

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tinjauan Tentang Kejang Demam

##### 2.1.1 Pengertian

Kejang Demam ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal di atas 38°C) yang disebabkan oleh suatu proses ekstrakranium. (Rusepno, 2007).

##### 2.1.2 Etiologi

Kejang demam terjadi karena infeksi , kerusakan jaringan otak dan faktor lain yang dapat menyebabkan gangguan pada fungsi otak. Keadaan tersebut dapat dijumpai pada kejang demam, epilepsi, meningitis pururenta, meningitis tuberkulosis, hidrosefalus, paralisis serebral, hemiplegia infantil akut, spina bifida.(Ngastiyah,2012)

##### 2.1.3 Klsifikasi

1. Kejang demam sederhana (*simple febrile seizure*)
  - (1) Kejang berlangsung singkat.
  - (2) Umumnya serangan berhenti sendiri dalam waktu < 10 menit.
  - (3) Tidak berulang dalam waktu 24 jam. (Nanda, 2013)
2. Kejang demam kompleks (*complex febrile seizure*)
  - (1) Kejang berlangsung lama, lebih dari 15 menit.
  - (2) Kejang fokal atau persial satu sisi, atau kejang umum di dahului kejang persial.
  - (3) Kejang berulang 2 kali atau lebih dalam waktu 24 jam.(Nanda,2013)

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Infeksi yang terjadi pada jaringan diluar kranial seperti tonsilitis, otitis media akut, bronkitis penyebab terbanyak adalah bakteri yang bersifat toksik. Toksik yang dihasilkan oleh mikroorganisme dapat menyebar ke seluruh tubuh melalui hematogen maupun limfogen. Penyebab toksik ke seluruh tubuh akan direspons oleh hipotalamus dengan menaikkan pengaturan suhu di hipotalamus sebagai tanda tubuh mengalami bahaya secara sistemik. Naiknya suhu tubuh di hipotalamus, otot, kulit dan jaringan tubuh yang lain akan disertai pengeluaran mediator kimia seperti epinefrin dan prostaglandin. Peningkatan potensi inilah yang merangsang perpindahan ion natrium, ion kalium dengan cepat dari luar sel menuju ke dalam sel. Peristiwa inilah yang diduga dapat menaikkan fase depolarisasi neuron dengan cepat sehingga timbul kejang. (Riyadi, 2009)

#### **2.1.5 Manifestasi klinik**

Manifestasi yang muncul pada penderita kejang demam adalah sebagai berikut :

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

Selain itu pedoman mendiagnosis kejang demam menurut Living Stone jga dapat kita jadikan pedoman untuk menentukan manifestasi klinik kejang demam, ada 7 kreteria antara lain sebagai berikut :

1. Umur anak saat kejang antara 6 bulan samapai 4 tahun
2. Kejang hanya berlangsung tidak lebih dari 15 menit
3. Kejang bersifat umum (tidak pada satu bagian tubuh seperti otot rahang saja)
4. Kejang timbul 16 jam pertamasetelah timbulnya demam
5. Pemeriksaan sistem persyarafan sebelum dan setelah kejang tidak ada kelainan
6. Pemeriksaan Elektro Encephalography dalam kurun waktu 1 mingg atau lebih setelah suhu normal tidak dijumpai kelainana.
7. Frekuensi kejang dalam kurun waktu 1 tahun tidak lebih dari 4 kali(Riyadi, 2013)

#### **2.1.6 Komplikasi**

1. Aspirasi (pnemonia)
2. Afiksia
3. Retardasi mental

#### **2.1.7 Penatalaksanaan**

##### 1. Penatalaksanaan di Rumah Sakit

Penatalaksanaan yang dilakukan pasien saat pasien di Rumah Sakit antara lain :

- (a) Saat timbul kejang, maka diberikan deazepam intravena secar perlahan dengan panduan dosis untuk berat badan yang kurang dari 10kg dosisinya 0,5-0,75mg/kgbb, diatas 20kg, 0,5mg/kgbb. Pemberian

maksimal pada anak kurang dari 5 tahun 0,3mg/kgbb dan maksimal 10mg pada anak yang umurnya lebih dari 5 tahun, pemberian tidak boleh melebihi 50 mg persuntiaan.

- (b) Setelah pemberian pertama timbul kejang lagi dapat diberikan injeksi deazepam dengan dosis yang sama, apabila masih kejang ditunggu 15 menit lagi, kemudian diinjeksikan lagi deazepam yang ke-3 dengan dosis yang sama secara intramuskular.
- (c) Pembebasan jalan nafas dengan cara kepala hiperekstensi miring, pakain dilonggarkan, dan pengisapan lendir. Bila kondisi tidak membaik dapat dilakukan intubasi endotrakeal atau trakeostomi.
- (d) Pemberian oksigen untuk membantu kecukupan perfusi jaringan.
- (e) Pemberian cairan intra vena untuk mencukupi cairan dan kemudahan pemberian terapi intravena.
- (f) Pemberian kompres air es atau air biasa, untuk membantu menurunkan suhu tubuh dengan metode konduksi, kompres diletakkan di lipatan paha, ketiak, leher serta tindakan ini dapat dikombinasikan dengan pemberian antiperetik misal prometazon 4-6mg/kgbb/hari terbagi dalam 3 kali pemberian.
- (g) Apabila terjadi peningkatan intrakranial maka perlu diberikan obat-obatan seperti dexametason 0,5-1 ampul setiap 6 jam sampai keadaan membaik. Posisikan head up (15-20 derajat).
- (h) Pengobatan rumatan setelah pasien terbebas dari kejang pasca pemberian deazepam maka perlu diberikan obat pernoberbital dengan dosis awal 30 mg pada neonatus, 50 mg pada anak usia 1 bulan – 1

tahun, 75 mg pada anak usia 1 tahun keatas dengan teknik pemberian intramuskular.

