

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN AN. H YANG MENGALAMI
KEJANG DEMAM (KDS) DIRUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

KARYA TULIS ILMIAH



Oleh :

DIRGANTARASYAH

NIM : 1311308210744

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

(WHO, 2010) menyatakan bahwa 900.000 anak balita pernah mengalami kejang demam dimana 28,5% terjadi kejang berulang. Di Indonesia kejang demam pada usia 17 – 23 bulan sekitar 2 – 4%, populasi anak usia 6 bulan – 5 tahun sekitar 80% menderita kejang demam sederhana, 20 % kejang demam kompleks, 8% berlangsung lama > 15 menit, 16% berulang dalam waktu 24 jam. Bila kejang demam sederhana terjadi pada usia > 12 bulan, resiko kejang 30% (Depkes RI, 2009).

Di negeri yang sedang berkembang termasuk Indonesia terdapat 2 faktor yaitu gizi dan infeksi yang mempunyai pengaruh besar sekali terhadap pertumbuhan anak. Saat ini 70% kematian balita karena adanya pneumonia, campak, diare, malaria, dan malnutrisi, ini berarti bahwa penyakit infeksi masih menjadi penyebab kematian balita. Terjadinya proses infeksi dalam tubuh menyebabkan kenaikan suhu tubuh yang biasa disebut dengan demam, demam merupakan faktor resiko utama terjadinya kejang demam (Salamiharja, 2007).

Kejang demam merupakan kejang yang terjadi pada usia antara 3 bulan sampai 5 tahun yang disertai demam tanpa infeksi system saraf pusat. Kejang Demam biasanya terjadi pada awal demam. Anak akan terlihat aneh untuk beberapa saat, kemudian kaku, kelojotan dan memutar matanya, anak tidak respon untuk beberapa waktu, napas akan terganggu dan kulit akan tampak lebih gelap dari biasanya. Setelah kejang, anak akan segera kembali normal. Kejang biasanya berakhir kurang dari 1 menit, tetapi jarang dapat terjadi lebih

dari 15 menit. Hingga kini belum di ketahui dengan pasti penyebab kejang demam, demam ini sering disebabkan infeksi saluran pernapasan atas, radang telinga tengah, infeksi saluran cerna dan infeksi saluran kencing (Teguh, 2009).

Di Indonesia terdapat 5 (6,5%) diantara 83 pasien kejang demam menjadi epilepsi. Penanganan kejang demam harus tepat, sekitar 16% anak akan mengalami kekambuhan dalam 24 jam pertama walaupun adakalanya belum dipastikan bila anak mengalami demam yang terpenting adalah usaha untuk menurunkan suhu tubuhnya (Nurdin, 2011).

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Kaltim Bulan Januari- Juni 2011. Tercatat penderita kejang demam sebanyak 625 dibandingkan pada tahun 2010 jumlah penderita kejang demam sebanyak 729 orang (Yusuf, 2011).

Data yang terdapat di ruang Melati Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dalam satu minggu yang mengalami Kejang Demam ada 10 pasien.

Pentingnya memahami konsep ini mengingat dampak atau komplikasi lanjut dari penyakit kejang demam ini akan mengarah pada kerusakan sel - sel otak anak, retardasi mental dan apabila tidak segera ditangani akan menyebabkan kematian. Apabila kejang itu terjadi dalam waktu yang lama. maka kemungkinan sel – sel yang rusak pun akan semakin banyak, bukan tidak mungkin tingkat kecerdasan anak akan menurun drastis dan tidak lagi berkembang secara optimal. Bahkan beberapa kasus kejang demam menyebabkan epilepsi pada anak (Prita, 2008).

Untuk mencegah akibat lanjut yang bisa terjadi pada anak dengan kejang demam maka sangat penting memahami proses penyakit kejang

demam dan penanganannya yang paling utama sebelum dibawa ke rumah sakit. Oleh karena itu, penulis berkeinginan mendapatkan pengalaman secara nyata dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien An. H usia Toddler dengan Kejang Demam yang dirawat di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

B. Perumusan Masalah

Rumusan masalah yang ada dalam Karya Tulis Ilmiah ini adalah “ Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Anak H yang Mengalami Kejang Demam Sederhana (KDS) di Ruang Melati RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda ?”.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Mendapatkan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan pada anak usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati Rumah Sakit Abd. Wahab Sjaranie Samarinda

2. Tujuan Khusus

a. Melakukan pengkajian pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

b. Merumuskan diagnosa keperawatan yang muncul pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

c. Menyusun rencana tindakan keperawatan pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- e. Mengevaluasi tindakan yang telah dilaksanakan pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Raudah Rumah Sakit Islam Samarinda.
- f. Mendokumentasikan keseluruhan asuhan keperawatan yang telah diterapkan pada An H usia Toddler dengan Kejang Demam di Ruang Melati RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

D. Metode Penulisan

Metode penulisan yang digunakan dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, tipe studi kasus dengan pendekatan proses keperawatan, perencanaan dan evaluasi.

Sedangkan pengumpulan data diperoleh dari :

1. Wawancara / Anamnesa

Tanya jawab yang dilakukan langsung dengan orang tua klien perawat ruangan dan tim medis lain untuk mendapatkan informasi data tentang klien.

