitas	Gangguan saluran cerna, pusing, nyeri, kepala, tremor dan insomnia
Injeksi				
Phenytoin	3 x 22 mg	Mengendalikan kejang pada penderita epilepsi	Hipersensitivitas terhadap phenytoin atau hepatotoksisitas	Gangguan saluran cerna, pusing, nyeri, kepala, tremor dan insomnia

29. Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pasien : An.A

Pemeriksaan laboratorium tanggal 22 November 2022

Tabel 3. 2 Pemeriksaan Laboratorium An.A

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Hema I (Hemoglobin, hematokrit, leukosit dan Trombosit)			
Hemoglobin	10.1-12.9 g/dL	11.4 g/dL	Normal
Hematokrit	32-44 %	34 %	Normal
Leukosit	6.0-17.5 $10^3 \mu\text{L}$	9.1 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Trombosit	229-553 $10^3 \mu\text{L}$	282 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Elektrolit			
Natrium	136-146 mmol/L	132 mmol/L	Normal
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	5.1 mmol/L	High
Chlorida	98-106 mmol/L	109 mmol/L	High
Glukotest			
Glukosa Sure Steps	<110 mg/dL	94 mg/dL	Normal

Nama Pasien : An.A

Pemeriksaan Spesimen Faceces tanggal 24 November 2022

Faeces Lengkap

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Spesimen An.A

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Makroskopik			
Warna		Kuning hijau	
Konsistensi		Lunak	
Lendir		Negatif	
Pus		Negatif	
Darah		Negatif	
Mikroskopik			
Amuba		Negatif	
Lemak		Positif	
Amylum		Positif	
Sisa Makanan		Positif	
Leukosit		Negatif	
Eritrosit		Negatif	
Jamur		Negatif	
Darah Samar		Negatif	
Parasit Telur Cacing		Negatif	

Nama Pasien : An.A

Pemeriksaan laboratorium tanggal 24 November 2022

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Laboratorium An.A

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Hema I			
Hemoglobin	10.1-12.9 g/dL	10.4 g/dL	Normal
Hematokrit	32-44 %	31 %	Low
Leukosit	6.0-17.5 $10^3 \mu\text{L}$	7.7 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Trombosit	229-553 $10^3 \mu\text{L}$	257 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Elektrolit Serum (Na-K-Cl)			
Natrium	136-146 mmol/L	133 mmol/L	Low
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	4.7 mmol/L	Normal
Chlorida	98-106 mmol/L	113 mmol/L	High

30. Skala Risiko Jatuh Humpty Dumpty Untuk Peditry

Tabel 3. 5 Skala Jatuh Humpty Dumpty An.A

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	<3 tahun	4	4
	3-7 tahun	3	

	7-13 tahun	2	
	>13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	2	1
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	4
	Perubahan oksigenasi	3	
	Gangguan perilaku/psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	3
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Factor lingkungan	Riwayat jatuh/bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4	2
	Pasien menggunakan alat bantu/bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi	3	
	Pasien diletakkan ditempat tidur	2	
	Area diluar rumah sakit	1	
Pembedahan/ sedasi/anestesi	Dalam 24 jam	3	1
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/ anestesi	1	
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multiple : sedatif, obat hipnosis, barbiturate, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose	3	1
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya/ tidakan	1	

	medikasi		
Jumlah Skor Humpty Dumpty			16

Skor assement risiko jatuh (skor minimum 7, skor maksimum 23)

Skor 7-11 : risiko rendah

Skor >12 : risiko tinggi

XI. Data Fokus

Tabel 3. 6 Data Fokus An.A

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
<ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan badan anaknya masih demam - Ibu klien mengatakan anaknya kejang 2x di rumah selama <1 menit. - Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam. - Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi - Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam yang diderita anaknya. - Ibu klien mengatakan anaknya lemas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tubuh klien teraba panas - Klien tampak lemas - Kulit terasa hangat - Hasil TTV didapatkan - S : 38,9°C - RR : 40x/menit, - N : 130 x/menit - Spo2 : 98% - Hasil pengkajian resiko jatuh menggunakan skala Humpty Dumpty total skor 16 - Anak tampak lemas - Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya - Saat di tanya tentang penyakit kejang demam ibunya kurang tahu dalam menjawabnya. - Terpasang infus disebelah kanan - Anak dibawah 5 tahun - Demam naik turun - Banyak mainan yang berada disekitar tempat tidur An.A - Tempat tidur An.A tampak tinggi - Hasil laboratorium didapatkan bahwa: - Natrium: 132 mmol/L - Kalium: 5.1 mmol/L - Chlorida: 109 mmol/L

XII. Analisa Data

Nama Pasien : An.A Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N

Diagnosa : Kejang Demam Kompleks Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 7 Analisa Data An.A

Data Fokus	Masalah	Etiologi
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan badan anaknya masih demam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh klien teraba panas - Klien tampak lemas - Kulit terasa hangat - Hasil TTV didapatkan - S : 38,9°C - RR : 40x/menit, - N : 130 x/menit - Spo2 : 98% 	<p>Hipertermi (D.0130)</p>	<p>Proses penyakit</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi - Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam yang diderita anaknya. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya - Saat di tanya tentang penyakit kejang demam ibunya kurang tahu dalam menjawabnya. 	<p>Defisit Pengetahuan (D.011)</p>	<p>Kurang minat dalam belajar</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya lemas - Ibu klien mengatakan anaknya muntah 4 kali <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil laboratorium didapatkan bahwa: - Natrium: 132 mmol/L - Kalium: 5.1 mmol/L 	<p>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit (D.0037)</p>	<p>Muntah</p>

- Chlorida: 109 mmol/L		
DO : - Hasil pengkajian resiko jatuh menggunakan skala Humpty Dumpty total skor 16 (risiko jatuh tinggi) - Terpasang infus disebelah kanan - Anak tampak lemas	Resiko Jatuh (D.0143)	Usia \leq 2 tahun
DS : - Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam. - Ibu klien mengatakan anaknya kejang 2x di rumah selama <1 menit. DO : - Anak dibawah 5 tahun - Demam naik turun - Banyak mainan yang berada disekitar tempat tidur An.A - Tempat tidur An.A tampak tinggi	Risiko Cedera (D.0136)	Perubahan fungsi psikomotor

XIII. Diagnosa Keperawatan

Nama Pasien : An.A Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N

Diagnosa : Kejang Demam Kompleks Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 8 Diagnosa Keperawatan An.A

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	(D.0130)
2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar	(D.0111)
3.	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit ditandai dengan muntah	(D.0037)
4.	Risiko Jatuh ditandai dengan usia \leq 2 tahun	(D.0143)
5.	Risiko Cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor	(D.0136)

XIV. Rencana Keperawatan

Nama mahasiswa : Lita Dwifia N Nama klien (usia): An.A 7 bulan
 Tanggal pengkajian : 23-11-2022 Jenis Kelamin : Perempuan
 Ruang praktek : Ruang Melon Diagnosa medis: KDK Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan An.A

No	DS dan DO	Dx Kep	Perencanaan	
			Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan badan anaknya masih demam <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tubuh klien teraba panas - Klien tampak lemas - Kulit terasa hangat - Hasil TTV didapatkan - S : 38,9°C - RR: 40x/menit, - N: 130 x/menit - Spo2 : 98% 	Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Termoregulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kejang menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik (L.14134) 	<p>Manajemen Hipertermia (I.155060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu - Monitor kadar elektrolit <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Longgarkan pakaian - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi dan aksila) <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan tirah baring <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena
2.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan takut 	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan defisit pengetahuan	Edukasi kesehatan (I.12383)

	<p>penyakit anaknya kambuh lagi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam yang diderita anaknya. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya - Saat di tanya tentang penyakit kejang demam ibunya kurang tahu dalam menjawabnya. 	<p>kurang minat dalam belajar (D.0111)</p>	<p>teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat - Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun (L.12111) 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
3.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya lemas - Ibu klien mengatakan anaknya muntah <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil laboratorium didapatkan bahwa: - Natrium: 132 mmol/L - Kalium: 5.1 mmol/L - Chlorida: 109 mmol/L 	<p>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit ditandai dengan kelebihan volume cairan (D.0037)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi dengan kriteria hasil: Keseimbangan elektrolit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serum natrium menurun - Serum kalium - Serum klorida <p>(L.03021)</p>	<p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar elektrolit serum - Monitor mual, muntah dan diare <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
4.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam 	<p>Resiko jatuh ditandai dengan Usia ≤ 2 tahun (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan resiko jatuh teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Tingkat Jatuh</p>	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi risiko jatuh

	<p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pengkajian resiko jatuh menggunakan skala Humpty Dumpty total skor 16 - Anak tampak lemas 		<ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur menurun (L.14138) 	<ul style="list-style-type: none"> - Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (Humpty Dumpty) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasang handrail tempat tidur - Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah - Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah - Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
5.	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam. - Ibu klien mengatakan anaknya kejang 2x di rumah selama <1 menit. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anak dibawah 5 tahun - Demam naik 	<p>Risiko Cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko/pemicu kejang meningkat - Melaporkan frekuensi kejang menurun (L.05050) 	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologis - Monitor TTV <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baringkan pasien agar tidak terjatuh - Rendahkan ketinggian tempat tidur

	<p>turun</p> <ul style="list-style-type: none">- Banyak mainan yang berada disekitar tempat tidur An.A- Tempat tidur An.A tampak tinggi			<ul style="list-style-type: none">- Pasang side-rail tempat tidur <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Anjurkan segera melapor jika merasakan aura <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none">- Kolaborasi pemberian antikonvulsan, JP
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

XV. CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA

Nama mahasiswa : Lita Dwifia N Nama klien (usia): An.A 7 bulan
 Tanggal pengkajian : 23-11-2022 Jenis Kelamin : Perempuan
 Ruang praktek : Ruang Melon Diagnosa medis: KDK Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 10 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-1

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Manajemen Hipertemia (I.155060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam O : Suhu : 38,9°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 132 mmol/L Kalium : 5.1 mmol/L Chorida : 109 mmol/L <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju yang ketat O : Klien tampak menggunakan baju yang ketat - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI O : Klien diberikan ASI 300 cc/24 jam - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) S : Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin yang dianjurkan perawat O : Ibu klien tampak sudah mengompres dingin pada anaknya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan tirah baring S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu berbaring di tempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih demam - Ibu klien mengatakan suhu tubuh anaknya teraba hangat - Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin yang dianjurkan perawat - Ibu klien mengatakan anaknya selalu berbaring di tempat tidur - Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju yang ketat <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 38.9°C - Natrium : 132 mmol/L - Kalium : 5.1 mmol/L - Chorida : 109 mmol/L - Klien tampak menggunakan baju yang ketat - Ibu klien tampak sudah mengompres dingin pada anaknya - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin 22mg melalui intravena <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi belum teratasi <p>P :</p>	

		<p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin 22mg melalui intravena 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D.0111)	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>S : Ibu klien mengatakan mampu dan siap untuk menerima pendidikan kesehatan tentang kejang demam</p> <p>O : Klien tampak tidak kejang</p> <p>S : 38,9°C</p> <p>N : 130x/menit</p> <p>RR : 40x/menit</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan <p>S : Ibu klien mengatakan mampu memahami dengan apa yang digunakan untuk menyampaikan materi dan media yang diberikan untuk pendidikan kesehatan</p> <p>O : Klien tampak tidur dengan meminum ASI (Air susu ibu)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>S : Ibu klien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam kompleks</p> <p>O : Kontrak waktu untuk melakukan pendidikan kejang demam kompleks pada tanggal 24 Desember 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kesempatan untuk bertanya <p>S : Ibu klien mengatakan masih belum mengerti dengan penyakit anaknya</p> <p>O : Ibu klien tampak kebingungan</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>S : Ibu klien belum mengerti</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan mampu dan siap untuk menerima pendidikan kesehatan tentang kejang demam - Ibu klien mengatakan mampu memahami dengan apa yang digunakan untuk menyampaikan materi dan media yang diberikan untuk pendidikan kesehatan - Ibu klien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang kejang demam kompleks - Ibu klien mengatakan masih belum mengerti dengan penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak kejang <p>S : 38,9°C</p> <p>N : 130x/menit</p> <p>RR : 40x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien tampak kebingungan - Kontrak waktu untuk melakukan pendidikan kejang demam kompleks pada tanggal 24 Desember 2022 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit Pengetahuan Belum Teratasi <p>P :</p>	

		tentang penyakit anaknya O : Ibu klien tampak kebingungan	- Intervensi dilanjutkan	
3.	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0037)	<p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar elektrolit serum S: - O: Natrium: 132 mmol/L Kalium: 5.1 mmol/L Chlorida: 109 mmol/L - Monitor mual, muntah dan diare S: Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare O: Klien tidak mengalami mual, muntah dan diare <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan S: O: Mencatat hasil pemantauan Natrium, kalium dan chlorida <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan S: - O: Menjelaskan hasil pemantauan ke orang tua klien 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium: 132 mmol/L Kalium: 5.1 mmol/L Chlorida: 109 mmol/L <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
4.	Risiko Jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun (D.0143)	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor risiko jatuh S : Ibu klien mengatakan anaknya masih lemas O : Pasien tampak tertidur dengan lemas - Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (Humpty Dumpty) S : - O : Total skor risiko jatuh skala humpty dumpty 16 <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang handrail tempat tidur S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail O : Tempat tidur klien sudah terpasang handrail - Mengatur tempat tidur mekanis 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya masih lemas - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail - Ibu klien mengatakan anaknya selalu dipantau oleh perawat - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak tertidur dengan lemas - Total skor risiko jatuh skala humpty dumpty 16 - Tempat tidur klien terpasang handrail - Perawat mengajarkan 	