- (i) Pengobatan penyebab, karena yang menjadi penyebab kejang adalah kenaikan suhu akibat infeksi seperti di telinga atau infeksi pernafasan akut, tonsil maka pemeriksaan gram bakteri dan lain-lain untuk mengetahui mikroorganisme yang menjadi penyebab infeksi sangat perlu dilakukan.(Riyadi,2009)

## 2. Penatalaksanaan di Rumah

Karena kejang demam sulit diketahui kapan munculnya, maka orang tua atau pengasuh perlu diberi bekal untuk memberikan tindakan awal pada anak yang mengalami kejang demam, tindakan awal antara lain :

- (a) Saat timbul serangan kejang segera pindahkan anak ketempat yang aman seperti pada lantai, diberi alas lunak tapi tipis, jauh dari benda-benda bahaya seperti gelas, pisau dan lain-lain.
- (b) Posisi kepala hiperekstensi, lidah dilonggarkan. Kalau takut lidah anak menekuk atau tergigit maka diberikan tong spatel yang dibungkus kain kasa atau kain kalo tidak ada dapat diberikan sendok makan yang dibungkus dengan kasa atau kain bersih.
- (c) Ventilasi ruangan harus cukup, pintu jendela harus terbuka supaya terjadi pertukaran oksigen lingkungan
- (d) Kalau anak mulutnya masih bisa dibuka sebagai pertolongan awal dapat diberikan antiperetik.
- (e) Kalau memungkinkan sebaiknya orang tua atau pengasuh dirumah disediakan diazepam.

- (f) Kalau beberapa menit kemudian tidak membaik atau tidak tersedianya deazepam maka segera anak bawa ke Rumah Sakit (Riyadi, 2013).

### **2.1.8 Uji laborat dan Diagnostik**

1. Elektroensefalogram (EEG) : dipakai untuk membantu menetapkan jenis dan fokus dari kejang
2. Pemindaian Contrast Tomographi (CT) : menggunakan kajian sinar x untuk sensitif dari biasanya dan mendeteksi perbedaan kerapatan jaringan
3. Magneti Resonan Imeing (MRI) : menghasilkan bayangan dengan menggunakan lapangmagnetik dan gelombang radio, berguna untuk memperlihatkan daerah-daerah otak yang tidak jelas terlihat jika menggunakan pemindaian contrast tomographi.
4. Pemindaian Emitron Emmision Tomography (PET) : untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik dan aliran darah otak.
5. Uji laboratorium
  - 1) Pungsi lumbal : menganalisa cairan cerebrovaskuler.
  - 2) Darah lengkap : mengevaluasi trombosit dan hematokrit.
  - 3) Serum elektrolit Skrining toksil dari serum dan urin. (David, 2011)

## **2.2 Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Anak**

Istilah tumbuh kembang sebenarnya mencakup 2 peristiwa yang sifatnya berbeda, tetapi saling berkaitan dan sulit dipisahkan, yaitu pertumbuhan dan perkembangan.

1. Pertumbuhan (*growth*) adalah bertambahnya ukuran fisik dan struktur sebagian atau keseluruhan tubuh, sehingga dapat diukur dengan satuan panjang dan berat.
2. Perkembangan (*development*) adalah bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tingkat kematangan dan belajar. (wong, 2005)

### **2.2.1 Faktor yang Mempengaruhi Pertumbuhan dan Perkembangan**

Setiap orang tua akan mengharapkan anaknya tumbuh dan berkembang secara sempurna tanpa mengalami hambatan apapun. Namun banyak faktor yang dapat mempengaruhi proses dan pertumbuhan dan perkembangan anak tersebut dimana ada sebagian anak yang tidak selamanya tahapan tumbuhnya sesuai dengan apa yang diinginkan oleh orang tua.

#### 1. Herediter atau keturunan

Merupakan faktor yang tidak dapat dirubah atau dimudifikasi, ini modal dasar untuk mendapatkan hasil akhir dari proses tumbuh anak.

#### 2. Lingkungan

##### 1) Lingkungan internal

Hal yang mempengaruhi diantaranya adalah hormon dan emosi.

##### 2) Lingkungan eksternal

Dalam lingkungan eksternal banyak sekali yang mempengaruhinya diantaranya adalah kebudayaan, status soaial ekonomi keluarga, status nutrisi dan olahraga.

##### 3) Pelayanan kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai yang ada disekitar lingkungan di mana anak akan tumbuh dan berkembang, diharapkan tumbang anak dapat dipantau. (Riyadi, 2013).

### **2.2.2 Tahap pertumbuhan dan perkembangan fisik anak**

Sanagat mudah bagi orang tua untuk mengamati pertumbuhan dan perkembangan fisik anaknya, karena hal ini hampir semua oran tua dapat melihatnya.