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan yang dilakukann untuk mengetahui keadaan fisik klien melalui inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi secara kesehatan dari kepala hingga kaki.

3. Observasi

Melakukan pengamatan langsung terhadap klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.

4. Studi Dokumentasi

Mendapatkan data – data yang berkaitan dengan kasus dari status klien, catatan medik catatan keperawatan, farmasi, ahli gizi, dan lain-lain.

5. Studi Kepustakaan

Menggunakan bahan yang ada yang ada kaitannya dengan judul karya tulis ini berupa berupa buku-buku dan informasi dari internet untuk memperoleh materi dan referensi lain yang berkaitan dengan kasus Kejang Demam Sederhana (KDS).

E. Sistematika Penulisan

Karya tulis ini terdiri dari lima bab yang tersusun secara sistematika dengan urutan sebagai berikut :

a. Bab I : Pendahuluan

Bab ini berisikan latar belakang, ruang lingkup, tujuan penelitian dan sistematika penulisan

b. Bab II : Tinjauan Pustaka

Bab ini berisikan teori-teori yang mendukung isi karya tulis ilmiah sesuai dengan judul . Pada bagian awal paragraf dituliskan prolog yang berisikan pengertian, etiologi, patofisiologi, tandadan gejala, penataklasanan medis, komplikasi (jika ada) dan pemeriksaan diagnostik. Bagian selanjutnya adalah tinjauan tentang asuhan keperawatan secara teoritis yang meliputi pengkajiaan, diagnosa keperawatan , perencanaan, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi keperawatan sesuai dengan judul karya tulis.

c. Bab III : Tinjauan kasus

Bab ini berisikan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan judul dan laporkan dalam bentuk proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan kasus yang telah dikelola.

d. Bab IV : Pembahasan

Bab ini menguraikan tentang analisa terhadap hasil studi atau kajian dengan mencantumkan teori-teori yang relevan untuk memperkuat bahasan. Pembahasan harus mengacu pada tujuan penulisan dan difokuskan pada keterkaitan dan kesenjangan antar kasus dan teori. Bab ini dapat mencerminkan kemampuan mahasiswa dalam membuat analisa situasi, mensintesa pengalaman belajar dan mengaplikasikan teori-teori yang telah diperoleh dikelas dengan nyata.

e. Bab V : Penutupan

Merupakan jawaban tujuan penulisan dan sebagai inti dari pembahasan yang ditulis secara singkat dan jelas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Medik

1. Pengertian

Definisi kejang demam menurut *National Institutes of Health Consensus Conference* adalah kejadian kejang pada bayi dan anak, biasanya terjadi antara usia 3 bulan sampai 5 tahun, berhubungan dengan demam tanpa adanya bukti-bukti infeksi atau sebab yang jelas di intrakranial.

Kejang Demam adalah suatu kejang yang terjadi pada usia antara 3 bulan hingga 5 tahun yang berkaitan dengan demam namun tanpa adanya tanda – tanda infeksi *intracranial* atau penyebab yang jelas, (Simon Newell, 2007).

Kejang demam adalah kejang yang terjadi pada saat seorang bayin atau anak mengalami demam tanpa infeksi sistem saraf pusat. Hal ini dapat terjadi pada 2-5 % populasi anak. Umumnya kejang demam ini terjadi pada usia 6 bulan – 5 tahun dan jarang sekali terjai untuk pertama kalinya pada usia <3 tahun (Itqiyah, 2008).

Kejang demam adalah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (suhu rektal diatas 38°C) yang disebabkan oleh proses eksrakranium. Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak dengan golongan

umur 6 sampai 4 tahun. Hampir 3% dari anal yang berumur dibawah 5 tahun pernah menderita kejang demam (Ngastiyah,2008).

2. Penyebab/Etiologi

Menurut (Arif ,2007) menyebutkan beberapa penyebab kejang demam sebagai berikut:

a. Demam itu sendiri

Demam yang di sebabkan oleh infeksi saluran pernapasan atas,otitis media,pneumonia,gastroenteritis, dan infeksi saluran kemih, kejang tidak selalu timbul pada suhu yang tinggi.

b. Efek produk toksik dari mikroorganisme

c. Respon alergi atau keadaan umum yang abnormal oleh infeksi

d. Perubahan keseimbangan cairan dan erektrolit

e. Ensefalitis viral (radang otak akibat virus)

3. Patofisiologi

Untuk mempertahankan kelangsungan hidup sel / organ otak diperlukan energy yang didapat dari metabolisme. Bahan baku untuk metabolisme otak yaitu glukosa, sifat proses ini adalah oksidasi dengan perantara fungsi paru – paru dan diteruskan di otak melalui system kardiovaskuler (Teguh, 2009).