		<p>pada posisi terendah S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman O : Klien tampak nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu dipantau oleh perawat O : Tempat tidur klien terpasang handrail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah <p>S : Ibu klien tampak antusias O : Perawat mengajarkan cara untuk meminta bantuan ketika berpindah - Mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat <p>S : Klien mengatakan mengerti O : Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel</p> </p>	<p>cara untuk meminta bantuan ketika berpindah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko jatuh Belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
5.	Risiko cedera berhubungan dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis <p>S : - O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor - Memonitor TTV <p>S : - O : Suhu 38,9°C</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh <p>S : Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur - Merendahkan ketinggian tempat tidur <p>S : - O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah - Memasang side-rail tempat tidur </p></p></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 38,9°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 3x22 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<p>S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail</p> <p>O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan segera melapor jika merasakan aura <p>S : -</p> <p>O : Ibu klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu <p>S : -</p> <p>O : Klien diberikan obat phenytoin 3 x 22 mg</p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KEDUA

Nama mahasiswa : Lita Dwifia N Nama klien (usia): An.A 7 bulan
 Tanggal pengkajian : 24-11-2022 Jenis Kelamin : Perempuan
 Ruang praktek : Ruang Melon Diagnosa medis: KDK Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 11 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-2

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Manajemen Hipertemia (I.155060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah turun O : Suhu : 37,5°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 132 mmol/L Kalium : 5.1 mmol/L Chorida : 109 mmol/L <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak menggunakan baju ketat O : Klien tampak menggunakan baju yang longgar - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI O : Klien diberikan ASI 300 cc/24 jam - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) S : Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin pada bagian dahi O : Ibu klien tampak sudah mengompres dingin pada dahi anaknya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan tirah baring S : Ibu klien mengatakan anaknya 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah turun - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak menggunakan baju ketat - Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI - Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin pada bagian dahi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium : 132 mmol/L - Kalium : 5.1 mmol/L - Chorida : 109 mmol/L - Suhu : 37,5°C - Klien diberikan ASI 300 cc/24 jam - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin 2x25mg melalui intravena - Klien diberikan obat rhinofed 4x80 g melalui intravena <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<p>selalu berbaring di tempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin 2x25mg melalui intravena - Klien diberikan obat rhinofed 4x80 g melalui intravena 		
2.	<p>Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D.0111)</p>	<p>Edukasi kesehatan (I.12383)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>S : Ibu klien paham tentang edukasi yang diberikan</p> <p>O : Klien tampak tidur dengan tenang dan ibu klien tampak kooperatif</p> <p>S : 37,5°C</p> <p>N : 139x/menit</p> <p>RR : 45x/menit</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan <p>S : Ibu klien mengatakan memahami materi dari edukasi yang diberikan</p> <p>O : Ibu klien tampak kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan <p>S : Ibu klien bersedia dan memahami edukasinya</p> <p>O : Klien tampak kooperatif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kesempatan untuk bertanya <p>S : Ibu klien bertanya apa yang belum mengerti tentang penyakit anaknya</p> <p>O : Ibu klien bertanya</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>S : Ibu klien mengatakan sudah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien paham tentang edukasi yang diberikan - Ibu klien mengatakan sudah mengetahui tentang faktor resiko dari kejang demam kompleks - Ibu klien bertanya apa yang belum mengerti tentang penyakit anaknya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidur dengan tenang dan ibu klien tampak kooperatif <p>S : 37,5°C</p> <p>N : 139x/menit</p> <p>RR : 45x/menit</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit Pengetahuan Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		mengetahui tentang faktor resiko dari kejang demam kompleks O : Ibu klien kooperatif		
3.	Risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kelebihan volume cairan (D.0037)	<p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar elektrolit serum S: - O: Natrium: 132 mmol/L Kalium: 5.1 mmol/L Chlorida: 109 mmol/L - Monitor mual, muntah dan diare S: Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare O: Klien tidak mengalami mual, muntah dan diare <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan S: O: Mencatat hasil pemantauan Natrium, kalium dan chlorida <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan S: - O: Menjelaskan hasil pemantauan ke orang tua klien 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium: 132 mmol/L Kalium: 5.1 mmol/L Chlorida: 109 mmol/L <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
4.	Risiko Jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun (D.0143)	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor resiko jatuh S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas O : Pasien terlihat aktif - Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skalla (Humpty Dumpty) S : - O : Total skor risiko jatuh skalla humpty dumpty 16 <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang handrail tempat tidur S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail O : Tempat tidur klien sudah terpasang handrail - Mengatur tempat tidur mekanis 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat aktif - Total skor risiko jatuh skalla humpty dumpty 16 - Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel - Perawat mengajarkan 	

		<p>pada posisi terendah S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman O : Klien tampak nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu dipantau oleh perawat O : Tempat tidur klien terpasang handrail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah <p>S : Ibu klien tampak antusias O : Perawat mengajarkan cara untuk meminta bantuan ketika berpindah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat <p>S : Klien mengatakan mengerti O : Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel</p>	<p>cara untuk meminta bantuan ketika berpindah</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
5.	Risiko cedera berhubungan dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis <p>S : - O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV <p>S : - O : Suhu 37,5°C</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh <p>S : Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur <ul style="list-style-type: none"> - Merendahkan ketinggian tempat tidur <p>S : -</p> </p></p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 37,5°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 3x22 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<p>O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah</p> <p>- Memasang side-rail tempat tidur</p> <p>S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail</p> <p>O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail</p> <p>Edukasi</p> <p>- Mengajukan segera melapor jika merasakan aura</p> <p>S : -</p> <p>O : Ibu klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi</p> <p>- Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien diberikan obat 3 x 22 mg</p>		
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA

Nama mahasiswa : Lita Dwifia N Nama klien (usia): An.A 7 bulan
 Tanggal pengkajian : 25-11-2022 Jenis Kelamin : Perempuan
 Ruang praktek : Ruang Melon Diagnosa medis: KDK Elektrolit Imbalance

Tabel 3. 12 Catatan Perkembangan An.A Hari Ke-3

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Manajemen Hipertemia (I.155060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah tidak demam O : Suhu : 36,5°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 133 mmol/L Kalium : 4.7 mmol/L Chorida : 113 mmol/L <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak menggunakan baju ketat O : Klien tampak menggunakan baju yang longgar - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya diberikan ASI O : Klien diberikan ASI 300 cc/24 jam - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) S : Ibu klien mengatakan sudah tidak melakukan kompres dingin O : Ibu klien sudah tidak mengompres anaknya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan tirah baring S : Ibu klien mengatakan anaknya aktif O : Klien tampak bermain dengan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah tidak demam - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak menggunakan baju ketat - Ibu klien mengatakan sudah tidak melakukan kompres dingin <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu : 36,5°C - Natrium : 133 mmol/L - Kalium : 4.7 mmol/L - Chorida : 113 mmol/L - Klien diberikan ASI 300 cc/24 jam - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin melalui oral - Klien diberikan obat rhinofed melalui oral <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	

		ayahnya Kolaborasi <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus O : - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari - Klien diberikan obat phenitoin melalui oral - Klien diberikan obat rhinofed melalui oral 		
2.	Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar (D.0111)	Edukasi kesehatan (I.12383) Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi S : Ibu klien mengatakan masih paham tentang edukasi yang diberikan (Dievaluai kembali) O : Klien tampak tidur dengan tenang dan ibu klien tampak kooperatif S : 36,5°C N : 141x/menit RR : 44x/menit Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Menyediakan materi dan media pendidikan kesehatan S : Ibu klien mengatakan masih memahami materi dari edukasi yang diberikan O : Ibu klien tampak kooperatif - Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan S : Ibu klien bersedia dan memahami edukasinya O : Klien tampak kooperatif - Memberikan kesempatan untuk bertanya S : Ibu klien sudah mengerti apa yang ditanyakan sebelumnya (Dievaluasi kembali) O : Ibu klien sudah mnegerti tentang 	S : <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan masih paham tentang edukasi yang diberikan (Dievaluai kembali) - Ibu klien masih paham tentang faktor resiko dari kejang demam kompleks - Ibu klien sudah mengerti apa yang ditanyakan sebelumnya (Dievaluasi kembali) O : <ul style="list-style-type: none"> - S : 36,5°C N : 141x/menit RR : 44x/menit - Ibu klien sudah mnegerti tentang oenyakit kejang demam kompleks A : <ul style="list-style-type: none"> - Defisit pengetahuan sudah teratasi P : <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	

		<p>oenyakit kejang demam kompleks</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan <p>S : Ibu klien masih paham tentang faktor resiko dari kejang demam kompleks</p> <p>O : Ibu klien kooperatif</p>		
3.	<p>Risiko ketidakseimbangan elektrolit ditandai dengan kelebihan volume cairan (D.0037)</p>	<p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor kadar elektrolit serum <p>S: -</p> <p>O: Natrium: 133 mmol/L Kalium: 4.7 mmol/L Chlorida: 113 mmol/L</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor mual, muntah dan diare <p>S: Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare</p> <p>O: Klien tidak mengalami mual, muntah dan diare</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan hasil pemantauan <p>S:</p> <p>O: Mencatat hasil pemantauan Natrium, kalium dan chlorida</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>S: -</p> <p>O: Menjelaskan hasil pemantauan ke orang tua klien</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami mual, muntah dan diare <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium: 133 mmol/L Kalium: 4.7 mmol/L Chlorida: 113 mmol/L <p>A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
4.	<p>Risiko Jatuh ditandai dengan usia ≤ 2 tahun (D.0143)</p>	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor risiko jatuh <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas</p> <p>O : Pasien terlihat aktif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (Humpty 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak lemas - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail - Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien terlihat aktif - Total skor risiko jatuh 	

		<p>Dumpty) S : - O : Total skor risiko jatuh skalla humpty dumpty 16</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang handrail tempat tidur S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah terpasang handrail O : Tempat tidur klien sudah terpasang handrail - Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah S : Ibu klien mengatakan tempat tidur anaknya sudah dalam posisi nyaman O : Klien tampak nyaman - Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu dipantau oleh perawat O : Tempat tidur klien terpasang handrail <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah S : Ibu klien tampak antusias O : Perawat mengajarkan cara untuk meminta bantuan ketika berpindah - Mengajukan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat S : Klien mengatakan mengerti O : Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel 	<p>skalla humpty dumpty 16</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mengajarkan cara memanggil bantuan dengan menekan bel - Perawat mengajarkan cara untuk meminta bantuan ketika berpindah <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
5.	Risiko cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis S : - O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor - Memonitor TTV 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail 	

		<p>S : - O : Suhu 36,4°C</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh <p>S : Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merendahkan ketinggian tempat tidur <p>S : - O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang side-rail tempat tidur <p>S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan segera melapor jika merasakan aura <p>S : - O : Ibu klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu <p>S : - O : Klien diberikan obat 3 x 22 mg</p>	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36,4°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 3x22 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Sudah Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

B. KASUS 2**PENGAJIAN DATA DASAR****Nama Mahasiswa : Lita Dwifia Nahrudin****Tempat : Ruang Melon, RSUD Cengkareng****Tanggal Pengkajian : 23-11-2022****I. Identitas Pasien dan Orang Tua**

Nama Anak : An..M
Usia : 5 Tahun 3 Bulan
Jenis Kelamin : Laki-laki
Anak ke : 2 dari 2 saudara
Tanggal Masuk : 22-11-2022
Diagnosa Medik : Kejang Demam Kompleks d.d Epilepsi
Usia Ayah/ Ibu : 38 tahun / 38 tahun
Agama : Islam
Suku Bangsa : Jawa
Alamat : Jln. Kapuk Cengkareng Jakarta Barat
Pendidikan Ayah / Ibu : SMA / SMP
Pekerjaan Ayah / Ibu : Konveksi / Ibu Rumah Tangga

II. Keluhan Utama

Pasien kejang sejak malam pukul 04.00 kejang 2x. Kejang kaku seluruh tubuh sebelum kejang pasien demam sejak 2 hari yang lalu. 1 hari lalu pasien diare.