#### **1. Tumbuh kembang infant atau bayi, umur 0-12 bulan**

##### **1) Umur 1 bulan**

- a. Fisik : Berat badan akan meningkat 150-200gr/mg, tinggi badan meningkat 2,5 cm/bulan, lingkaran kepala meningkat 1,5 cm/bulan. Besarnya kenaikan seperti ini akan berlangsung sampai bayi umur 6 bulan.
- b. Motorik : bayi akan mulai berusaha mengangkat kepala dengan di bantu oleh orang tua ,tubuh ditengkurapkan, kepala menoleh ke kiri ataupun ke kanan, reflek menghisap, menelan, menggenggam sudah mulai positif.
- c. Sensorik : mata mengikuti sinar ke tengah
- d. Sosialisasi : Bayi sudah mulai tersenyum pada orang yang ada disekitarnya.

##### **2) Umur 2-3 bulan**

- a. Fisik : *Fontanel posterior* sudah menutup.
- b. Motorik : Mengangkat kepala, dada dan berusaha untuk menahannya dengan tangan, memasukkan tangan ke dalam mulut,



mulai berusaha meraih benda-benda yang menarik disetarnya, bisa dudukkan dengan posisi punggung disokong, mulai asik bermain-main sendiri dengan tangan dan jarinya.

- c. Sensorik : Sudah bisa mengikuti arah sinar ke tepi, koordinasi ke atas dan ke bawah, mulai mendengarkan suara yang didengarnya.
- d. Sosialisasi : Mulai tertawa pada seseorang, senang jika tertawa keras, menangis sudah mulai berkurang.

3) Umur 4-5 bulan

4) Umur 6-7 bulan

5) Umur 8-9 bulan

6) Umur 10-12 bulan

2. Tumbuh kembang toddler (balita), umur 1-3 tahun

1) Umur : 15 bulan

- a. Motorik Kasar : sudah bisa berjalan sendiri tanpa bantuan orang lain.
- b. Motorik halus : Sudah bisa memengangi cangkir, memasukkan jari ke lubang, membuka kotak, melempar benda.

2) Umur 18 bulan

- a. Motorik Kasar : Mulai berlari tetapi masih sering menarik mainan, mulai senang masih dengan bantuan.
- b. Motorik halus : Sudah bisa makan dengan menggunakan sendok, bisa membuka halaman buku baru menyusun balok-balok.

3) Umur 24 bulan

- a. Motorik Kasar : Berlari sudah baik, dapat naik tangga sendiri dngan kedua kaki tiap tahap.

- b. Motorik Halus : Sudah bisa membuka pintu, membuka kunci, menggunakan gelas atau cangkir, sudah dapat menggunakan sendok dengan baik.
- 4) Umur 36 bulan
- a. Motorik Kasar : sudah bisa naik turun tangga tanpa bantuan, memakai baju dengan bantuan, mulai bisa naik sepeda beroda tiga.
  - b. Motorik Halus : bisa menggambarlingkaran, mencuci tangannya sendiri, menggosok gigi.
3. Tumbuh kembang pra sekolah
1. Usia 4 tahun
- a. Motorik Kasar : Berjalan berjinjit, melompat dengan satu kaki, menangkap bola dan melemparkannya dari atas kepala.
  - b. Motorik Halus : Sudah bisa menggunakan gunting dengan lancar, sudah menggambar kotak, menggambar garis vertical maupun horizontal, belajar membuka dan memasang kancing baju.
2. Usia 5 tahun
- a. Motorik Kasar : berjalan mundur sambil berjinjit, sudah dapat menangkap dan melempar bola dengan baik, sudah dapat melompat dengan kaki secara bergantian.
  - b. Motorik Halus : menulis dengan angka-angka, menulis dengan huruf, menulis dengan kata-kata, belajar menulis nama, belajar meningkat tali sepatu.

- c. Sosial emosional : bermain sendiri mulai berkurang, sering berkumpul dengan teman sebaya, interaksi sosial selama bermain meningkat, sudah siap untuk menggunakan alat-alat bermain.
  - d. Pertumbuhan fisik ; berat badan meningkat 2,5 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6,75-7,5 cm/tahun.
4. Tumbuh kembang usia sekolah
- a. Motorik : lebih mampu menggunakan otot-otot kasar dari pada otot-otot halus.
  - b. Sosial emosional : Mencari lingkungan yang lebih lebih luas sehingga cenderung sering pergi dari rumah.
  - c. Pertumbuhan fisik : Berat badan meningkat 2-3 kg/tahun, tinggi badan meningkat 6-7 cm/tahun.
5. Tumbuh Kembang Remaja (*adolescent*)
- a. Pertumbuhan Fisik : Merupakan tahap pertumbuhan yang sangat pesat, tinggi badan 25%, berat badan 50%.
  - b. Sosial Emosional : Kemampuan akan sosialisasi.

### **2.2.3 Tumbuh Kembang Toddler (Balita)**

Toddler adalah anak antara rentang usia 12-36 bulan atau anak usia 1-3 tahun. Toddler tersebut ditandai dengan peningkatan kemandirian yang diperkuat dengan kemampuan mobilitas fisik dan kognitif lebih besar.