Sumber energy otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi di pecah menjadi CO₂ dan air. Sel yang di kelilingi oleh membrane yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipoid dan

permukaan luar yaitu ionic. Dalam keadaan normal membrane sel neuron dapat di lalui dengan mudah oleh ion kalium (K^+) dan sangat sulit oleh natrium (Na^+) dan elektrolit lainnya kecuali ion klorida (Cl^-), akibatnya konsentrasi K^+ dalam sel neuron tinggi dan ion Na^+ rendah, sedang diluar sel neuron terdapat keadaan sebaliknya. Karena keadaan tersebut, maka terjadi perbedaan potensial membrane ini diperlukan energy dan bantuan enzim $Na - K$ Atp - ase yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membrane ini dapat di ubah oleh perubahan konsentrasi ion di ruang ekstraseluler. Rangsangan yang datangnya mendadak seperti mekanis, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya dan perubahan patofisiologi dan membrane sendiri karena penyakit atau keturunan. (Subianto, Teguh 2009) Pada demam, kenaikan suhu $1^{\circ}C$ akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 – 15 % dan kebutuhan O_2 meningkat 20 %. Pada seorang anak berumur 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa (hanya 15 %) oleh karena itu, kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membrane sel neuron dan dalam waktu singkat terjadi difusi dari ion kalium dan natrium melalui membrane sel sekitarnya dengan bantuan “neurotransmitter” dan terjadi kejang . (Subianto Teguh, 2009).

Pada anak dengan ambang kejang yang rendah, kejang dapat terjadi pada suhu 38⁰C dan anak dengan ambang kejang tinggi, kejang baru terjadi pada suhu 40⁰C atau lebih, kejang yang berlangsung lama (> 15 menit) biasanya di sertai apnea. Meningkatnya kebutuhan O₂ dan untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnia, denyut jantung yang tidak teratur dan makin meningkatnya suhu tubuh karena tingginya aktifitas otot dan selanjutnya mengakibatkan metabolisme otak meningkat. Faktor terpenting adalah gangguan peredaran darah yang mengakibatkan hipoksia sehingga meningkatkan permeabilitas kapiler dan timbul oedema otak yang mengakibatkan kerusakan sel neuron otak (Teguh, 2009).

Pathway

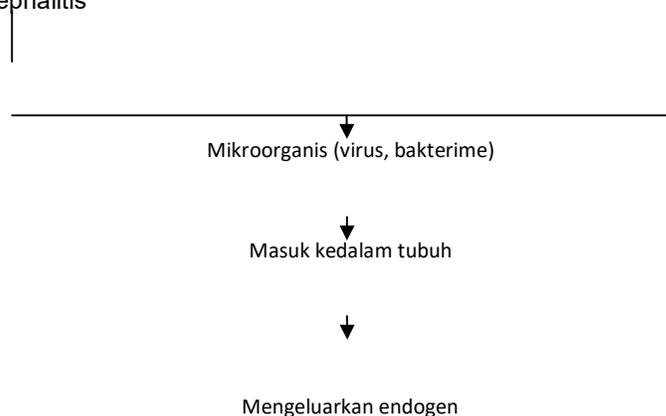
Konsep patologis :