Pasien sebelumnya tidak pernah kejang, diare 6 cair, tidak muntah dan ada batuk. Hasil ttv didapatkan bahwa N:150x/menit, Rr:37x/menit, S:40,7^oC dan BB= 16 kg.

III. Keadaan Sakit Saat ini

Ibu klien mengatakan anaknya kejang, Ibu klien mengatakan anaknya demam, ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang dalam 3x selama 24 jam. Kulit teraba hangat. Ibu klien mengatakan anaknya batuk dirumah sudah 4 hari, ibu klien mengatakan dada anaknya tidak bisa keluar. Terdapat suara napas tambahan (wheezing), An.M tampak gelisah. Ibu klien mengatakan anaknya memiliki riwayat kejang dirumah dan di IGD. Anaknya kejang 3x selama ≤ 3 menit secara berulang, kejang kaku seluruh tubuh. Kesadaran composmentis, Pupil isokor GCS 15 E₄M₅V₆, Konjungtiva anemis, Tidak ada luka dikepala, Hasil CT-Scan tak tampak kelainan. Hasil TTV didapatkan bahwa, N:130x/menit, S: 39^oC, Rr: 36x/menit, Spo2: 98%, BB: 16 kg.

IV. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

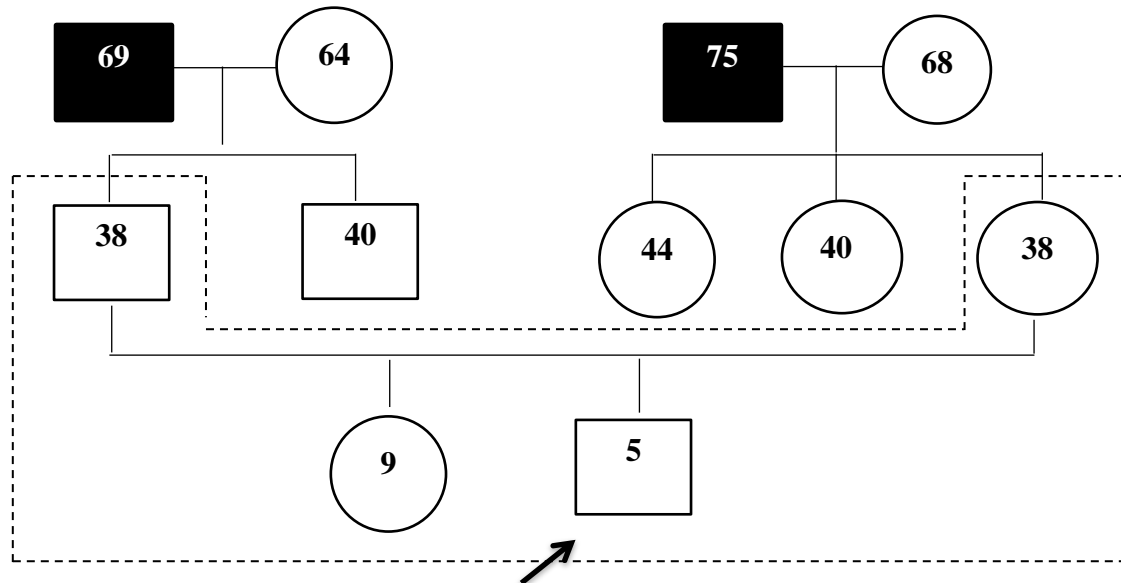
1. Prenatal : Ibu klien mengatakan hamil An.m selama 39 minggu dan An.m merupakan anak ke 2 lahir secara normal
2. Intranatal : Ibu klien mengatakan selama hamil An.m tidak ada keluhan kesehatan
3. Postnatal : Ibu klien mengatakan melahirkan An.m secara normal dengan Berat Badan Lahir 3500 gram dan Panjang Badan Lahir 52 cm.

V. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

1. **Penyakit masa kanak-kanak** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mempunyai riwayat kejang
2. **Pernah dirawat di RS** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak pernah di rawat di Rs
3. **Obat-obatan yang digunakan** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengkonsumsi obat yang berkepanjangan yang diberikan resep dokter
4. **Tindakan (operasi)** : Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah dioperasi
5. **Alergi** : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada alergi
6. **Kecelakaan** : Ibu klien mengatakan anaknya belum pernah kecelakaan

VI. Riwayat Keluarga (disertai Genogram)

Bagan 3. 2 Genogram An.M



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Meninggal
- ↗ : Klien

VII. Riwayat Sosial

- a. **Yang mengasuh** : Ibu klien mengatakan anaknya diasuh oleh ibunya sendiri
- b. **Hubungan dengan anggota keluarga** : Ibu klien mengatakan anaknya hubungan dengan anggota keluarga baik.
- c. **Hubungan dengan teman sebaya** : Ibu klien mengatakan anaknya di

rumah sering bermain dengan teman sebayanya.

d. **Pembawaan secara umum:** Ibu klien mengatakan bahwa An.M merupakan anak yang bertanggung jawab dengan apa yang sudah menjadi kewajibannya.

e. **Lingkungan rumah:** Ibu klien mengatakan jarak rumahnya dekat dengan jalan, selain itu keluarga pasien juga mengatakan bahwa rumahnya terpapar sinar matahari dikarenakan posisi rumahnya berada di pinggir jalan, sehingga matahari masuk ke dalam rumahnya. Ibu klien mengatakan rumahnya terdapat jendela yang selalu di buka saat pagi hari.

VIII. Kebutuhan Dasar

a. Nutrisi

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan selera makan anaknya baik, menu makan nasi dan lauk, ibu klien mengatakan anaknya makan 3x sehari dengan porsi dihabiskan.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan selera makan anaknya sedikit menurun,

ibu klien mengatakan makan 3x sehari dengan porsi 5-6 sendok makan.

b. Tidur

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan tidur siang dari jam 13.00-14.00, tidur malam 21.00-05.30 tidak ada kesulitan tidur.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan tidur siang dari jam 13.00-14.00, tidur malam dari jam 22.30-05.30, saat malam hari klien sering terbangun dari tidurnya.

c. Eliminasi

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan BAB 2x sehari dengan konsistensi semi padat, tidak ada kesulitan saat buang air besar. BAK 3 sampai 4 kali sehari dengan warna kuning jernih, berbau khas dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan BAB 1 x sehari dengan konsistensi semi padat, tidak ada kesulitan saat buang air besar. BAK 3x sehari dengan warna kuning jernih, berbau khas dan tidak ada kesulitan saat buang air kecil.

d. Istirahat tidur

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sering tertidur dengan nyenyak.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sering tertidur dengan nyenyak.

e. Aktivitas

Sebelum sakit : Ibu klien mengatakan anaknya sangat aktif bermain dengan teman sebayanya.

Saat sakit : Ibu klien mengatakan anaknya hanya menghabiskan waktu untuk istirahat di tempat tidur rumah sakit.

IX. Pemeriksaan Tingkat Pertumbuhan dan Perkembangan

1. Pertumbuhan Fisik

Ibu klien mengatakan anaknya memiliki tinggi badan 52 cm dan memiliki berat badan 16 kg

2. Perkembangan Motorik Kasar

Ibu klien mengatakan anaknya mampu berjalan dan mampu bermain aktif saat sehat dan tidak ada kendala saat bermain

3. Perkembangan Motorik Halus

Ibu klien mengatakan anaknya mampu menggambar sendiri

4. Tidur

Ibu klien mengatakan anaknya tidur bersama orang tuanya.

5. Perkembangan Bahasa

Klien mampu mengucapkan kata dengan baik

6. Perkembangan Sosial

Pada saat berkomunikasi dengan perawat klien tampak malu dan hanya berdiam saja

7. Perkembangan Kognitif

Klien mampu menjawab dengan benar dan berbahasa indonesia

X. Tinjauan Sistem

1. Keadaan umum dan tanda-tanda vital

- 1) Keadaan Umum : Composmentis
- 2) TB dan BB : 108 cm dan 16 kg
- 3) Lingkar Kepala : 49 cm
- 4) Lingkar Lengan : 12 cm
- 5) Suhu : 38,6°C
- 6) Nadi : 130x/menit
- 7) Pernafasan : 36x/menit

2. Pengkajian Kardiovaskuler

- 1) Nadi : 130x/menit
- 2) Denyut Apeks-frekuensi, irama dan kualitas : Ictus cordis, terletak di garis midklavikula. Sinistra intercosta IV. Bunyi Ronkhi.
- 3) Nadi Perifer (ada / tdak ada); jika ada, frekuensi, irama, kualitas dan perbedaan antara ekstremitas: ada frekuensi 120x/menit, irama reguler

3. Pemeriksaan toraks dan hasil auskultasi

- 1) Lingkar dada (toraks) : 65cm
- 2) Adanya deformitas : Tidak terdapat deformitas
- 3) Bunyi jantung : BJ1 BJ2 normal (lup dup)

4. Tampilan umum

- 1) Tingkat aktifitas : tidak aktif, pasien tampak lemas
- 2) Perilaku; apatis, gelisah, ketakutan: Pasien cooperative
- 3) Jari tangan (clubbing finger): Tidak ada
- 4) CRT: Capillary Refill Time >3 Detik

5. Kulit

- 1) Warna : Putih
- 2) Elastisitas : <3 detik
- 3) Suhu : 38,6°C

6. Edema

- 1) Periorbital : Tidak ada edema periorbital
- 2) Ekstremitas : Tidak ada edema ekstremitas

7. Pengkajian Respiratori

- 1) Bernafas
 1. Frekuensi pernafasan, keadaan dan kesimetrisan : 130x/menit
tampak simetris
 2. Pola nafas ; apnea, takipnea : Tidak normal (vesikuler)
 3. Retraksi : Tidak terdapat retraksi dinding dada
 4. Pernafasan cuping hidung : Terdapat pernafasan cupping hidung
 5. Posisi yang nyaman : Ibu klien mengatakan anaknya lebih nyaman dengan posisi setengah duduk (Posisi supinasi)
- 2) Hasil auskultasi toraks

(1) Bunyi nafas : Terdengar wheezing dan vesikuler

(2) Fase ekspirasi dan inspirasi memanjang : Tidak ada

3) Hasil pemeriksaan toraks

(1) Lingkar dada : Sinus dan diafragma normal

(2) Bentuk dada : Simetris

8. Pengkajian Neurologik

1) Tingkat kesadaran: (hasil GCS) : E:4, M:6, V:5

2) Pemeriksaan kepala

(1) Bentuk kepala : Mesosepal

(2) Fontanel : Tidak ada

(3) Lingkar kepala (dibawah 2 tahun) : -

9. Reaksi pupil

1) Ukuran : 3mm/3mm, pupil isokor.

2) Reaksi terhadap cahaya : Normal +/+. Mengecil ketika terkena cahaya

10. Aktivitas kejang

1) Jenis : Kejang demam kompleks

2) Lamanya : < 3 menit

11. Fungsi sensoris

1) Reaksi terhadap nyeri : Respon fisiologis dan perilaku

12. Refleks

1) Refleks tendo dan superficial : Normal

- 2) Refleks patologis : Normal

13. Kemampuan intelektual (tergantung tingkat perkembangan)

- 1) Perkembangan menulis dan menggambar : Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa menggambar dan menulis
- 2) Kemampuan membaca: Ibu klien mengatakan anaknya belum bisa membaca dan masih di ejah

14. Pengkajian Gastrointestinal

- 1) Hidrasi : Normal
- 2) Tugor kulit : Elastis
- 3) Membran mukosa : Mukosa bibir kering
- 4) Asupan dan haluaran : 960 ml/hari, BAK 3x/hari

15. Abdomen

- 1) Nyeri : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri pada bagian perut
- 2) Kekakuan : Ibu klien mengatakan tidak ada kekakuan pada abdomen
- 3) Bising usus : 20x/menit
- 4) Muntah; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : Ibu klien mengatakan anaknya tidak mengalami muntah
- 5) Feses; jumlah, frekuensi dan karakteristiknya : BAB 2x dengan konsistensi padat, berwarna kuning
- 6) Kram : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada kram abdomen

16. Pengakajian Renal Fungsi ginjal

- 1) Nyeri tekan pinggang atau suprapubik : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri tekan pada pinggang
- 2) Disuria : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada nyeri saat berkemih
- 3) Pola berkemih : Ibu klien mengatakan anaknya BAK 3x/hari
- 4) Adanya acites : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada acites
- 5) Adanya edema scrotum, periorbital, tungkai bawah : Ibu klien mengatakan anaknya tidak ada pembengkakan (edema)

17. Karakteristik urine dan urinasi

- 1) Urine tampak bening atau keruh : Bening
- 2) Warna : Kekuningan
- 3) Bau; ammonia, aseton : Ammonia
- 4) Berat jenis : 800 cc
- 5) Menangis setelah berkemih : Ibu klien mengatakan anaknya tidak menangis saat berkemih (BAK)

18. Genitalia

- 1) Iritasi : Ibu klien mengatakan tidak terdapat iritasi di area genitalia, tidak tampak adanya ruam merah di area genitalia, tidak terdapat pembengkakan di area genitalia dan sekitarnya, tidak ada nyeri di bagian genitalia.