- 1. Perkembangan fisik
  - 1) Perkembangan biologis
    - a. Perubahan Proporsional

- a) Kenaikan berat badan 1,8-2,7Kg/tahun, tinggi badan 7,5 cm/tahun.
  - b) Lingkar kepala sama dengan lingkar dada usia 1-2 tahun.
  - c) Fontanel anterior menutup usia 12 – 18 bulan.
  - d) Lingkar dada > ukuran abdomen pada tahun kedua.
  - e) Pot bellied
- b. Perubahan sensori
- a) Penglihatan : pada visus 20/20 atau 20/40, pandangan binokuler
  - b) Pendengaran, penciuman, pengecap dan perabaan berkembang dengan baik sehingga koordinasi baik dengan mengeksplorasi lingkungan
- c. Kematangan sistem
- a) Sistem fisiologis relatif matang pada akhir masa toddler.
  - b) Myelinisasi spinal cord lengkap pada usia 2 tahun.
  - c) Otak tumbuh lengkap 75 % pada akhir 2 thn, perkembangan korteks cerebri yang spesifik, broca untuk bicara dan kortikal untuk mengontrol kaki, tangan dan sfingter.
- d. Saluran pernafasan
- a) Struktur internal telinga dan tenggorokan lebih pendek dan lurus
  - b) Jaringan limfoid pada tonsil membesar dan adenoid membesar sehingga sering mengalami infeksi seperti otitis media dan tonsilitis serta infeksi saluran pernafasan atas
- e. Sistem pencernaan dan eliminasi

- a) Proses pencernaan mulai komplit, kapasitas perut meningkat, keasaman lambung meningkat
  - b) Dapat mengontrol sfingtkter secara fisiologis pada 18-24 bln, kapasitas bladder meningkat (usia 14-18 bln) dan anak dapat menahan urin selama 2 jam/lebih
- f. Kulit
- a) Epidermis dan dermis berkembang bersama, resisten terhadap infeksi
  - b) Barrier efektif terhadap kehilangan cairan
- g. Mekanisme Pertahanan
- Antibodi mulai terbentuk : IgG pada tahun ke-2 akhir sedangkan Ig A,D, E meningkat bertahap.

2) Perkembangan motorik kasar dan halus

- a. Motorik kasar
- a) Adanya perkembangan locomotion
  - b) Usia 12-13 bulan berjalan sendiri dengan menggunakan penyangga
  - c) Usia 2-3 tahun posisi berdiri seperti binatang berkaki 2
  - d) Usia 2 tahun bisa berjalan turun naik kursi dan pada usia 2,5 tahun melompat berdiri 1 kaki, berjinjit
- b. Motorik Halus
- Peningkatan kemampuan manual dalam keterampilan/ketangkasan meliputi :
- a) 12 bulan : menggenggam obyek kecil

- b) 15 bulan : menjatuhkan lingkaran pada leher botol
- c) 18 bulan : melempar bola tanpa kehilangan keseimbangan

c. Perkembangan psikososial

Menurut *Sigmund Freud*, pada fase ini tergolong dalam fase Anal dimana pusat kesenangan anak pada perilaku menahan feses bahkan kadangkala anak bermain-main dengan fesesnya. Anak belajar mengidentifikasi tentang perbedaan antara dirinya dengan orang lain disekitarnya. Konflik yang sering terjadi adalah adanya Oedipus complex atau katarsis yaitu dimana seorang anak laki-laki menyadari bahwa ayahnya lebih kuat dan lebih besar dibandingkan dirinya. Sedangkan pada wanita disebut dengan Elektra complex.

d. Kemampuan sosial

- a) Menangkap dan melempar obyek
- b) Memegang dan melepaskan
- c) Memegang erat saat seseorang berkata : Jangan disentuh
- d) Mengeluarkan makanan saat terasa tidak enak

e. Kesuksesan otonomi

Bermain, sibling rivalry, toilet training dan suksesnya interaksi dengan seseorang yang berarti. Pengaruh permainan sangatlah penting pada masa ini, yaitu berpengaruh dalam perkembangan intelektual dimana dengan melakukan eksplorasi dan manipulasi terhadap alat permainan, mulai mengembangkan otonomi dalam permainan, dan belajar memecahkan masalah. (Riyadi, 2009).

## **2.3 Konsep Hospitalisasi**

### **2.3.1 Pengertian Hospitalisasi**

Hospitalisasi merupakan suatu proses yang karena suatu alasan yang berencana atau darurat yang mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit, menjalani terapi dan perawatan sampai pemulangnya kembali kerumah. Selama proses tersebut, anak dan orang tua harus dapat mengalami berbagai kejadian yang menurut beberapa ditunjukkan dengan pengalaman yang sangat traumatik dan penuh stress (Wong dkk, 2008)..

### **2.3.2 Dampak Hospitalisasi**

Hospitalisasi atau sakit dan dirawat di rumah sakit bagi anak dan keluarga akan menimbulkan stress dan tidak aman. Jumlah dan efek stress tergantung pada persepsi anak dan keluarga terhadap kerusakan penyakit dan pengobatan. Penyebab anak stres meliputi :

1. Psikososial (berpisah dengan orang tua, keluarga lain, teman dan perubahan peran).
2. fisiologis (kurang tidur, perasaan nyeri, imobilisasi dan tidak mengontrol diri).
3. Lingkungan asing (kebiasaan sehari-hari berubah).
4. Reaksi orang tua, kecemasan dan ketakutan akibat dari seriusnya penyakit, prosedur, pengobatan dan dampak terhadap masa depan anak, frustrasi karena kurang informasi terhadap prosedur dan pengobatan serta tidak familernya peraturan rumah sakit (Supartini, 2008).

### **2.3.3 Keuntungan Hospitalisasi**

Meskipun hospitalisasi dapat dan biasa menimbulkan stres bagi anak-anak, tetapi hospitalisasi juga bermanfaat. Manfaat yang paling nyata adalah pulih dari sakit, tetapi hospitalisasi juga dapat memberi kesempatan pada anak-anak untuk mengatasi stres dan merasa kompeten dalam kemampuan coping mereka.