- Otitis media
- Ispa
- Trauma
- Tumor otak
- Meningitis
- Encephalitis

Infeksi
ekstrakranium

↓

Infeksi
ekstrakranium



↓
Interleukin I

↓
Zat pyrogen endogen

↓
prostaglandin



Menggeser set point dari titik normal

↓
menggigil



Demam



HIPERTERMI



peningkatkan metabolisme



Ketidak seimbangan cairan ekstraseluler dan intra sel

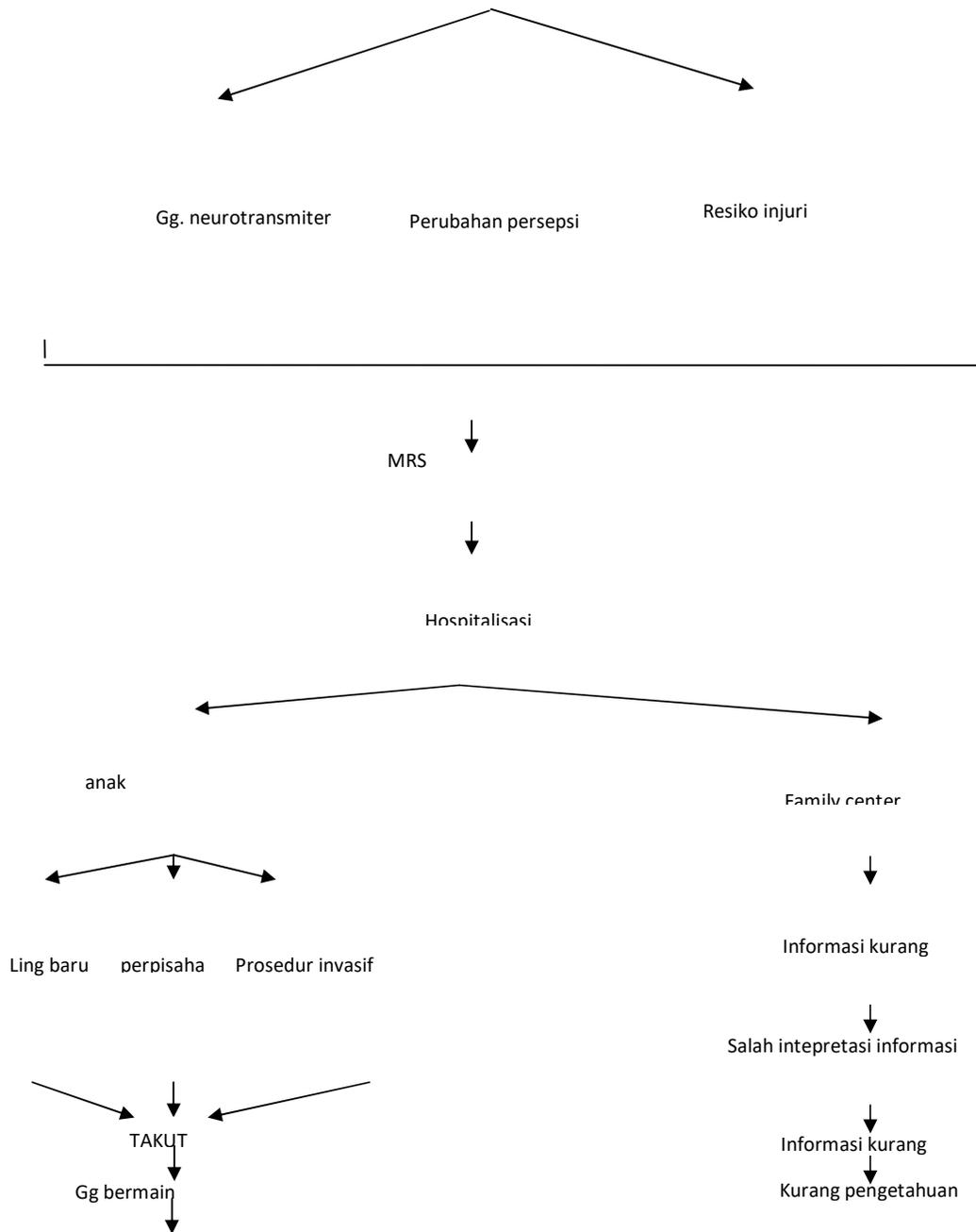


Hantaran listri kesyaraf otak terganggu



KEJANG





Gambar 2.1 Pathway Kejang Demam (Yuliani, 2010)

4. Tanda dan Gejala

Menurut (Teguh, 2009) menyebutkan manifestasi klinis pada kejang demam yaitu: Kedua kaki dan tangan kaku disertai gerakan – gerakan kejut yang kuat dan kejang – kejang selama 5 menit.

- a. Suhu tubuh meningkat
- b. Bola mata terbalik keatas
- c. Gigi terkatup
- d. Muntah
- e. Tak jarang anak berhenti napas sejenak
- f. Pada beberapa kasus tidak mengontrol pengeluaran air besar / kecil
- g. Pada kasus berat, si kecil kerap tak sadarkan diri
- h. Intensitas waktu saat kejang juga sangat bervariasi dari beberapa detik sampai puluhan menit

5. Klasifikasi kejang demam

Menurut Teguh, 2009) Kejang Demam diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Kejang Demam Sederhana

Yaitu kejang yang berlangsung kurang dari 15 menit dan umum. Adapun pedoman untuk mendiagnosa kejang demam sederhana dapat diketahui melalui criteria *Livingstone* yaitu:

- 1). Umur anak ketika kejang antara 6 bulan sampai 4 tahun.

- 2). Kejang berlangsung hanya sebentar, tidak lebih dari 15 menit.
- 3). Kejang bersifat umum
- 4). Kejang timbul setelah 16 jam pertama setelah timbul demam.
- 5) Pemeriksaan saraf sebelum dan sesudah kejang normal.
- 6). Pemeriksaan EGG yang di buat setidaknya 1 minggu sesudah suhu normal tidak menunjukkan kelainan.
- 7). Frekuensi kejang bangkitan dalam 1 tahun tidak melebihi 4 kali.

b. Kejang Demam Kompleks

Kejang Demam Kompleks tidak memenuhi salah satu dari 7 kriteria Livingstone. Menurut Mansyur (2000) biasanya kejang kompleks di tandai dengan kejang yang berlangsung lebih dari 15 menit, fokal / multiple (lebih dari 1 kali dalam 24 jam). Di sini ana sebelumnya dapat mempunyai kelainan neurology atau riwayat kejang dalam atau tanpa kejang dalam rowayat keluarga.

6. Pencegahan

Menurut Ngastiyah (2007), pencegahan difokuskan pada pencegahan kekambuhan berulang dan pencegahan segera saat kejang berlangsung yaitu:

a. Pencegahan berulang

1). Mengobati infeksi yang mendasari kejang.

2). Pendidikan kesehatan tentang

a). Tersedianya obat penurun panas yang di dapat dari
atau resep dokter

b). Tersedianya alat pengukur suhu tubuh dan catatan
penggunaan thermometer, cara pengukuran suhu
tubuh anak serta keterangan batas suhu normal pada
anak (36-37)

c). Anak diberikan obat antipiretik dan kompres hangat bila
orang tua mengetahuinya pada saat mulai demam dan
jangan menunggu sampai meningkat.

d). Memberitahu pada petugas imunisasi bahwa anaknya
pernah mengalami kejang demam bila anak akan di
imunisasi.

b. Mencegah cedera saat kejang berlangsung

a). Baringkan pasien pada tempat yang rata.

b). Kepala dimiringkan untuk menghindari aspirasi cairan
tubuh.

c). Pertahankan lidah untuk tidak menutupi jalan napas.

d). Lepaskan pakaian ketat.

f). Jangan melawan gerakan pasien guna menghindari
cedera.