- 2) Secret : Ibu klien mengatakan tidak terdapat secret diarea genitalia.

19. Pengkajian Muskuloskeletal Fungsi motorik kasar

- 1) Ukuran otot; adanya atrofi atau hipertropi otot : Ukuran otot normal
- 2) Tonus otot; spastisitas, rentang gerak terbatas : Tidak terdapat keterbatasan gerak
- 3) Kekuatan : Kekuatan normal
- 4) Gerakan abnormal : Tidak terdapat gerakan abnormal

20. Fungsi motorik halus

- 1) Manipulasi mainan : Ibu klien mengatakan anaknya sering bermain bersama teman sebayanya
- 2) Menggambar : Ibu klien mengatakan anaknya bisa menggambar

21. Kontrol postur

- 1) Mempertahankan posisi tegak : Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa berjalan
- 2) Bergoyang-goyang : Ibu klien mengatakan anaknya sudah bisa bergoyang-goyang

22. Persendian

- 1) Rentang gerak : Rentang gerak normal
- 2) Kontraktur : Tidak ada kontraktur
- 3) Adanya edema dan nyeri: Tidak terdapat edema dan nyeri di area persendian

- 4) Tonjolan abnormal : Tidak terdapat tonjolan yang abnormal pada persendian

23. Tulang Belakang

- 1) Lengkung tulang belakang ; scoliosis, kifosis : Tidak terdapat kelainan pada tulang belakang klien seperti skoliosis,kifosis.

24. Pengkajian Hematologik Kulit

- 1) Warna : Putih: sawo matang
- 2) Adanya ptekie, memar : Tidak terdapat ptekie ataupun memar pada kulit
- 3) Perdarahan dari membrane mukosa atau dari luka suntikan atau fungsi vena : Terdapat luka suntikan

25. Abdomen

- 1) Pembesaran hati : Tidak terdapat pembesaran hati pada abdomen
- 2) Pembesaran limpa : Tidak terdapat pembesaran limpa pada abdomen

26. Pengkajian Endokrin>Status hidrasi

- 1) Poliuria : Tidak ada polyuria
- 2) Polifagia : Tidak ada polifagia
- 3) Polidipsi : Tidak ada polidipsi
- 4) Kulit kering : Tidak terdapat kulit kering

27. Tampilan umum

- 1) Alam perasaan : Gelisah

- 2) Iritabilitas : Tidak ada iritabilitas
- 3) Sakit kepala : Tidak ada sakit kepala
- 4) Gemetar : Ibu klien mengatakan ada gemetar pada saat kejang berlangsung

28. Obat-obatan saat ini

Tabel 3. 13 Obat-obatan An.M

Nama Obat	Dosis	Indikasi	Kontraindikasi	Efeksamping
Oral				
Phenytoin	2 x 50 mg	Mengendalikan kejang pada penderita epilepsi	Hipersensitivitas terhadap phenytoin atau hepatotoksisitas	Gangguan saluran cerna, pusing, nyeri, kepala, tremor dan insomnia
Ambroxol	3 x 1 puyer	Sebagai sekretolitik pada gangguan saluran nafas akut dan kronis khususnya pada eksaserbasi bronkitis kronis dan bronkitis asma dan sma bronkial	Hipersensitivitasterhadap ambroxol	Mual, muntah, diare,sakit perut,mulut atau tenggorokan kering
Salbutamol	1/5 mg	Asma dan kondisi lain yang berkaitan dengan obstruksi saluran napas yang reversibel	Hipersensitif salbutamol	Takikardi, palpitasi,mual,muntah, kram otot, tremor dan sakit kepala
Curcuma	2 x 1	Membantu memelihara kesehatan fungsi hati	Hipersensitif atau alergi	Anoreksia dan ikterus
Injeksi				
Paracetamol	3 x 160 mg	Mengurangi nyeri ringan hingga sedang, sekaligus mengurangi demam	Gangguan fungsi hati berat, hipersensitivitas	Reaksi hipersensitivitas, ruam kulit, kelainan darah.
Omeprazol	1 x16 mg	Tukak lambung dan tukak duodenum, lesi lambung dan duodlenum	Sebaiknya obat omeprazole tidak diberikan kepada pasien yang alergi terhadap kandungan obat ini	Vertigo, alopesia, ginekomastia,impotensi,somatitis

Acyclovir	3 x 160 mg	Mengatasi infeksi virus herpes	Hipersensitif	Pusing, ngantuk, sakit kepala, mual dan muntah
Cefoperazon	2 x 800 mg	Infeksi saluran nafas bawah dan atas, infeksi saluran urin, peritonitis, kolesistitis dan kolangitis	Alergi terhadap antibiotik golongan sefalosporin	Hipersensitivitas, kemerahan makulopapular, urtikaria, eosinofilia dan demam

29. Pemeriksaan Laboratorium

Nama Pasien : An.M

Pemeriksaan urine lengkap tanggal 23 November 2022

Tabel 3. 14 Pemeriksaan Laboratorium An.M

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Makroskopik			
Warna		Kuning muda	
Kejernihan		Jernih	
Berat jenis	1.005-1030	1.015	Normal
PH	5.0-8.0	7.5	Normal
Kimia Urine			
Glukosa		Negatif	
Bilirubin	Negatif	Negatif	Normal
Keton	Negatif	Negatif	Normal
Darah	Negatif	Negatif	Normal
Protein	Negatif	Negatif	Normal
Urobilinogen	0,1-1,0	0,2	Normal

Nitrit	Negatif	Negatif	Normal
Leukosit Esterase	Negatif	Negatif	Normal
Sedimen			
Leukosit		1-4 sel/LPB	
Eritrosit		Negatif	
Epitel		1-4 sel/LPB	
Bakteri		Negatif	
Kristal		Amorf (1+:1-4) LPB	
Silinder		(-) / Negatif	
Lain-lain		Negatif	

Nama Pasien : An.M

Pemeriksaan laboratorium tanggal 22 November 2022

Tabel 3. 15 Pemeriksaan Laboratorium An.M

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Hema I			
Hemoglobin	10.1-12.9 g/dL	11.4 g/dL	Normal
Hematokrit	32-44 %	34 %	Low
Leukosit	6.0-17.5 $10^3 \mu\text{L}$	9.1 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Trombosit	229-553 $10^3 \mu\text{L}$	282 $10^3 \mu\text{L}$	Normal
Elektrolit Serum (Na-K-Cl)			

Natrium	136-146 mmol/L	132 mmol/L	Low
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	5.1 mmol/L	Normal
Chlorida	98-106 mmol/L	109 mmol/L	High

Pemeriksaan laboratorium tanggal 24 November 2022

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Nilai Saat Ini	Interpretasi
Kimia Klinik			
AST/SGOT (Enzimatik 37°C)	<36	81 µ/L	High
ALT/SGPT (Enzimatik 37°C)	<29	65 µ/L	High
Calcium Total	8.8-10.8	9.1 mg/dL	Normal
Elektrolit Serum (Na-K-Cl)			
Natrium	136-146 mmol/L	141 mmol/L	Normal
Kalium	3.5-5.0 mmol/L	4.1 mmol/L	Normal
Chlorida	98-106 mmol/L	108 mmol/L	High

30. Pemeriksaan Diagnostik

a. CT Scan Kepala

Dilakukan pemeriksaan CT Scan kepala potongan axial tanpa dan dengan kontras. Potongan sejajar orbitomeatal line sampai ke vertex.

Tak tampak lesi hipo/hiperdensitas di parenhim serebri. Sulci dan gyri tak melebar. Tak tampak deviasi midline. Deferensi substanisa alba dan grisea= normal. Sistim ventrikel tak melebar. Brain stem serebellum: Tak

tampak kelainan. Tampak defek di tulang-tulang kepala.

Kesan: CT Scan tak tampak kelainan.

b. Thorax

Sinus dan diafragma tak tampak kelainan. Jantung tak membesar, aorta konfigurasi normal. Pulmo tampak corakan luas infiltrat di perihilar dan paracardial kanan. Hillus dan corakan bronkovaskuler tak prominen.

Pleura dan tulang tak tampak kelainan.

Kesan = infiltrat luas di perihilar dan paracardial kanan

XI. Data Fokus

Nama Mahasiswa	: Lita Dwifia N	Nama Klien (usia)	: An.M
Tanggal Pengkajian	: 23-11-2022	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Ruangan Praktek	: Ruang Melon	Diagnosa	: KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 16 Data Fokus An.M

DATA SUBJEKTIF	DATA OBJEKTIF
- Ibu klien mengatakan anaknya kejang	- Kulit teraba hangat
- Ibu klien mengatakan anaknya demam	- Terdapat suara napas tambahan (wheezing)
- Ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang dalam 3x selama 24 jam.	- An.M tampak gelisah
- Ibu klien mengatakan anaknya batuk dirumah sudah 4 hari	- An.M kejang 3x selama ≤ 3 menit secara berulang, kejang kaku seluruh tubuh
- Ibu klien mengatakan dahak anaknya tidak bisa keluar	- Hasil TTV didapatkan bahwa
-	- N:130x/menit
	- S: 39°C
	- Rr: 36x/menit
	- Spo2: 98%
	- BB: 16 kg.

XVII. Analisa Data

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N Nama Klien (usia) : An.M
 Tanggal Pengkajian : 23-11-2022 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Ruangan Praktek : Ruang Melon Diagnosa : KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 17 Analisa Data An.M

Data Fokus	Masalah	Etiologi
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya kejang - Ibu klien mengatakan anaknya demam - Ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang dalam 3x selama 24 jam <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit teraba hangat. - Hasil TTV didapatkan bahwa: N:130x/menit - S: 39°C - Rr: 36x/menit, Spo2: 98% - BB: 16 kg. 	Hipertermi (D.0130)	Proses penyakit
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya batuk dirumah sudah 4 hari - Ibu klien mengatakan dahak anaknya tidak bisa keluar. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat suara napas tambahan (wheezing) - An.M tampak gelisah 	Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0149)	Spasme jalan nafas
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya memiliki riwayat kejang dirumah dan di IGD. <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anaknya kejang 3x selama ≤ 3 menit secara berulang - Kejang kaku seluruh tubuh 	Resiko cedera (D.0136)	Perubahan fungsi psikomotor

XVIII. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 18 Diagnosa Keperawatan An.M

No	Diagnosa Keperawatan	Kode
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit	(D.0130)
2.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas	(D.0149)
3.	Risiko cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor	(D.0136)

XIX. Rencana Keperawatan

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N Nama Klien (usia) : An.M
 Tanggal Pengkajian : 23-11-2022 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Ruangan Praktek : Ruang Melon Diagnosa : KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 19 Intervensi Keperawatan An.M

No	DS dan DO	Dx Kep	Perencanaan	
			Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi
1.	Data Subjektif - Ibu klien mengatakan anaknya kejang - Ibu klien mengatakan anaknya demam - Ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang dalam 3x selama 24 jam Data Objektif - Kulit teraba hangat. - Hasil TTV didapatkan bahwa - N:130x/menit - S: 38,6°C	Hipertemi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hipertermi teratasi dengan kriteria hasil : Termoregulasi - Kejang menurun - Takikardi menurun - Suhu tubuh membaik - Suhu kulit membaik (L.14134)	Manajemen Hipertermia (I.155060) Observasi - Monitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu Terapeutik - Longgarkan pakaian - Berikan cairan oral - Lakukan pendinginan eksternal (kompres dingin pada dahi dan aksila) Edukasi - Anjurkan tirah baring Kolaborasi - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena

	<ul style="list-style-type: none"> - Rr: 36x/menit - Spo2: 98% - BB: 16 kg. 			
2.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan anaknya batuk dirumah sudah 4 hari - Ibu klien mengatakan dada anaknya tidak bisa keluar. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat suara napas tambahan (wheezing) - An.M tampak gelisah 	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas (D.0149)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum menurun - Suara nafas tambahan wheezing menurun - Pola nafas membaik (L.01001) 	<p>Manajemen Jalan Napas</p> <p>(I.01011) Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) - Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posisikan semi-fowler - Berikan minum hangat - Lakukan fisioterapi dada, jika perlu <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu
3.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakans anaknya memiliki riwayat kejang dirumah dan di IGD. <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anaknya kejang 3x selama ≤ 3 menit secara berulang - Kejang kaku seluruh tubuh 	Risiko cedera berhubungan dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko cedera teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mengidentifikasi faktor resiko/pemicu kejang meningkat - Melaporkan frekuensi kejang menurun (L.05050) 	<p>Pencegahan Kejang</p> <p>(I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor status neurologis - Monitor TTV <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baringkan pasien agar tidak terjatuh - Rendahkan ketinggian tempat tidur - Pasang side-railtempat tidur

				Edukasi - Anjurkan segera melapor jika merasakan aura Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antikonvulsan, JP
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