### **2.3.4 Respon Hospitalisasi Pada Orang Tua**

Respon keluarga yaitu suatu reaksi yang diberikan keluarga terhadap keinginan untuk menanggapi kebutuhan yang ada pada dirinya. Perawatan anak dirumah sakit tidak hanya menimbulkan stress pada orang tua. Orang tua juga merasa ada sesuatu yang hilang dalam kehidupan keluarganya, dan hal ini juga terlihat bahwa perawatan anak selama dirawat di rumah sakit lebih banyak menimbulkan stress pada orang tua dan hal ini telah banyak dibuktikan oleh penelitian-penelitian sebelumnya (Supartini, 2008).

Reaksi dari stress orang tua terhadap perawatan anak yang dirawat di rumah sakit yang meliputi :

1. Kecemasan, ini termasuk dalam kelompok emosi primer dan meliputi perasaan was-was, bimbang, kuatir, kaget, bingung dan merasa terancam.
2. Marah, dalam kelompok amarah sebagai emosi primer termasuk gusar, tegang, kesal, jengkel, dendam, merasa terpaksa dan sebagainya.
3. Sedih, dalam kelompok sedih sebagai termasuk emosi primer termasuk susah, putus asa, rasa bersalah tak berdaya terpojok dan sebagainya. Bila kesedihan



terlalu lama maka timbulah tanda-tanda depresi dengan triasnya : rasa sedih, putus asa sehingga timbul pikiran lebih baik mati saja.

4. Stressor dan reaksi keluarga sehubungan dengan hospitalisasi anak, jika anak harus menjalani hospitalisasi akan memberikan pengaruh terhadap anggota keluarga dan fungsi keluarga (Wong dkk, 2008).

## **2.4 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan**

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan penulis mengacu dalam proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan, yaitu :

### **2.4.1 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Pengkajian harus dilakukan dengan teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada klien dapat diidentifikasi. (Nikmatur, 2012).

### **2.4.2 Diagnosis Keperawatan**

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual/potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

### **2.4.3 Perencanaan**

Pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi dan mengatasi masalah masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis

keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien

#### **2.4.4 Pelaksanaan**

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru.

#### **2.4.5 Evaluasi**

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Nikmatur, 2012).

### **2.5 Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Kejang Demam**

#### **2.5.1 Pengkajian**

Pengumpulan data pada kasus kejang demam ini meliputi :

##### **1. Riwayat penyakit**

Pada anak kejang demam riwayat yang menonjol adalah demam yang dialami oleh anak ( suhu rektal di atas 38<sup>o</sup>celcius ) demam ini dilatar belakangi adanya penyakit lain yang terdapat pada luar kranial seperti : tonsilitis, faringitis sebelum serangan kejang pada pengkajian status kesehatan biasanya anak tidak mengalami apa-apa anak masih menjalani aktivitas sehari-hari seperti biasa seperti bermain dengan teman sebaya dan pergi sekolah.

##### **2. Pengkajian fungsional**

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

test Glasgow Coma Skala skor yang dihasilkan sekitar 5 sampai 10 dengan tingkat kesadaran dari apatis sampai somnolen atau mungkin dapat juga koma. Kemungkinan ada gangguan jalan nafas yang dibuktikan dengan peningkatan frekuensi pernafasan lebih dari 30 x/menit dengan irama cepat dan dangkal, lidah terlihat menekuk menutup faring. Pada kebutuhan rasa aman dan nyaman anak mengalami gangguan kenyamanan akibat hipertermi, sedangkan keamanan terjadi ancaman karena anak mengalami kehilangan kesadaran yang tiba-tiba yang beresiko terjadinya cedera secara fisik maupun fisiologis. Untuk pengkajian pola kebutuhan atau fungsi yang lain kemungkinan belum terjadi gangguan kalau ada mungkin sebatas ancaman seperti penurunan personal hygiene, aktifitas, intake dan nutrisi.

### 3. Pengkajian tumbuh kembang anak

Secara umum kejang demam tidak mengganggu pertumbuhan dan perkembangan anak. Ini dipahami dengan catatan kejang yang dialami anak tidak terlalu sering terjadi atau dalam batas masih dikemukakan oleh Livingstone (1 tahun tidak lebih dari 4 kali) atau penyakit yang melatarbelakangi timbulnya kejang seperti tonsilitis, faringitis segera dapat diatasi. Kalau kondisi tersebut tidak terjadi anak dapat mudah mengalami keterlambatan pertumbuhan misalnya berat badan yang kurang karena ketidakcukupan asupan nutrisi sebagai dampak anoreksia, tinggi badan yang kurang dari umur semestinya sebagai akibat penurunan asupan nutrisi mineral. Selain gangguan pertumbuhan sebagai dampak kondisi di atas anak juga dapat mengalami gangguan perkembangan seperti penurunan kepercayaan diri akibat sering kambuhnya penyakit sehingga anak lebih banyak berdiam diri

bersama ibunya kalau disekolah, tidak mau berinteraksi dengan teman sebaya. Saat dirawat di rumah sakit anak terlihat pendiam, sulit berinteraksi dengan orang yang ada disekitar, jarang menyentuh mainan. Kemungkinan juga dapat terjadi gangguan perkembangan yang lain seperti penurunan kemampuan motorik kasar seperti meloncat dan berlari.