7. Penatalaksanaan

Menurut Ngastiyah (2007) Ada 4 faktor yang harus di kerjakan :

- a. Membrantas kejang secepat mungkin: Segera diberikan diazepam intravena dengan dosis rata – rata 0,3 mg/kg atau diazepam rectal dengan dosis $< 10\text{kg} = 5\text{mg/kg}$

Bila diazepam tidak tersedia, langsung memakai Phenobarbital dengan dosis awal selanjutnya di teruskan dengan dosis rumat.

- b. Pengobatan penunjang : Semua pakain ketat dibuka, posisi kepala sebaiknya miring untuk mencegah aspirasi isi lambung, membebaskan jalan nafas, oksigenisasi secukupnya.
- c. Pengobatan rumat : Diberikan obat antipiletik dengan daya kerja lebih lama misalnya (fenobarbital atau defenilhidantion).
- d. Mencari dan mengobati penyebab.

8. Komplikasi

Pada penderita kejang demam yang mengalami kejang lama biasanya terjadi hemiparesis. Kelumpuhannya sesuai dengan kejang fokal yang terjadi. Mula-mula kelumpuhan bersifat flasid tetapi setelah 2 minggu timbul spasisitas. Kejang demam yang berlangsung lama dapat menyebabkan kelainan anatomis di otak sehingga terjadi epilepsi.

Ada beberapa komplikasi yang mungkin terjadi pada klien dengan kejang demam :

- a. Pneumonia
- b. Asfiksia
- c. Retardasi mental

9. Pemeriksaan Diagnostik

a. Fungsi lumbal

Fungsi lumbal adalah pemeriksaan cairan serebrospinal (cairan yang ada di otak dan kanal tulang belakang) untuk meneliti kecurigaan meningitis. Pemeriksaan ini dilakukan setelah kejang demam pertama pada bayi.

b. EEG (electroencephalogram)

EEG adalah pemeriksaan gelombang otak untuk meneliti ketidaknormalan gelombang. Pemeriksaan ini tidak dianjurkan untuk dilakukan pada kejang demam yang baru terjadi sekali tanpa adanya defisit (kelainan) neurologis. Tidak ada penelitian yang menunjukkan bahwa EEG yang dilakukan saat kejang demam atau segera setelahnya atau sebulan setelahnya dapat memprediksi akan timbulnya kejang tanpa demam dimasa yang akan datang. Walaupun dapat diperoleh gambaran gelombang gelombang tersebut bersifat prediktif terhadap risiko berulangnya kejang demam atau risiko epilepsi.

c. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan seperti pemeriksaan darah rutin, kadar elektrolit, kalsium, fosfor, magnesium, atau gula darah tidak rutin dilakukan pada kejang demam pertama. Apalagi dalam panggilan riwayat penyakit sebelumnya tidak dicurigai peristiwa yang menunjukkan penyebab gangguan elektrolit dan gangguan gula darah pemeriksaan tersebut hanya menghamburkan biaya. Pemeriksaan laboratorium harus ditujukan untuk mencari sumber demam, bukan sekedar sebagai pemeriksaan rutin.

d. Neuroimaging

Yang termasuk dalam pemeriksaan neuroimaging antara lain adalah CT-scan dan MRI kepala. Secara umum penderita kejang demam tidak memerlukan pemeriksaan CT-scan atau MRI. Pemeriksaan tersebut dianjurkan bila anak menunjukkan kelainan saraf yang jelas, misalnya ada kelumpuhan, gangguan kesadaran, gangguan keseimbangan, sakit kepala berlebihan, atau lingkaran kepala kecil.

e. Pemindaian *positron emission tomography* (PET)

Untuk mengevaluasi kejang yang membandel dan membantu menetapkan lokasi lesi, perubahan metabolik atau aliran darah dalam otak.

10. Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan Usia Todler

a. Konsep Tumbuh Kembang Todler

Pertumbuhan berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang dapat diukur dengan berat (gram, pound, kg). Ukuran panjang dengan cm atau meter, umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalium dan nitrogen tubuh). Perkembangan adalah bertambahnya kemampuan (skill) dalam struktur dan fungsi tubuh yang kompleks dalam pola yang teratur sebaagai hasil dari proses pematangan (Ngatiyah, 2006).

Menurut Muscari (2006) , pertumbuhan pada anak perempuan biasanya tumbuh lebih cepat dan umumnya tinggi dan berat anak perempuan melebihi anak laki-laki.

a. Tinggi Badan

- 1). Rata-rata todler bertambah tinggi sekitar 7,5 cm pertahun.
- 2). Rata-rata tinggi todler usia 2 tahun sekitar 86,6 cm. Tinggi badan pada usia 2 tahun adalah setengah dari tinggi dewasa yang diharapkan.

b. Berat Badan

- 1) Rata-rata pertambahan berat badan todler adalah 1,8-2,7 kg pertahun.