XX. CATATAN PERKEMBANGAN HARI PERTAMA

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N Nama Klien (usia) : An.M
Tanggal Pengkajian : 23-11-2022 Jenis Kelamin : Laki-laki
Ruangan Praktek : Ruang Melon Diagnosa : KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 20 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-1

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Manajemen Hipertemia (I.155060) Observasi - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan anaknya masih demam O : Suhu : 39°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 130 mmol/L Kalium : 3.8 mmol/L Chorida : 97 mmol/L Terapeutik - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju yang ketat O : Klien tampak menggunakan baju yang ketat - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum O : Klien tampak diberikan air minum - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) S : Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin yang	S : - Ibu klien mengatakan anaknya masih demam - Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju yang ketat - Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum - Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres dingin yang dianjurkan perawat O : - Suhu : 39°C - Natrium : 130 mmol/L - Kalium : 3.8 mmol/L - Chorida : 97 mmol/L - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien terpasang infus D5 ¼ NS 1000 24/jam A :	

		<p>dianjurkan perawat O : Ibu klien tampak sudah mengompres dingin pada anaknya</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan tirah baring S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu berbaring di tempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus O : <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus D5 ¼ NS 1000 24/jam 	<ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi belum teratasai <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas (D.0149)	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S : Ibu klien mengatakan napas anaknya masih sesak O : RR : 36x/menit Spo2 : 97% - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) S : Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk-batuk O : Bunyi wheezing - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S : Ibu klien mengatakan dahak anaknya belum bisa keluar O : Klien tidak bisa mengeluarkan dahaknya <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memosisikan semi-fowler S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu tertidur terlentang O : Klien tampak tertidur terlentang - Memberikan minum hangat 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan napas anaknya masih sesak - Ibu klien mengatakan anaknya masih batuk-batuk - Ibu klien mengatakan dahak anaknya belum bisa keluar - Ibu klien mengatakan anaknya dilakukan nebulizer 3x sehari - Ibu klien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang tehnik batuk efektif <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 36x/menit Spo2 : 97% - Bunyi wheezing - Kontrak waktu untuk melakukan pendidikan kesehatan tentang tehnik batuk efektif - Klien diberikan nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 	

		<p>S : Ibu klien mengatakan sudah memberikan anaknya minum air hangat</p> <p>O : Ibu klien tampak sesekali memberi minum air hangat pada anaknya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan fisioterapi dada, jika perlu <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya dilakukan nebulizer 3x sehari</p> <p>O : Klien mendapatkan fisioterapi dada setiap hari oleh ahli fisioterapi</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan tehnik batuk efektif <p>S : Ibu klien bersedia untuk diberikan pendidikan kesehatan tentang tehnik batuk efektif</p> <p>O : Kontrak waktu untuk melakukan pendidikan kesehatan tentang tehnik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>S : -</p> <p>O : Klien diberikan nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 1:1 amp</p>	<p>1:1 amp</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Bersihan Jalan Nafas Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
3.	Risiko cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis <p>S : -</p> <p>O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV <p>S : -</p> <p>O : Suhu 39°C</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh <p>S : Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur</p> <p>O : Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merendahkan ketinggian tempat tidur <p>S : -</p> <p>O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan akan menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 39°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Memasang side-rail tempat tidur S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan segera melapor jika merasakan aura S : - O : Ibu klien tampak paham <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu S : - O : Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg 		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KEDUA

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N Nama Klien (usia) : An.M
 Tanggal Pengkajian : 24-11-2022 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Ruang Praktek : Ruang Melon Diagnosa : KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 21 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-2

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	<p>Manajemen Hipertemia (I.155060)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah turun O : Suhu : 37,5°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 130 mmol/L Kalium : 3.8 mmol/L Chorida : 97 mmol/L <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju longgar O : Klien tampak menggunakan baju yang longgar - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum O : Klien tampak diberikan air minum - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) S : Ibu klien mengatakan sudah melakukan kompres hangat yang dianjurkan perawat O : Ibu klien tampak sudah mengompres hangat pada anaknya <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan tirah baring S : Ibu klien mengatakan anaknya selalu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah turun - Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju longgar - Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Natrium : 130 mmol/L - Kalium : 3.8 mmol/L - Chorida : 97 mmol/L - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<p>berbaring di tempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari 		
2.	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas (D.0149)</p>	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S : Ibu klien mengatakan sesak napas anaknya sudah berkurang O : RR : 36x/menit Spo2 : 97% - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) S : Ibu klien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang O : Bunyi wheezing -/- - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S : Ibu klien mengatakan dahak anaknya sudah bisa dikeluarkan O : Dahak berwarna kekuningan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memposisikan semi-fowler S : Ibu klien mengatakan anaknya tidur dalam posisi setengah duduk O : Klien tampak tertidur - Memberikan minum hangat S : Ibu klien mengatakan sudah memberikan anaknya minum air hangat O : Ibu klien tampak sesekali memberi minum air hangat pada anaknya - Melakukan fisioterapi dada, jika perlu S : Ibu klien mengatakan anaknya dilakukan nebulizer 3x sehari O : Klien mendapatkan fisioterapi dada setiap hari oleh ahli fisioterapi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan sesak napas anaknya sudah berkurang - Ibu klien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang - Ibu klien mengatakan dahak anaknya sudah bisa dikeluarkan - Ibu klien mengerti yang disampaikan tentang cara tehnik batuk efektif <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 36x/menit - Spo2 : 97% - Bunyi wheezing -/- - Dahak berwarna kekuningan - Klien mendapatkan fisioterapi dada setiap hari oleh ahli fisioterapi - Klien diberikan 3x1 nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 1:1 amp <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Bersihan Jalan Nafas Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan tehnik batuk efektif <p>S : Ibu klien mengerti yang disampaikan tentang cara tehnik batuk efektif</p> <p>O : Klien sudah mempraktekan tehnik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu <p>S : -</p> <p>O : Klien diberikan 3x1 nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 1:1 amp</p>		
3.	Risiko cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis <p>S : -</p> <p>O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV <p>S : -</p> <p>O : Suhu 37,5°C</p> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh <p>S : Ibu klien mengatakan selalu menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur</p> <p>O : Klien tampak berbaring di tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Merendahkan ketinggian tempat tidur <p>S : -</p> <p>O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang side-rail tempat tidur <p>S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail</p> <p>O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan segera melapor jika 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan selalu menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 37,5°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh Belum Teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	

		merasakan aura S : - O : Ibu klien tampak paham Kolaborasi - Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu S : - O : Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN HARI KETIGA

Nama Mahasiswa : Lita Dwifia N Nama Klien (usia) : An.M
 Tanggal Pengkajian : 25-11-2022 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Ruangan Praktek : Ruang Melon Diagnosa : KDK d.d Epilepsi

Tabel 3. 22 Catatan Perkembangan An.M Hari Ke-3

No	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi (SOAP)	Paraf
1.	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit (D.0130)	Manajemen Hipertemia (I.155060) Observasi - Memonitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu S : Ibu klien mengatakan anaknya sudah tidak demam O : Suhu : 36,5°C - Memonitor kadar elektrolit S : - O : Natrium : 141 mmol/L Kalium : 4.1 mmol/L Chorida : 108 mmol/L Terapeutik - Melonggarkan pakaian S : Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju longgar O : Klien tampak menggunakan baju yang longgar - Memberikan cairan oral S : Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum	S : - Ibu klien mengatakan demam anaknya sudah tidak demam - Ibu klien mengatakan anaknya menggunakan baju longgar - Ibu klien mengatakan anaknya sering diberikan air minum - Ibu klien mengatakan sudah tidak diberikan kompres hangat O : - Natrium : 141 mmol/L - Kalium : 4.1 mmol/L	

		<p>O : Klien tampak diberikan air minum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi, leher, dada, abdomen dan aksila) <p>S : Ibu klien mengatakan sudah tidak diberikan kompres hangat</p> <p>O : Ibu klien tampak tidak memberikan kompres air hangat</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan tirah baring <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya sangat aktif</p> <p>O : Klien tampak aktif</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya terpasang infus</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari 	<ul style="list-style-type: none"> - Chorida : 108 mmol/L - Klien terpasang infus Kaen 1B 500 cc/hari <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah hipertermi teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan 	
2.	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas (D.0149)	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) <p>S : Ibu klien mengatakan sesak napas anaknya sudah berkurang</p> <p>O : RR : 36x/menit Spo2 : 97%</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) <p>S : Ibu klien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang</p> <p>O : Bunyi wheezing -/-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>S : Ibu klien mengatakan dahak anaknya sudah bisa dikeluarkan</p> <p>O : Dahak berwarna kekuningan</p> <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memposisikan semi-fowler <p>S : Ibu klien mengatakan anaknya tidur dalam posisi setengah duduk</p> <p>O : Klien tampak tertidur</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan sesak napas anaknya sudah berkurang - Ibu klien mengatakan batuk anaknya sudah berkurang - Ibu klien mengatakan dahak anaknya sudah bisa dikeluarkan - Ibu klien mengerti yang disampaikan tentang cara tehnik batuk efektif <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - RR : 36x/menit - Spo2 : 97% - Bunyi wheezing -/- - Dahak berwarna kekuningan - Klien mendapatkan fisioterapi dada setiap hari oleh ahli fisioterapi - Klien diberikan 3x1 nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan minum hangat S : Ibu klien mengatakan sudah memberikan anaknya minum air hangat O : Ibu klien tampak sesekali memberi minum air hangat pada anaknya - Melakukan fisioterapi dada, jika perlu S : Ibu klien mengatakan anaknya dilakukan nebulizer 3x sehari O : Klien mendapatkan fisioterapi dada setiap hari oleh ahli fisioterapi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan tehnik batuk efektif S : Ibu klien mengerti yang disampaikan tentang cara tehnik batuk efektif O : Klien sudah mempraktekan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu S : - O : Klien diberikan 3x1 nebulizer dengan obat Combivent Pulmicort 1:1 amp 	<p>1:1 amp</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Bersihan Jalan Nafas Belum Teratasi Sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
3.	Risiko cedera ditandai dengan Perubahan fungsi psikomotor (D.0136)	<p>Pencegahan Kejang (I.14542)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status neurologis S : - O : Kesadaran klien composmentis tidak terdapat penurunan psikomotor - Memonitor TTV S : - O : Suhu 36,5°C <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaringkan pasien agar tidak terjatuh S : Ibu klien mengatakan selalu menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur O : Klien tampak berbaring di tempat tidur - Merendahkan ketinggian tempat tidur 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu klien mengatakan selalu menjaga anaknya agar tidak terjatuh ditempat tidur - Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu 36,5°C - Klien tampak berbaring di tempat tidur - Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Resiko Jatuh 	

		<p>S : - O : Ketinggian tempat tidur sudah dititik terendah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang side-rail tempat tidur <p>S : Ibu klien mengatakan selalu memasang side-rail O : Side-rail terpasang dan perawat mengingatkan kembali kepada ibunya untuk selalu memasang side-rail</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajukan segera melapor jika merasakan aura <p>S : - O : Ibu klien tampak paham</p> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengkolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika Perlu <p>S : - O : Klien diberikan obat phenytoin 2x50 mg</p>	<p>Belum Teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis membandingkan antara teori dari BAB II dengan kasus 1 dan 2 di BAB III yang dilaksanakan selama 3 hari implementasi. Asuhan keperawatan tersebut meliputi: pengkajian, perumusan diagnosa, rencana asuhan keperawatan, melakukan implementasi dan melakukan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

1. Menurut Teori

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan upaya untuk pengumpulan data secara lengkap dan sistematis mulai dari pengumpulan data hingga evaluasi keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social dan spiritual. Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri, kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif. Pengkajian adalah pengumpulan data secara lengkap dan sistematis untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi pasien baik fisik, mental, sosial maupun spiritual dapat ditentukan (Purba, 2019).

2. Menurut Kasus

Penulis melakukan pengkajian pada pasien pertama yaitu An.A pada tanggal 23

November 2022 dengan hasil pengkajian didapatkan adalah Ibu klien mengatakan badan anaknya masih demam, ibu klien mengatakan anaknya kejang 2x di rumah selama <1 menit. Tubuh klien teraba panas, klien tampak lemas, kulit terasa hangat. Ibu klien mengatakan anaknya riwayat kejang berulang dalam 24 jam. Hasil pengkajian resiko jatuh menggunakan skala Humpty Dumpty total skor 16, anak tampak lemas. Ibu klien mengatakan takut penyakit anaknya kambuh lagi, ibu klien mengatakan tidak tahu betul tentang penyakit kejang demam yang diderita anaknya. Ibu klien terlihat sering bertanya-tanya, saat di tanya tentang penyakit kejang demam, ibunya kurang tahu dalam menjawabnya, terpasang infus disebelah kanan, anak dibawah 5 tahun, demam naik turun. Ibu klien mengatakan anaknya lemas. Hasil laboratorium didapatkan bahwa: Natrium: 132 mmol/L, Kalium: 5.1 mmol/L, Chlorida: 109 mmol/L. Hasil TTV didapatkan bahwa S: 38,9°C, RR: 40x/menit, N: 130 x/menit, Spo2: 98%, BB: 7,6 kg dan TB: 69 cm.