#### 4. Pengumpulan Data

1. Identitas meliputi nama anak, umur, jenis kelamin, pendidikan, nama orang tua, agama, pendidikan, pekerjaan dan alamat.
2. Keluhan utama yaitu kejang dan panas
3. Riwayat penyakit sekarang meliputi :
  - 1) Bangkitan kejang  
Karena pada ibu-ibu yang anaknya menderita panas tinggi, kadang-kadang bingung dan menganggap gerak-gerakan yang dilakukan si anak sebagai bangkitan kejang si anak.
  - 2) Demam  
Pada umumnya yang menyebabkan terjadinya kejang adalah panas (suhu per rectal diatas  $38^{\circ}\text{C}$ ) atau kenaikan suhu  $1^{\circ}\text{C}$ .
  - 3) Lamanya serangan  
Sedangkan lamanya kejang sederhana berlangsung kurang lebih 15 menit
  - 4) Pola serangan  
Pola serangan bersifat umum
  - 5) Frekuensi serangan

Setelah kejang demam pertama,  $\pm 33\%$  anak akan mengalami satu kali frekuensi atau lebih, dan  $\pm 9\%$  anak mengalami 3 kali frekuensi atau lebih.

6) Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan

Sebelum bangkitan kejang ada serangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang, tetapi ada juga yang tanpa rangsangan.

Serangan kejang biasanya terjadi dalam 24 jam pertama sewaktu demam, berlangsung singkat. Umumnya kejang berhenti sendiri. Begitu kejang berhenti anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak tetapi setelah beberapa detik atau menit akan terbangun dan sadar kembali tanpa adanya kelainan saraf.

5. Riwayat penyakit dahulu

Anak dengan kejang demam biasanya didapatkan adanya problem masa neonatus, anak dalam perawatan khusus dan kadar natrium rendah.

6. Riwayat penyakit keluarga

Terdapat faktor riwayat kejang demam pada orang tua atau saudara kandung.

7. Riwayat persalinan dan persalinan

1) *Prenatal care* : pada ibu hamil yang mengalami trauma, pre eklamsi, eklamsi, penggunaan obat-obatan akan mempunyai resiko bahwa bayinya mengalami kejang demam.

2) *Natal care* : proses kelahiran dengan dilakukan tindakan lain (forcep, vakum) mempunyai resiko anak dengan kejang demam.

3) *Post natal care* : perawatan setelah kelahiran yang kurang baik berdampak buruk terhadap bayi.

#### 8. Riwayat imunisasi

Pada umur 3 tahun imunisasi dasar seperti BCG, DPT, Polio, Campak dan Hepatitis B harus sudah diberikan. Dari pemberian imunisasi ini umumnya menimbulkan panas pada tubuh bayi. Sehingga perlu di waspadai tentang penyebab utama terjadinya panas.

#### 9. Pola-pola fungsi kesehatan

##### 1) Pola persepsi kesehatan

Menggambarkan persepsi klien dan penanganan kesehatan dan kesejahteraan.

##### 2) Pola nutrisi dan metabolik

Menggambarkan masukan nutrisi : keseimbangan cairan dan elektrolit, kondisi kulit, rambut dan kuku, juga keadaan metabolisme tubuh.

##### 3) Pola eliminasi

Menggambarkan pola fungsi ekskresi usus, kandung kemih dan kulit

##### 4) Pola aktifitas dan latihan

Menggambarkan pola latihan dan aktifitas fungsi pernafasan dan sirkulasi

##### 5) Pola tidur/istirahat

Menggambarkan pola tidur, istirahat dan persepsi tentang tingkat energi

##### 6) Pola kognitif/perseptual

Menggambarkan pola pendengaran, pendengaran, penglihatan, pengecapan, penghidu, persepsi nyeri, bahasa, memori dan pengambilan keputusan.

7) Pola persepsi diri/konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan.

8) Pola peran/hubungan

Menggambarkan keefektifan peran dan hubungan dengan orang terdekat.

9) Pola seksualitas/reproduksi

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual dirasakan dengan seksualitas.

10) Pola coping/toleransi stress

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stress dan pengulangan sistem pendukung.

11) Pola nilai/kepercayaan

Menggambarkan sistem spiritual, nilai dan kepercayaan.

10. Pemeriksaan Umum

Pertama kali perhatikan keadaan umum vital : tingkat kesadaran, tekanan darah, nadi, respirasi dan suhu. Pada kejang demam sederhana akan didapatkan suhu tinggi sedangkan kesadaran setelah kejang akan kembali normal seperti sebelum kejang tanpa kelainan neurologi.

1. Pemeriksaan Fisik

1) Kepala

Tanda-tanda mikro atau makro sepalidispersi, bentuk kepala, tanda-tanda kenaikan tekanan intrakranial, yaitu ubun-ubun besar cembung, keadaan ubun-ubun besar menutup atau belum

2) Rambut

Dimulai warna, kelebatan, distribusi serta karakteristik lain rambut. Pasien dengan malnutrisi energi protein mempunyai rambut yang jarang, kemerahan seperti rambut jagung dan mudah dicabut tanpa menyebabkan rasa sakit pada pasien.

3) Muka dan wajah

Paralisis fasialis menyebabkan asimetri wajah; sisi yang paresis tertinggal bila anak menangis atau tertawa, sehingga wajah tertarik ke sisi sehat, tanda rhisus sardonius, opistotonus, trimus, ada gangguan nervus cranial

4) Mata

Saat serangan kejang terjadi dilatasi pupil, untuk itu periksa pupil dan ketajaman penglihatan, keadaan sklera, konjungtiva

5) Telinga

Periksa fungsi telinga, kebersihan telinga serta tanda-tanda adanya infeksi seperti pembengkakan dan nyeri di daerah belakang telinga, keluar cairan dari telinga, berkurangnya pendengaran.