- 2). Rata-rata berat badan toddler usia 2 tahun adalah 12,3 kg
- 3). Pada usia 2,5 tahun berat badan toddler mencapai empat kali berat lahir

c. Lingkar Kepala (LK)

- 1). Pada usia 1 sampai 2 tahun, ukuran LK sama dengan lingkaran dada.
- 2). Total laju peningkatan LK pada tahun kedua adalah 2,5 cm, kemudian berkurang menjadi 1,25 cm per tahun sampai usia 5 tahun.

d. Sistem Imun

Sistem imun tubuh bekerja lebih efisien, memungkinkan lokalisasi infeksi dan respon antigen-antibodi yang lebih baik.

e. Nutrisi

- 1). Kecepatan pertumbuhan berkurang secara dramatis sehingga kebutuhan toddler terhadap kalori, protein, dan cairan menurun.
- 2). Kebutuhan kalori adalah 102 kkal/kg/hari.
- 3). Kebutuhan protein adalah 1,2 g/kg/hari.
- 4). Susu harus dibatasi tidak lebih dari sekitar 1 liter setiap hari untuk membantu menjamin asupan makanan yang

kaya zat besi. Pemeriksaan hematokrit harus dilakukan untuk skrining anemia.

- 5). Todler dengan diet vegetarian tidak menerima protein nabati yang cukup. Mereka harus dirujuk ke ahli gizi.

f. Pola Tidur

Total kebutuhan tidur anak usia toddler menurun selama tahun kedua sampai rata-rata 12 jam per hari dan kebanyakan toddler tidur siang satu kali sehari sampai akhir tahun kedua dan ketiga. Masalah tidur umum terjadi dan dapat disebabkan rasa takut berpisah, ritual waktu tidur dan objek transisi yang melambungkan rasa aman seperti selimut atau seperangkat akan sangat membantu

g. Eliminasi

karakteristik feses berubah sesuai dengan jenis makanan yang ditambahkan dalam diet. Makanan yang berwarna seperti gelatin, gula bit, minuman berwarna dan buah arbel dapat mewarnai feses. Pengeluaran urine rata-rata selama masa anak adalah 500 sampai 1000 ml/hari.

i. Perkembangan Motorik

- 1). Motorik Kasar : berjalan tanpa bantuan pada usia 15 bulan berjalan menaiki tangga, dengan berpegangan pada satu tangan saat usia 18 bulan, berjalan menaiki dan menuruni tangga dengan satu langkah pada saat

usia 24 bulan, melompat dengan dua kaki pada usia 30 bulan .

- 2). Motorik Halus : Membangun menara 2 blok dan mencoret-coret secara spontan pada usia 15 bulan membangun tiga sampai empat blok pada usia 18 bulan, meniru, coretan vertikal pada usia 24 bulan, membangun menara delapan blok dan meniru tanda silang pada usia 30 bulan.

j. perkembangan psikososial

1). Tinjauan (Erikson)

- a). Erikson memberi istilah krisis psikososial yang dihadapi toddler antara usia 1-3 tahun sebagai otonomi versus rasa malu dan ragu.
- b). Toddler mulai menguasai keterampilan sosial
- c). Toddler sering menggunakan kata “tidak” bahkan ketika bermaksud “ya” untuk mengungkapkan keterbasannya (perilaku negativistik).
- d). Toddler sering menerus mencari benda familier yang melambangkan rasa aman seperti selimut, selama waktu stres dan perasaan tidak menentu.

2). Rasa Takut

- a). Rasa takut pada toddler : kehilangan orang tua (dikenal sebagai ansietas berpisah), ansietas

terhadap orang asing, suara-suara yang keras, pergi tidur, binatang besar).

b). Dukungan emosional, kenyamanan, dan penjelasan sederhana yang dapat mengahalui rasa takut toddler.

k. Perkembangan Kognitif

1). Tinjauan (Piaget)

a). Tahap sensorimotorik : tahap ini berlangsung antara usia 12 dan 24 bulan dan melibatkan subtahap. Subtahap 1 (12-18 bulan) reaksi sirkulasi tersier melibatkan eksperimen *trial-and-error* dan eksplorasi aktif yang terusmenerus (tahap ini saling melengkapi dengan subtahap 5 pada masa bayi), sedangkan subtahap 2 (18-24 bulan) munculnya kombinasi mental memungkinkan toddler untuk melengkapi pemahaman makna yang baru dalam menyelesaikan tugas.

b). Subtahap prakonseptual pada fase praoperasional dalam tahap ini dimulai dari usia 2-4 bulan toddler menggunakan pikiran representatif untuk mengingat kembali masa lampau, menampilkan masa kini dan mengantisipasi masa depan. Selama fase ini anak membentuk konsep-konsep yang tidak

selengkap atau tidak selogis konsep orang dewasa, membuat klasifikasi sederhana, menghubungkan satu kejadian dengan kejadian yang terjadi secara simulatan (penalaran yang bersifat kognitif dan menunjukkan pemikiran egosentris).