Hasil pengkajian selanjutnya pada An.M pada tanggal 23 November 2022 Ibu klien mengatakan anaknya kejang, Ibu klien mengatakan anaknya demam, ibu klien mengatakan anaknya kejang berulang dalam 3x selama 24 jam. Kulit teraba hangat. Ibu klien mengatakan anaknya batuk dirumah sudah 4 hari, ibu klien mengatakan dada anaknya tidak bisa keluar. Terdapat suara napas tambahan (wheezing), An.M tampak gelisah. Ibu klien mengatakan anaknya memiliki riwayat kejang dirumah dan di IGD. Anaknya kejang 3x selama ≤ 3

menit secara berulang, kejang kaku seluruh tubuh. Hasil TTV didapatkan bahwa TD: 115/79 mmHg, N:130x/menit, S: 39°C, Rr: 36x/menit, Spo2: 98%, BB: 16 kg.

Pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu klien An.A kejang demam kompleks yaitu <1 menit sedangkan untuk klien An.M selama < 3 menit. Penulis menduga perbedaan ini dikarenakan dari etiologi kejang demam kompleks yang berbeda pada kedua klien. Selain itu penyebab terjadinya kejang demam kompleks yaitu bisa terjadi karena demam yang tinggi dan bisa terjadi juga karena kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh.

3. Analisa Peneliti

Kejang demam disebabkan oleh suhu tubuh yang melampaui batas normal, yang dapat disebabkan oleh kelainan pada otak ataupun disebabkan bahan-bahan toksik yang memengaruhi pusat pengaturan suhu tubuh. Demam yang tinggi dapat merangsang terjadinya kejang. Peningkatan suhu tubuh dapat memengaruhi nilai ambang kejang dan eksitabilitas neural karena berpengaruh pada kanal ion.

Faktor risiko berulangnya kejang demam adalah riwayat kejang demam dalam keluarga, usia kurang dari 18 bulan, temperatur tubuh saat kejang. Makin rendah temperatur saat kejang makin sering berulang, lamanya demam. Adapun faktor risiko terjadinya epilepsi di kemudian hari adalah adanya gangguan

perkembangan neurologis, kejang demam kompleks, riwayat epilepsi dalam keluarga, dan lamanya demam (Ismet I, 2022)

B. Diagnose Keperawatan

1. Menurut Teori

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisa data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berfikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik dan pemberian pelayanan kesehatan yang lain. Komponen-komponen dalam pernyataan diagnosis keperawatan meliputi masalah (problem), penyebab (etiologi), tanda dan gejala (sign and symptom).

2. Menurut Kasus

Menurut analisa penulis setelah dilakukan pengkajian klien 1 dan 2 sesuai dengan data fokus serta analisa data yang dikaji kedua klien tersebut didapatkan pada klien 1 ditemukan 5 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu hipertermi berhubungan dengan dengan proses penyakit, defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar, risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kelebihan volume cairan, risiko jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun dan resiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor. Sedangkan pada klien 2 ditemukan 4 diagnosa keperawatan yang ditegakkan yaitu hipertermi berhubungan dengan dengan proses penyakit,

bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme nafas dan risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor.

3. Analisa Peneliti

Perbandingan antara dua diagnosa teori yang ditemukan dikasus memiliki kesamaan diagnose. Keluhan pada setiap tubuh manusia memiliki respon yang berbeda mengalami proses alur penyakit yang berbeda, akan tetapi secara patofisiologis sama. Perbedaan dari 2 klien ini yaitu klien pertama kejang demam kompleks dengan elektrolit imbalance dapat kejang kembali jika mengalami demam, sedangkan kejang demam kompleks dengan epilepsi dapat kejang kembali tanpa demam.

C. Intervensi Keperawatan

1. Menurut Teori

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

Pembuatan rencana keperawatan yang akan dilakukan melibatkan keluarga pasien dan perawat ruangan sehingga kebutuhan pasien dapat terpenuhi sesuai teori perencanaan keperawatan dituliskan dengan rencana dan kriteria hasil berdasarkan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Intervensi

pada tinjauan teori memuat target waktu yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada klien, tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai, rencana tindakan yang akan dilakukan, dan rasional dari rencana tindakan tersebut. Perencanaan atau intervensi dirancang oleh penulis berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dimana tindakan yang akan dilakukan terdiri dari tindakan observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Target waktu pencapaian kriteria hasil pada semua diagnosis ditentukan dengan rentang waktu yang sama, yaitu 3 x 24 jam.

2. Menurut Kasus

Intervensi keperawatan pertama yang diberikan klien 1 dan 2 dengan diagnosa pertama yaitu hipertermi berhubungan dengan proses penyakit, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan hipertermi teratasi dengan kriteria hasil kejang menurun, suhu tubuh membaik, suhu kulit membaik. Intervensi yang dilakukan manajemen hipertermia yaitu monitor suhu tubuh anak tiap 2 jam, jika perlu, monitor kadar elektrolit, longgarkan pakaian, berikan cairan oral, lakukan pendinginan eksternal (kompres hangat pada dahi dan aksila), anjurkan tirah baring dan kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit melalui intravena.

Intervensi keperawatan kedua yang diberikan klien 1 dengan diagnosa yaitu defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang minat dalam belajar pada klien 1, tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3

x 24 jam diharapkan defisit pengetahuan teratasi dengan kriteria hasil kemampuan menjelaskan pengetahuan tentang suatu topik meningkat, pertanyaan tentang masalah yang dihadapi menurun. Intervensi yang dilakukan edukasi kesehatan yaitu identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, berikan kesempatan untuk bertanya dan jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Intervensi keperawatan kedua yang diberikan klien 2 dengan diagnosa yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan produksi sputum menurun, suara nafas tambahan wheezing menurun, pola nafas membaik. Intervensi yang dilakukan manajemen jalan nafas yaitu monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas), monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering), monitor sputum (jumlah, warna, aroma), posisikan semi-fowler , berikan minum hangat, lakukan fisioterapi dada, jika perlu, ajarkan tehnik batuk efektif dan kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.

Intervensi keperawatan ketiga yang diberikan klien 1 dengan diagnosa yaitu risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan kelebihan volume cairan tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan risiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi

dengan kriteria hasil Serum natrium menurun, serum kalium dan serum klorida. Intervensi yang dilakukan pemantauan elektrolit yaitu monitor kadar elektrolit serum, monitor mual, muntah dan diare, dokumentasikan hasil pemantauan dan elaskan tujuan dan prosedur pemantauan.

Intervensi keperawatan ketiga yang diberikan klien 2 dengan diagnosa yaitu risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan mengidentifikasi faktor resiko/pemicu kejang meningkat dengan kriteria hasil melaporkan frekuensi kejang menurun. Intervensi yang dilakukan pencegahan kejang yaitu monitor status neurologis, monitor TTV, baringkan pasien agar tidak terjatuh, rendahkan ketinggian tempat tidur, pasang side-rail tempat tidur, anjurkan segera melapor jika merasakan aura dan kolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika perlu

Intervensi keperawatan keempat yang diberikan klien 1 dengan diagnosa yaitu risiko jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko jatuh teratasi dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun. Intervensi yang dilakukan pencegahan jatuh yaitu identifikasi risiko jatuh, hitung risiko jatuh dengan menggunakan skalla (Humpty Dumpty), pasang handrail tempat tidur, atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah, tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari

nurse station, anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah dan anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat.

Intervensi keperawatan kelima yang diberikan klien 1 dengan diagnosa yaitu risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor tujuan dari diagnosa ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan kemampuan mengidentifikasi faktor resiko/pemicu kejang meningkat dengan kriteria hasil melaporkan frekuensi kejang menurun. Intervensi yang dilakukan pencegahan kejang yaitu monitor status neurologis, monitor TTV, baringkan pasien agar tidak terjatuh, rendahkan ketinggian tempat tidur, pasang side-rail tempat tidur, anjurkan segera melapor jika merasakan aura dan kolaborasi pemberian antikonvulsan, Jika perlu

3. Analisa Peneliti

Perbandingan antara intervensi teori dengan intervensi yang ditentukan di kasus memiliki kesamaan intervensi akan tetapi dalam intervensi yang di terapkan masing masing berbeda pada 2 pasien pada pasien An.A memprioritaskan untuk kompres air hangat dan untuk An.M kompres air hangat serta melakukan penkes kepada ibu klien tentang kejang demam.

4. Rekomendasi EBP

Pada kasus diagnosa keperawatan diatas dilakukan terapi *non*

farmakologis yaitu kompres air hangat (Windawati & Alfiyanti, 2020), teknik batuk efektif dan fisioterapi dada (Hanafi & Arniyanti, 2020) dan pemberian tumbukan bawang merah (Faridah et.al., 2018).

Kompres hangat adalah tindakan dengan menggunakan kain atau handuk yang telah dicelupkan pada air hangat, yang ditempelkan pada bagian tubuh tertentu sehingga dapat memberikan rasa nyaman dan menurunkan suhu tubuh (Windawati & Alfiyanti, 2020). Kompres hangat merupakan tindakan mengompres dengan menggunakan air hangat dengan tujuan untuk menurunkan suhu tubuh yang tinggi. Pada klien dengan kejang demam, tindakan kompres hangat ini bisa digunakan untuk menurunkan demam, karena saat kondisi tubuh mengalami demam tinggi, tindakan kompres hangat ini dapat membuka pori-pori sehingga tubuh yang dalam keadaan demam tinggi bisa keluar melalui pori-pori (Maulidatul, 2021).

Kompres hangat lebih banyak menurunkan suhu tubuh dibandingkan dengan kompres air dingin, karena akan terjadi vasokonstriksi pembuluh darah, pasien menjadi menggigil (Anisa, 2019). Dengan kompres hangat menyebabkan suhu tubuh diluaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu diluaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu diluaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi dikulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori kulit akan

membuka dan mempermudah pengeluaran panas. Sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh (Anisa, 2019).

Salah satu intervensi keperawatan yang bisa diterapkan untuk membersihkan sputum pada jalan napas adalah fisioterapi dada dan batuk efektif. Banyak penelitian yang telah membuktikan fisioterapi dada dan dan batuk efektif dapat membantu pasien mengeluarkan sputum. Fisioterapi dada dan batuk efektif dinilai efektif karena bisa dilakukan oleh keluarga, mudah dan bisa dilakukan kapan saja (Hanafi & Arniyanti, 2020).

Kandungan bawang merah diantaranya Minyak atsiri, Sikloaliin, Metilain, Dihidrolain, Flavongikosida, Kuersetin, Saponin. Dalam bawang merah mengandung asam glutamate yang merupakan natural essence (penguat rasa alamiah), terdapat juga senyawa propil disulfide dan propil metal disulfide yang mudah menguap. Jika dimanfaatkan sesuai dosis yang tepat, maka bawang merah dapat digunakan sebagai penurun suhu tubuh khususnya pada anak usia 1-5 tahun yang mengalami peningkatan suhu tubuh (Faridah et.al., 2018)

D. Implementasi Keperawatan

1. Menurut teori

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini,

sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah.

2. Menurut Kasus

Implementasi keperawatan pertama pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa hipertermi berhubungan dengan proses penyakit dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu manajemen hipertermia.

Implementasi keperawatan kedua pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu edukasi kesehatan yang kemudian akan di demonstrasikan sesuai kontrak waktu.

Implementasi keperawatan kedua pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu manajemen jalan nafas dan edukasi tehnik batuk efektif yang kemudian akan di demonstrasikan sesuai kontrak waktu.

Implementasi keperawatan ketiga pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan yaitu risiko ketidakseimbangan elektrolit berhubungan dengan

kelebihan volume cairan dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu pemanatauan elektrolit.

Implementasi keperawatan ketiga pada klien 2 dengan diagnosa keperawatan risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu pencegahan kejang.

Implementasi keperawatan keempat pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan risiko jatuh berhubungan dengan usia ≤ 2 tahun dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu pencegahan jatuh.

Implementasi keperawatan kelima pada klien 1 dengan diagnosa keperawatan risiko cedera berhubungan dengan perubahan fungsi psikomotor dalam melakukan sesuai intervensi yang telah dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan klien. Implementasi yang sudah dilakukan dan berhasil yaitu pencegahan kejang.

3. Analisa Peneliti

Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada An.A dan An.M dimulai pada 23 November 2022 sampai 25

November 2022. Penulis melakukan implemenasi klien setiap hari sesuai dengan rencana keperawatan.