6) Hidung

Pernapasan cuping hidung, polip yang menyumbat jalan napas, keluar sekret konsistensinya, jumlahnya jika keluar sekret ataupun tanda-tanda adanya apnea



## 7) Mulut

Tanda-tanda sardonikus, cynosis, keadaan lidah, stomatitis, jumlah gigi yang tumbuh, caries gigi, penutupan faring oleh lidah.

## 8) Tenggorokan

Tanda-tanda peradangan tonsil, tanda-tanda infeksi faring, cairan eksudat

## 9) Leher

Tanda-tanda kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran vena jugularis

## 10) Thorax

Pada infeksi, amati bentuk dada klien, bagaimana gerak pernapasan, frekwensinya, irama, kedalaman, adakah retraksi intercostale, pada auskultasi, adakah suara napas tambahan

## 11) Jantung

Keadaan dan frekwensi jantung serta iramanya, bunyi tambahan, bradycardi atau tachycardia

## 12) Abdomen

Distensia abdomen serta kekakuan otot pada abdomen, turgor kulit dan peristaltik usus, tanda meteorismus, pembesaran lien dan hepar

## 13) Kulit

Keadaan kulit baik kebersihan maupun warnanya, turgor kulit, terdapat oedema, hemangioma.

#### 14) Ekstremitas

Terdapat oedema, atau paralise terutama setelah terjadi kejang, suhunya pada daerah akral

#### 15) Genetalia

Kelainan bentuk oedema, sekret yang keluar dari vagina, tanda-tanda infeksi.

### **2.5.2 Diagnosa Keperawatan**

Menurut Nanda 2013 dan Riyadi 2009, diagnosa keperawatan yang muncul pada anak dengan kejang demam adalah :

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, telinga, bronkus atau tempat lain.
2. Resiko obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasma otot bronkus.
3. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah.
4. Resiko gangguan pertumbuhan (berat badan rendah) berhubungan dengan penurunan asupan nutrisi
5. Resiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri) berhubungan dengan peningkatan frekwensi kekambuhan
6. Resiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan.

### **2.5.3 Intervensi**

Rencana tindakan yang diberikan pada pasien dengan kejang demam berdasarkan diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Hipertermi berhubungan dengan infeksi kelenjar tonsil, faringitis, telinga, bronkus atau pada tempat lain.

Hasil yang diharapkan : suhu tubuh rektal 36-37, kening tidak ada panas, tidak terdapat pembekakan, kemerahan pada tonsil atau telinga. Data penunjang hasil laboratorium angka leukosit : 5.000-11.000 mg/dl.

Rencana tindakan :

- 1) Pantau tubuh anak setiap setengah jam

Rasional : peningkatan tubuh melebihi 39°C dapat beresiko terjadinya kerusakan syaraf pusat karena akan meningkatkan neurotransmitter yang dapat meningkatkan ekstasi neuron.

- 2) Beri pakaian anak yang tipis dari bahan yang halus seperti katun

Rasioanal : pakaian yang tipis memudahkan perpindahan panas dari tubuh kelingkungan. Bahan katun akan menghindari dari iritasi kulit pada anak karena panas yang tinggi akan membuat kulit sensitif terhadap cedera.

- 3) Kompres anak dengan air hangat

Rasional : perpindahan panas secara konduksi

- 4) Jaga kebutuhan cairan tubuh anak tercukupi melalui pemberian intravena dengan patokan kebutuhan seperti tabel diatas.

Rasional : cairan yang cukup akan menjaga kelembaban sel, sehingga sel tubuh tidak mudah rusak akibat suhu tubuh yang tinggi. Cairan intravena berfungsi mengembalikan cairan yang banyak hilang lewat proses evaporasi kelingkungan.

5) Kolaborasi pemberian antiperetik (aspirin dengan dosis 60mg/tahun/kali pemberian) antibiotik (sesuai dengan jenis mikroorganisme penyebab yang umum dapat digunakan golongan penasiline.

Rasional : antiperetik dapat mempengaruhi ambang panas pada hipotalamos dan juga akan mempengaruhi penurunan neurotransmitter seperti prostaglandin yang berkontribusi timbulnya nyeri saat demam.

2. Resiko obstruksi jalan nafas berhubungan dengan penutupan faring oleh lidah, spasma otot bronkus.

Hasil yang diharapkan : frekuensi pernafasan meningkat 28-35 kali permenit, irama pernafasan reguler dan tidak cepat, anak tidak terlihat terengah - engah.

Rencana tindakan :

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

Rasional : frekuensi pernafasan yang meningkat tinggi dengan irama yang cepat sebagai salah satu indikasi sumbatan jalan nafas oleh benda asing contohnya lidah

2) Tempatkan anak pada posisi semifowler dengan kepala hiperekstensi

Rasional : posisi semifowler akan menurunkan tekanan tahanan intraabdominal terhadap paru-paru, hiperekstensi membuat jalan nafas dalam posisi lurus dan bebas dari hambatan.

3) Pasang tong spatel saat timbul serangan kejang

Rasional : mencegah lidah tertekuk kebelakang yang dapat menutup jalan nafas.

- 4) Bebaskan anak dari pakaian yang ketat.

Rasional : mengurangi tekanan pada rongga thorak sehingga terjadi perbatasan pengembangan paru.

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

Rasional : deazepam menurunkan fase depolarisasi yang cepat di sistem persyarafan pusat sehingga dapat terjadi penurunan spasme pada otot dan persyarafan perifer.

3. Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan penurunan oksigen darah.