2). Bahasa

- a). Todler menggunakan bahasa ungkapan khusus misalnya "kata-kata" ungkapan buatan todler sendiri untuk eksperimen pada usia 15 bulan.
- b). Todler mengatakan sekitar 300 kata menggunakan dua atau tiga fase dan menggunakan kata ganti pada usia 2 tahun.
- c). Todler menyebutkan nama dengan dan akhir, dan menggunakan kata benda jamak pada usia 2,5 tahun.

I. Perkembangan Moral

1). Tinjauan (kohlberg)

- a). Todler biasanya berada pada subtahap pertama tahap prakonvensional yang berorientasi pada hukuman dan kepatuhan. Penilaian todler didasarkan pada perilaku untuk menghindari hukuman atau mendapat penghargaan.

- b). Pola disiplin memengaruhi perkembangan moral toddler. Hukuman fisik dan menahan hak anak cenderung memberikan toddler pandangan yang negatif mengenai moral menahan cinta dan kasih sayang sebagai bentuk hukuman menimbulkan perasaan bersalah.
- 2). Tindakan Disiplin yang tepat termasuk memberikan penjelasan mengapa perilaku tertentu tidak dapat diterima, memuji, tindakan yang benar, dan menggunakan distraksi untuk mencegah perilaku yang tidak dapat diterima.

C. Konsep DDST

DDST-II merupakan metode yang digunakan untuk menilai perkembangan anak usia 0-6 tahun yang terdiri dari 125 item tugas pertumbuhan anak. Hasil dari pengukuran DDST-II ini berupa normal tersangka dan tidak dapat diuji (Adriana, 2001). Secara garis besar tugas tumbuh kembang anak dalam DDST-II berbagi atas empat klasifikasi (Nugroho, 2008). Klasifikasi pertama yaitu sektor personal-sosial, dalam sektor ini berisi ketercapaian anak dalam bersosialisasi dengan lingkungan. Klasifikasi kedua yaitu sektor motorik halus, dalam sektor ini berisi ketercapaian anak dalam koordinasi anggota tubuh. Klasifikasi selanjutnya yaitu sektor bahasa, dalam sektor ini lebih berfokus dalam penggunaan bahasa, berbicara dan mendengar.

Klasifikasi yang terakhir dalam penilaian ini yaitu sektor motorik kasar, dalam sektor ini anak dinilai dari kemampuan otot untuk beraktivitas (Nugroho, 2008). Hasil penilaian DDST-II terdiri dari penilaian item dan penilaian secara keseluruhan. Penilaian item terdiri dari *advanced*, *normal*, *caution*, *delayed* dan *no opportunity*. Sedangkan untuk penilaian secara keseluruhan terdiri dari *normal*, *suspect*, dan *untestable* secara lebih lengkap penilaian DDST-II dapat dilihat pada lampiran. Berbagai penelitian telah dilakukan mengenai standar pengukuran perkembangan DDST-II. salah satu penelitian yang dilakukan oleh shahshahani (2010) dengan judul '*Validituy and realiability determination of Denver Developmental Screening Test-II In 0-6 Year*'.

1. Tujuan Denver II

Dapat digunakan untuk berbagai tujuan, antara lain :

- a. Untuk mengetahui dan mengikuti proses perkembangan.
- b. Untuk mengatasi secara dini bila ditemui kelainan.
- c. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak sesuai dengan usianya.
- d. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak yang tampak sehat.
- e. Menilai tingkat perkembangan bayi atau anak yang tidak menunjukkan gejala kemungkinan adanya kelainan perkembangan.

- f. Memastikan bayi atau anak yang diduga mengalami kelainan perkembangan.
- g. Memantau bayi atau anak berisiko mengalami kelainan perkembangan, misalnya bayi atau anak dengan masalah perinatal (selama kehamilan).
- h. Menjaring bayi atau anak tanpa gejala terhadap kemungkinan adanya kelainan perkembangan.

Adapun cara pengukuran DDST dijabarkan sebagai berikut:

- 1). Tentukan usia anak saat pemeriksaan
- 2). Tarik garis pada lembar DDST II sesuai usia yang telah ditentukan
- 3). Lakukan pengukuran pada anak tiap komponen dengan batasan garis yang ada mulaimotorik kasar, bahasa, motorik halus dan personal social
- 4). Tentukan hasil penilaian apakah normal, meragukan atau abnormal
 - a. Dikatakan meragukan apabila terdapat 2 keterlambatan/ lebih pada 2 sektor *atau* 2 keterlambatan/ lebih pada 1 sektor ditambah 1 keterlambatan pada 1 sektor/ lebih
 - b. Dikatakan meragukan apabila terdapat 2 keterlambatan/ lebih pada 1 sektor *atau* terdapat 1 keterlambatan pada 1 sektor/ lebih

c. Dapat juga dengan menentukan ada tidaknya keterlambatan pada masing-masing sector bila menilai setiap sector atau tidak menyimpulkan gangguan perkembangan keseluruhan (Suwariyah, 2013).