4. Rekomendasi EBP

Pada saat pelaksanaan implementasi, penulis menerapkan beberapa *evidence based nursing* pada klien. *Evidence based nursing* yang diterapkan yaitu mengajarkan tehnik batuk efektif dan fisioterapi dada (Hanafi & Arniyanti, 2020), kompres air hangat pada pasien hipertermi (Windawati & Alfiyanti, 2020) dan pemberian tumbukan bawang merah tapi tidak diimplementasikan dikarenakan keluarga klien tidak membawa bahan-bahan yang dibutuhkan dan akan mencoba di rumah.

E. Evaluasi

1. Menurut Teori

Pada tahap evaluasi semua diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dan dilakukan intervensi serta implementasi selama 3x24 jam. Kemudian penulis membandingkan antara klien 1 dengan klien 2 apakah masalah tersebut teratasi atau tidak.

2. Menurut Kasus

Penulis menilai setiap masalah yang telah dibuat, apakah masalah tersebut teratasi sesuai tujuan yang telah dibuat atau tidaknya serta mencapai kriteria hasil yang di inginkan atau tidak. Hasil evaluasinya yaitu semua masalah ada beberapa

yang hanya teratasi sebagian dari tujuan pencapaian yang telah dibuat. Maka dari itu pasien masih dilakukan perawatan klinis sehingga harus tetap mendapatkan perawatan lanjutan.

3. Analisa Peneliti

Pada analisa peneliti dalam penerapan implementasi menentukan pencapaian sesuai dengan kriteria hasil dan tidak ada intervensi yang tidak sesuai dengan kriteria hasil. Hasil interpretasi dari 2 pasien juga berbeda diantaranya sesuai implementasi yang diterapkan pada pasien pertama dan kedua.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil pengkajian pada kedua klien tersebut terjadi beberapa hal yang sama, yaitu klien mengalami kejang demam kompleks akan tetapi berbeda antara An.A mengalami kejang demam dengan ketidakseimbangan elektrolit sedangkan An.M. mengalami kejang demam dengan gangguan sistem saraf pusat mengalami kehilangan kesadaran.
2. Diagnosa yang diangkat pada kedua pasien berbeda, tetapi hanya ada 2 diagnosa yang sama yaitu hipertermi dan risiko cedera. Hal ini juga menunjukkan bahwa klien memiliki perbedaan penyakit yang bisa disebabkan karena etiologi dari kejang demam kompleks.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien sesuai dengan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia). Pada kasus ini dilakukan terapi non farmakologis seperti kompres air hangat untuk mengurangi demam dan tehnik batuk efektif dan fisioterapi dada. Pada kasus diagnosa keperawatan menurut *evidence based nursing* dilakukan terapi *non farmakologis* yaitu kompres air hangat teratasi , tehnik batuk efektif dan fisioterapi dada teratasi dan pemberian tumbukan bawang merah tidak teratasi.
4. Hasil evaluasi semua masalah pada pasien baru teratasi sebagian dari tujuan pencapaian yang telah dibuat pada tahap perencanaan. Maka dari itu pasien

masih harus dilakukan perawatan klinis.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Laporan kasus ini diharapkan dijadikan sumber pengetahuan dan menambah masukan serta memberikan informasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan anak dengan kejang demam kompleks disertai elektrolit imbalance dan epilepsi. Diharapkan bagi peneliti selanjutnya dapat melakukan pengkajian secara holistik terkait dengan yang dialami oleh klien agar asuhan keperawatan dapat tercapai sesuai dengan masalah yang ditemukan pada klien kejang demam kompleks disertai elektrolit imbalance dan epilepsi.

2. Bagi Mahasiswa/Mahasiswi Keperawatan

Penulis berharap tugas akhir ini dapat memberikan pengetahuan terutama dalam bidang ilmu keperawatan khususnya ilmu keperawatan anak.

3. Bagi klien dan keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan menambah wawasan dan pengetahuan tentang penyakit kejang demam kompleks, cara pencegahan, cara pengobatan serta mengetahui cara pertolongan pertama ketika anak mengalami kejang demam pada pasien kejang demam kompleks. Hal ini agar dapat menurunkan angka kematian pada penyakit kejang demam kompleks.

DAFTAR PUSTAKA

Anisa, K. (2019) 'Efektifitas Kompres Hangat Untuk Menurunkan Suhu Tubuh Pada an.D Dengan Hipertermia', *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan: Wawasan Kesehatan*, 5(2), pp. 122–127. doi: 10.33485/jiik-wk.v5i2.112.

BD, F., Yusefni, E. and Myzed, ingges dahlia (2018) 'Pengaruh Pemberian Tumbukan Bawang Merah Sebagai Penurun Suhu Tubuh Pada Balita Demam Di Puskesmas Lubuk Buaya Kota Padang Tahun 2018', *Jik- Jurnal Ilmu Kesehatan*, 2(2), pp. 136–142. doi: 10.33757/jik.v2i2.128.

Hanafi, P. C. M. M. and Arniyanti, A. (2020) 'Penerapan Fisioterapi Dada Untuk Mengeluarkan Dahak Pada Anak Yang Mengalami Jalan Napas Tidak Efektif', *Jurnal Keperawatan Profesional*, 1(1), pp. 44–50. doi: 10.36590/kepo.v1i1.84.

Ismet I (2022) 'Kejang Demam', *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(41), pp. 325–331.

Kemkes, Y. (2022) 'Penyebab Gangguan Elektrolit'.

Kustriani, N. and Dewi, F. K. (2021) 'Asuhan Keperawatan Gangguan Hipertermia pada An. A dengan Kejang Demam Kompleks di Ruang Anggrek RSUD dr. R Goeteng Taroenadibrata Purbalingga',... *Penelitian dan Pengabdian Kepada ...*,pp.1134–1141.Availableat:

<https://prosiding.uhb.ac.id/index.php/SNPPKM/article/view/944%0Ahttps://prosiding.uhb.ac.id/index.php/SNPPKM/article/download/944/99>.

Maghfirah, M. and Namira, I. (2022) 'Kejang Demam Kompleks', *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(1), p. 71. doi: 10.29103/averrous.v8i1.7947.

Maulidatul, N. (2021) 'Efektivitas Kompres Hangat Dalam Menurunkan Hipertermia Pada Pasien Anak Dengan Kejang Demam', *journal Universitas Nusantara*,1(2013),p.1.Availableat:

<https://www.journal.unita.ac.id/index.php/seinkesjar/article/view/1271>.

Menteri Kesehatan, R. (2017) 'Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana Epilepsi Pada Anak', Pp. 1–14.

Muhammad Fitra Ramadhan, Prastiya Indra Gunawan, M. A. P. (2019) 'Faktor-Faktor Risiko Pasien Epilepsi Intractabel Pada Anak', 4, Pp. 3321–3334.

Pangesti, N. A., Atmojo, B. S. R. and Kiki (2020) 'Penerapan Kompres Hangat Dalam Menurunkan Hipertermia Pada Anak Yang Mengalami Kejang Demam Sederhana', *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), pp. 29–35. doi: 10.53510/nsj.v1i1.18.

Purba, M. A. (2019) 'Analisis Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit X', *J Majority*, 4(1), pp. 1689–1699.

Reno Latif Hasyim, S. (2022) 'Kejang Demam Kompleks Pada Anak Laki-Laki Complex Fever Sequels In A 4-Year-Old Boy : A Case Report'.

Suartawan, I. P. *et al.* (2022) 'Profil edukasi kejang demam pada anak di rsud bangli', pp. 32–35.

Vino, N. R., Siska, A. S. and Aktiva Dewi (2020) 'Faktor Resiko yang Berhubungan dengan Kejadian Demam Kejang pada Anak di Ruangan Rawat Anak Rsud Sawahlunto', *Prosiding Seminar Nasional STIKES Syedza Saintika*, pp. 117–130.

Windawati, W. and Alfiyanti, D. (2020) 'Penurunan Hipertermia Pada Pasien Kejang Demam Menggunakan Kompres Hangat', *Ners Muda*, 1(1), p. 59. doi: 10.26714/nm.v1i1.5499.




Zahroh, K. *Et Al.* (2019) 'Penanganan Pertama Pada Bayi Kejang Demam Di Posyandu Desa Patemon Luluk', 1, Pp. 8–15.





LAMPIRAN







Lampiran 1

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKes) MEDISTRA INDONESIA PROGRAM STUDI PROFES NERS-PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN (S1) PROGRAM STUDI PROFESI BIDAN – PROGRAM STUDI KEBIDANAN (S1) PROGRAM STUDI FARMASI (S1)-PROGRAM STUDI KEBIDANAN (D3) Jl. Cut Muta Raya No. 88A Kel.Serpong Jaya – Bekasi Telp (021) 824 11375-77 Fax (021) 82431374 Web: stikesmedistra-indonesia.ac.id Email: stikes_mi@stikesmedistra-indonesia.ac.id		
	FORMULIR KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR		
Nomor Dokumen : EM.058/A.004/PROF.NERS/STIKESMI-UPM/2022	Tanggal Pembuatan : 18 November 2022		
Revisi : 0	Tgl efektif : 28 November 2022		

KEGIATAN BIMBINGAN KARYA ILMIAH AKHIR

Tanggal bimbingan	Kegiatan	Paraf Pembimbing	Keterangan
22/11/2022	Konsul kasus yang ada di ruang melon		Lanjut mencari kasus yang lain
23/11/2022	Pengajuan judul KIAN dikarenakan pasien pulang.		Konsul ganti judul dikarenakan pasien pulang
26/11/2022	Konsul Bab 1,2,3 dan 4		<ul style="list-style-type: none"> - Revisi lembar pernyataan ditambahkan ttd - Revisi bab 1 menambahkan tentang akibat dari kedua jenis kejang demam - Revisi bab bab 2 pathway harus tergambar perbedaan antara kedua jenis kejang demam kompleks - Revisi bab 4

06/01/2023	Bimbingan bersama		<ul style="list-style-type: none"> - Menghilangkan "dapat" di tujuan khusus - Mengganti NIDN bukan NUPN - Membahas pengkajian samapai evaluasi
09/01/2023	Konsul Bab 1-4		<ul style="list-style-type: none"> - Revisi bab 4 pada bagian ini untuk setiap diagnosa keperawatan yang diangkat jika sesuai dengan teori masa katakan sesuai dengan teori yang dilaksanakan secara singkat adalah a,b,c,d. namun pada ketiganya ditambahkan intervensi di luar s dki berdasarkan jurnal keperawatan atau evidence based - Ditambahkan ds do dan hasil pemeriksaan laboratorium
09/01/2023	Bimbingan bersama		<ul style="list-style-type: none"> - Revisi pembahasan intervensi masukan ebp yang sesuai dengan kebutuhan pasien. - Revisi implementasi masukan ebp yang disarankan dan yang terlaksana apa saja
13/01/2023	Revisi		<ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan diagnosa pada klien 1 dan 2 - Tambahkan hasil laboratorium di analisa data

			<ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan pembahasan di bab 4
15/01/2023	Acc sidang		<ul style="list-style-type: none"> - Lanjut ppt
17/01/2023	Revisi		<ul style="list-style-type: none"> - Acc sidang
23/01/2023	Sidang KIAN		<ul style="list-style-type: none"> - Sidang KIAN
26/06/2023	Revisi sidang KIAN		<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti genogram - Menambahkan umur di dalam tabel genogram - Menambahkan manfaat - Menambahkan saran
27/06/2023	Revisi KIAN		<ul style="list-style-type: none"> - Acc Hc

Mengetahui,

Kepala Program Studi Keperawatan (S1 & Profesi Ners)



Kiki Deniati, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIDN.0316028302

Lampiran 1 Satuan Acara Penyuluhan Dan Leaflet

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Pokok Bahasan : Kejang Demam Pada Anak

Sub Pokok Bahasan : Kejang Demam Kompleks

Sasaran : An.A

Hari/Tanggal : Kamis, 24 November 2022

Waktu : 20 menit

Penyuluh : Lita Dwifia Nahrudin

I. 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, kejang demam sederhana kejang demam yang berlangsung singkat kurang 15 menit (Sodikin, 2012).

Kejang demam sederhana kejang demam yang berlangsung singkat kurang dari 15 menit, dan umumnya akan berhenti sendiri. Kejang berbentuk tonik dan klonik, tanpa gerakan fokal. Kejang tidak berulang dalam waktu 24 jam (Wulandari & Erawati,2016). Kejang demam sederhana merupakan 80% diantara seluruh kejang demam (Gunawan,2012). Kejang demam yang tidak tepat penanganannya akan berdampak buruk terhadap kesehatan.