Hasil yang diharapkan : jaringan perifer kulit terlihat merah segar, akral teraba hangat dan hasil pemeriksaan AGD : PH darah 7,35-7,45, tekanan oksigen 80-104, tekanan karbondioksida 35-45 MmHg, HCO<sub>3</sub> 21-25

Rencana tindakan :

- 1) Kaji tingkat pengisian perifer

Rasional : kapiler kecil mempunyai volume darah yang relatif kecil dan cukup sensitif sebagai tanda terhadap penurunan oksigen darah.

- 2) Pemberian oksigen dengan pemberian masker atau canula nasal dengan rata-rata 3 liter/menit.

Rasional : oksigen tabung mempunyai tekanan yang lebih tinggi dari oksigen lingkungan sehingga mudah masuk ke paru-paru. Pemberian dengan masker mempunyai presentase 35% yang dapat masuk ke saluran pernafasan.

- 3) Hindarkan anak dari rangsangan yang berlebihan baik suara, mekanik maupun cahaya

Rasional : ransangan akan meningkatkan fase eksitasi persyarafan yang dapat menaikkan kebutuhan oksigen jaringan.

- 4) Tempatkan pasien pada ruangan yang sirkulasi udara baik (ventilasi memenuhi  $\frac{1}{4}$  dari luas ruangan).

Rasional : meningkatkan jumlah udara yang masuk dan mencegah hipoksemia jaringan

4. Resiko gangguan pertumbuhan (berat badan rendah) berhubungan dengan asupan nutrisi yang menurun

Kondisi yang diharapkan : orang tua anak menyampaikan bahwa anaknya sudah gampang makan, porsi makan dihabiskan setiap kali makan misalnya 1 porsi habis ( rata-rata 700kkal perhari), berat badan anak pada garis hijau di kartu menuju sehat.

Rencana tindakan :

- 1) Kaji berat badan dan jumlah asupan nutrisi anak (kalori)

Rasional : berat badan sebagai salah satu indikator jumlah massa sel dalam tubuh , kalau berat badan rendah menunjukkan penurunan jumlah dan massa sel tubuh yang tidak sesuai dengan umur. Asupan kalori sebagai bahan dasar pembentukan massa sel tubuh.

- 2) Ciptakan suasana yang menari dan nyaman saat makan seperti dibawa keruangan yang banyak gambar untuk anak sambil diajak bermain.

Rasional : Dapat membantu peningkatan respon korteks cerebri terhadap selera makanan sebagai dampak rasa senang pada anak.

- 3) Anjurkan orangtua memberi anak makan pada kondisi makanan hangat.

Rasional : Makanan hangat akan mengurangi kekentalan sekresi mukus pada faring dan mengurangi respon mual pada gaster.

- 4) Anjurkan orangtua memberi makanan pada anak dengan porsi sering dan sedikit (setiap jam anak diprogramkan makan)

Rasional : Mengurangi massa makanan yang banyak pada lambung yang dapat menurunkan rangasangan nafsu makan pada otak bagian bawah.

5. Resiko gangguan perkembangan (kepercayaan diri) berhubungan dengan peningkatan frekwensi kekambuhan

Hasil yang diharapkan : Anak terlihat aktif berinteraksi dengan orang di sekitar saat di rawat di rumah sakit, frekwensi kekambuhan kejang demam berkisar 1-3 kali dalam setahun.

Rencana tindakan :

- 1) Kaji tingkat perkembangan anak terutama kepercayaan diri dan frekwensi demam.

Rasional : Fase ini bila tidak teratasi dapat terjadi krisis kepercayaan anak, frekwensi demam yang meningkat dapat menampilkan penurunan penampilan anak

- 2) Beri anak terapi bermain dengan teman sebaya di rumah sakit yang melibatkan banyak anak seperti bermain lempar bola.

Rasional : Dapat meningkatkan anak berinteraksi dengan teman sebaya tanpa melalui paksaan dan dokrin dari orangtua

- 3) Beri anak reward apabila anak berhasil melakukan aktivitas positif misalnya melempar bola dengan tepat, support anak bila belum berhasil.

Rasional : Meningkatkan nilai positif yang ada pada anak dan memperbaiki kelemahan dengan kemauan yang kuat.

6. Resiko cedera (terjatuh, terkena benda tajam) berhubungan dengan penurunan respon terhadap lingkungan .

Hasil yang diharapkan : Anak tidak terluka atau terjatuh saat serangan kejang

Rencana tindakan :

- 1) Tempatkan anak pada gempat tidur yang lunak dan seperti bahan matras.

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

- 2) Pasang pengaman di kedua sisi tempat tidur.

Rasional : Mencegah anak terjatuh

- 3) Jaga anak saat timbul serangan kejang

Rasional : Menjaga jalan nafas dan mencegah anak terjatuh (Riyadi, 2013).

#### **2.5.4 Pelaksanaan Keperawatan**

Pelaksanaan merupakan tindakan yang sesuai dengan yang telah direncanakan mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri adalah tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat serta bukan atas petunjuk tenaga kesehatan lain. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lain (Nugroho, 2011).



### 2.5.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Tujuan dari evaluasi adalah mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan dan meneruskan rencana tindakan keperawatan (Nikmatur, 2012).

Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan klien, digunakan komponen SOAP. Pengertian SOAP adalah sebagai berikut :

1. S : Data Subjektif

Keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : Data Objektif

Hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada klien dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : Analisis

Interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau juga dapat dituliskan masalah atau diagnosis baru yang terjadi akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. P : Planning

Perencanaan perawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.