II. Tujuan

1. Tujuan Instruksional Umum (TIJ)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan keluarga klien penderita kejang demam dapat memahami dan mengerti tentang kejang demam

2. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mengikuti kegiatan penyuluhan diharapkan keluarga klien penderita kejang demam dapat :

- a. Menjelaskan kembali pengertian kejang demam
- b. Menyebutkan kembali tanda dan gejala kejang demam
- c. Menyebutkan kembali penanganan suhu tubuh panas pada anak
- d. Menyebutkan kembali cara pertolongan pertama pada kejang demam

III. Materi

Materi yang akan disampaikan:

- a. pengertian kejang demam
- b. tanda dan gejala kejang demam
- c. penanganan suhu tubuh panas pada anak
- d. cara pertolongan pertama pada kejang demam

IV. Peserta

Peserta yaitu keluarga klien dengan penderita kejang demam An.A

V. Metode

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab

VI. Media

Leaflet

VII. Kegiatan penyuluhan

Proses	Tindakan		Waktu
	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan klien	
Pendahuluan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam, memperkenalkan diri dan membuka penyuluhan 2. Menjelaskan tentang TIU dan TIK 3. Apersepsi 	<p>Memperhatikan dan menjawab salam</p> <p>Memperhatikan</p> <p>Menjelaskan dan memperhatikan kembali</p>	5 menit

Penyajian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian kejang demam 2. Menyebutkan tanda dan gejala kejang demam 3. Menyebutkan penanganan suhu tubuh panas pada anak 4. Menyebutkan cara pertolongan pertama pada kejang demam 	<p>Menjelaskan, memperhatikan dan memberikan tanggapan</p> <p>Memperhatikan dan memberikan tanggapan</p> <p>Memperhatikan dan memberikan tanggapan</p> <p>Memperhatikan dan memberikan tanggapan</p>	10 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menutup pertemuan dengan memberi kesimpulan dari materi yang disampaikan 2. Mengajukan pertanyaan kepada klien 3. Mendiskusikan bersama jawaban 4. Menutup pertemuan dan memberi salam 	Memperhatikan dan memberikan salam	5 menit

LAMPIRAN MATERI

A. Definisi

Kejang demam adalah suatu bangkitan kejang akibat demam yang ditimbulkan oleh infeksi diluar otak yang menimbulkan panas kenaikan suhu tubuh diatas 38°C. 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, 2020). Kejang demam kompleks adalah kejang fokal ataupun parsial, berlangsung lebih dari 15 menit, berulang dalam 24 jam, didapatkan abnormalitas status neurologi (Ismet I, 2022). Kejang demam kompleks durasinya lebih dari 15 menit, fokal atau kejang umum didahului kejang parsial, serta berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam (Maghfirah & Namira, 2022)

B. Tanda dan gejala kejang demam

1. Suhu tubuh mencapai 38°C
2. Anak sering hilang kesadaran saat kejang
3. Mata mendelik, tungkai dan lengan mulai kaku, bagian tubuh anak terguncang

4. Kulit pucat dan membiru

C. Penangan suhu tubuh panas pada anak

1. Menggunakan pakaian yang tipis dan longgar sehingga mampu untuk menyerap keringat
2. Jangan menyelimuti anak dengan selimut yang tebal karena dapat meningkatkan suhu tubuh dan akan menghadapi proses penguapan
3. Kompres hangat dengan menggunakan washlap, tempelkan washlap kebagian tubuh yang akan diberikan kompres hangat seperti di dahi
4. Menggunakan terapi fisik dengan cara memberikan minum yang banyak supaya kebutuhan cairan dapat terpenuhi
5. Berikan obat penurun panas atau antipiretik

D. Cara pertolongan pertama pada anak kejang demam

1. Tetap tenang dan tidak panik
2. Kendorkan pakaian yang ketat
3. Tempatkan anak pada tempat yang datar alaskan tempatnya
4. Biarkan fase kejang sampai selesai
5. Anak dimiringkan posisi kepalanya badan terlentang bila tidak sadar.
6. Bersihkan muntahan dimulut atau hidung jika ada, dan jangan memasukkan sesuatu ke dalam mulut
7. Ukur suhu dan catat lama kejang
8. Berikan diazepam rektal dan jangan diberikan bila kejang telah berhenti



KEJANG DEMAM KOMPLEKS PADA ANAK



DISUSUN OLEH :
Lita Dwifia Nahrudin
221560311048

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MEDISTRA INDONESIA
BEKASI
2022

APA ITU KEJANG DEMAM ?

Kejang demam adalah suatu bangkitan kejang akibat demam yang ditimbulkan oleh infeksi diluar otak yang menimbulkan panas kenaikan suhu tubuh diatas 38°C. 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.



TANDA DAN GEJALA KEJANG DEMAM

- Suhu tubuh mencapai 38°C
- Anak sering hilang kesadaran saat kejang
- Mata mendelik, tungkai dan lengan mulai kaku, bagian tubuh anak terguncang
- Kulit pucat dan membiru





PENANGANAN SUHU TUBUH PANAS PADA ANAK

1. Menggunakan pakaian yang tipis dan longgar sehingga mampu untuk menyerap keringat
2. Jangan menyelimuti anak dengan selimut yang tebal karena dapat meningkatkan suhu tubuh dan akan menghadapi proses penguapan
3. Kompres hangat dengan menggunakan washlap, tempelkan washlap kebagian tubuh yang akan diberikan kompres hangat seperti di dahi
4. Menggunakan terapi fisik dengan cara memberikan minum yang banyak supaya kebutuhan cairan dapat terpenuhi
5. Berikan obat penurun panas atau antipiretik

CARA PERTOLONGAN PERTAMA PADA ANAK KEJANG DEMAM

1. Tetap tenang dan tidak panik
2. Kendorkan pakaian yang ketat
3. Tempatkan anak pada tempat yang datar alaskan tempatnya
4. Biarkan fase kejang sampai selesai
5. Anak dimiringkan posisi kepalanya badan terlentang bila tidak sadar.
6. Bersihkan muntahan dimulut atau hidung jika ada, dan jangan memasukkan sesuatu ke dalam mulut
7. Ukur suhu dan catat lama kejang
8. Berikan diazepam rektal dan jangan diberikan bila kejang telah berhenti
9. Bawa kedokter bila kejang berlangsung 5 menit atau lebih





MENCEGAH LEBIH BAIK DARIPADA MENGOBATI

Kejang demam kompleks durasinya lebih dari 15 menit, fokal atau kejang umum didahului kejang parsial, serta berulang atau lebih dari satu kali dalam 24 jam



SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)**TEKNIK BATUK EFEKTIF**

Pokok Bahasan	: Teknik Batuk Efektif
Sasaran	: Keluarga dan Pasien
Hari/ Tanggal	: Kamis, 24 November 2022
Waktu	: 25 menit
Tempat	: Ruang Melon RSUD Cengkareng

A. Tujuan Intruksional Umum

Pada akhirnya proses penyuluhan pasien dan keluarga mampu memahami teknik batuk efektif serta dapat memahaminya.

B. Tujuan Intruksional Khusus

1. Menjelaskan definisi batuk efektif
2. Menjelaskan tujuan batuk efektif
3. Menjelaskan cara batuk efektif
4. Manfaat batuk efektif
5. Indikasi batuk efektif

C. Sasaran

Keluarga dan pasien

D. Materi Terlampir

1. Definisi batuk efektif

2. Tujuan batuk efektif
 3. Cara batuk efektif
 4. Manfaat batuk efektif
 5. Indikasi batuk efektif
- E. Metode
1. Ceramah
 2. Tanya jawab
- F. Media
1. Leaflet
- G. Kegiatan Penyuluhan

No	Waktu	Kegiatan Penyuluhan	Kegiatan sasaran
1.	5 Menit	Pembukaan Salam pembuka Memperkenalkan diri Menjelaskan tujuan penyuluhan Menyebutkan materi yang akan diberikan	Menjawab salam Memperhatikan Memperhatikan Memperhatikan
2.	10 menit	Pelaksanaan Definisi batuk efektif Tujuan batuk efektif Cara batuk efektif Manfaat batuk efektif Indikasi batuk efektif	Memperhatikan
3.	5 menit	Evaluasi Memberikan kesempatan untuk bertanya Meminta audience menjelaskan tentang materi batuk efektif	Bertanya dan mendengar jawaban Menjelaskan materi
4.	5 menit	Terminasi Mengucapkan terima kasih atas perhatian yang diberikan Mengucapkan salam	Memperhatikan Menjawab salam

MATERI PENYULUHAN

1. **Pengertian batuk efektif**

Metode batuk dengan benar dimana energi dapat dihemat sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Batuk efektif merupakan batuk yang dilakukan dengan sengaja. Namun dibandingkan dengan batuk bisa yang bersifat refleks tubuh terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernafasan, batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terancam atau dilatihkan terlebih dahulu

2. **Tujuan Batuk Efektif**

- a. Membebaskan jalan nafas dari hambatan dahak
- b. Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret
- c. Mengeluarkan dahak untuk pemeriksaan diagnostik laborat
- d. Mengurangi sesak nafas akibat penumpukan dahak
- e. Meningkatkan distribusi udara saat bernafas
- f. Meningkatkan volume paru
- g. Memfasilitasi pembersihan saluran nafas

3. **Teknik Batuk Efektif**

- a. Tarik nafas dalam 4-5 kali
- b. Pada tarikan nafas dalam yang terakhir, nafas ditahan selama 1-2 detik
- c. Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan
- d. Keluarkan dahak dengan bunyi “ha..ha..ha” atau “hhuf..huf..huf”

- e. Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan

4. **Manfaat batuk efektif**

Manfaat batuk efektif yaitu untuk mengeluarkan secret yang menyumbat jalannya nafas, untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak nafas, diantaranya, untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak nafas akibat adanya lendir yang memenuhi saluran pernapasan.

5. **Indikasi batuk efektif**

- a. Anjurkan minum air hangat
- b. Pasien condong ke depan dari posisi semi fowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakan melintang diatas incisi sebagai bebat ketika batuk.
- c. Kemudian pasien melakukan tarik nafas dalam selama (3-5 kali)
- d. Segera lakukan batuk spontan,
- e. Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap incis
- f. Ulangi selagi sesuai kebutuhan



Apa itu Batuk Efektif ???

Batuk efektif merupakan batuk yang dilakukan dengan sengaja. Namun dibandingkan dengan batuk bisa yang bersifat refleks tubuh terhadap masuknya benda asing dalam saluran pernafasan, batuk efektif dilakukan melalui gerakan yang terencana atau dilatihkan terlebih dahulu

Lita Dwifia Nahrudin
221560311048
Stikes Medistra Indonesia

Tujuan Batuk Efektif

- Membebaskan jalan nafas dari hambatan dahak
- Membebaskan jalan nafas dari akumulasi sekret
- Mengeluarkan sputum untuk pemeriksaan diagnostik
- Mengurangi sesak nafas akibat akumulasi sekret
- Meningkatkan distribusi ventilasi.
- Meningkatkan volume paru
- Memfasilitasi pembersihan saluran napas



Teknik Batuk Efektif

- Tarik nafas dalam 4-5 kali
- Pada tarikan nafas dalam yang terakhir, nafas ditahan selama 1-2 detik
- Angkat bahu dan dada dilonggarkan serta batukkan dengan kuat dan spontan
- Keluarkan dahak dengan bunyi "ha..ha..ha" atau "hhuf..huf..huf"
- Lakukan berulang kali sesuai kebutuhan



Manfaat batuk efektif

Adapun manfaat batuk efektif yaitu untuk mengeluarkan sekret yang menyumbat jalannya nafas, untuk memperingan keluhan saat terjadi sesak nafas, diantaranya, untuk melonggarkan dan melegakan saluran pernapasan maupun mengatasi sesak nafas akibat adanya lendir yang memenuhi saluran pernapasan.

Lita Dwifia Nahrudin
221560311048
Stikes Medistra Indonesia

Indikasi batuk efektif

1. Anjurkan minum air hangat
2. Pasien condong ke depan dari posisi semi fowler, jalinkan jari-jari tangan dan letakan melintang diatas incisi sebagai bebat ketika batuk.
3. Kemudian pasien melakukan tarik nafas dalam selama (3-5 kali)
4. Segera lakukan batuk spontan.
5. Hal ini bisa menimbulkan ketidaknyamanan, namun tidak berbahaya terhadap incisi
6. Ulangi selagi sesuai kebutuhan



Batuk Efektif



Lampiran 2 Dokumentasi Sidang Karya Ilmiah Akhir Ners



Lampiran 3 Daftar Riwayat Hidup**DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

Nama : Lita Dwifia Nahrudin
 Usia : 23 tahun
 Tempat tanggal lahir : Karawang, 09 Juli 2000
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Status : Mahasiswa
 Alamat : Dusun Dukuh Barat Rt 001 Rw 001 Desa Dukuhkarya
 Kecamatan Rengasdengklok Kabupaten Karawang
 Nomor Handphone : 0858 8235 5562
 Email : litadwifia@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

2006-2012 : SD Negeri Dukuhkarya II
 2012-2015 : SMP Negeri 1 Rengasdengklok
 2015-2018 : SMA Negeri 1 Rengasdengklok
 2018-2022 : STIKes Medistra Indonesia (S1 Keperawatan)
 2022-2023 : STIKes Medistra Indonesia (Profesi Ners)