2. Aspek perkembangan yang dinilai

Semua tugas perkembangan itu disusun berdasarkan urutan perkembangan dan diatur dalam 4 kelompok besar yang disebut sektor perkembangan, yang meliputi :

a. *Personal Social* (perilaku sosial)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya.

b. *Fine Motor Adaptive* (gerakan motorik halus)

Aspek yang berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian-bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil, tetapi memerlukan koordinasi yang cermat.

c. *Language* (bahasa)

Kemampuan untuk memberikan respons terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan.-

d. *Gross Motor* (gerakan motorik kasar)

Aspek yang berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh. Setiap tugas (kemampuan) digambarkan dalam bentuk kotak persegi panjang horisontal yang berurutan menurut

umur,dalam lembar DDST. Pada umumnya pada waktu tes, tugas yang perlu diperiksa pada setiap kali skrining hanya berkisar antara 25-30 tugas saja, sehingga tidak memakan waktu lamanya sekitar 15-20 menit saja (Suwariyah. 2013).

3.Alat yang di gunakan- Alat peraga :

- a. benang wol merah, kismis/manik-manik kubus warna merah-kuning, hijau- biru, botol kecil, bola tenis, bel kecil,kertas dan pensil.
- b. Lembar formulir DDST
- c. Buku petunjuk sebagai refensi yang menjelaskan cara-cara melakukan tes dan cara penilaiannya.
- d. Prosedur DDST terdiri dari 2 tahap :
 - a.Tahap I

Secara periodik dilakukan pada semua anak yang berusia :

- 1). 3-6 bulan
- 2). 9-12 bulan
- 3). 18-24 bulan
- 4). 3 tahun
- 5). 4 tahun
- 6). 5 tahun

b. Tahap II

Dilakukan pada mereka yang dicurigai adanya hambatan perkembangan pada tahap I. Kemudian dilanjutkan pada evaluasi diagnostik yang lengkap.

e. Penilaian

Dari buku petunjuk terdapat penjelasan tentang bagaimana melakukan penilaian apakah lulus (*Passed* = P), gagal (*Fail* = F), atau anak tidak mendapatkan kesempatan melakukan tugas (*No. Opportunity* = N.O). Kemudian berdasarkan garis umur kronologis yang memotong garis horizontal tugas perkembangan pada formulir DDST.

Setelah dihitung pada masing-masing sektor, berapa yang P dan berapa yang F, selanjutnya berdasarkan pedoman, hasil tes diklasifikasikan: Normal, Abnormal, Meragukan (*Questionable*) dan tidak dapat di tes (*Untestable*) (Suwariyah. 2013).

1. Abnormal

Bila didapatkan 2 atau lebih keterlambatan, pada 2 sektor atau lebih. - Bila dalam 1 sektor atau lebih didapatkan 2 atau lebih keterlambatan PLUS 1 sektor atau lebih dengan 1 keterlambatan dan pada 1 sektor yang sama tersebut tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis vertikal usia.

2. Meragukan

Bila pada 1 sektor didapatkan 2 keterlambatan atau lebih.-

Bila pada 1 sektor atau lebih didapatkan 1 keterlambatan dan pada sektor yang sama tidak ada yang lulus pada kotak yang berpotongan dengan garis verikal usia.-

Tidak dapat dites Apabila terjadi penolakan yang menyebabkan hasil tes menjadi abnormal atau meragukan.

3. Normal

Semua yang tidak tercantum dalam kriteria tersebut diatas.

Dalam pelaksanaan skrining dengan DDST ini, umur anak perlu ditetapkan terlebih dahulu, dengan menggunakan patokan 30 hari untuk 1 bulan dan 12 bulan untuk 1 tahun. Bila dalam perhitungan umur kurang dari 15 hari dibulatkan kebawah dan sama dengan atau lebih dari 15 hari dibulatkan keatas.

D. Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan terhadap klien anak dengan Kejang Demam, perawat memandang klien sebagai individu yang utuh yang terdiri dari bio, psiko, sosial, dan spiritual, yang mempunyai kebutuhan sesuai tingkat pertumbuhan dan perkembangannya.

Proses keperawatan terdiri dari enam tahap, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan pendokumentasian (Carpenito, Lynda Juall, 2000).

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Dalam tahap ini semua data atau informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah mengumpulkan data, mengelompokkan data dan menganalisa data sehingga ditemukan diagnosa keperawatan.

Menurut (Arif, 2006) pengkajian kejang yaitu :

Yang paling penting peran perawat selama klien kejang adalah observasi kejangnya dan gambarkan kejadiannya. Setiap episode kejang mempunyai karakteristik yang berbeda, misal adanya halusinasi (aura), motor efek seperti gerakan bola mata, kontraksi otot lateral harus didokumentasikan termasuk waktu kejang dimulai dan lamanya kejang. Riwayat penyakit juga memegang peran penting untuk mengidentifikasi faktor pencetus kejang untuk pengobservasian sehingga bisa meminimalkan kerusakan yang ditimbulkan oleh kejang.

- 1). Aktifitas / Istirahat : kelelahan, kelemahan umum, perubahan tonus / kekakuan otot, gerakan involunter.
- 2). Sirkulasi : peningkatan nadi, sianosis, tanda vital tidak normal, atau depresi dengan penurunan nadi dan pernapasan.
- 3). Integritas Ego : stressor eksternal / internal yang berhubungan dengan keadaan dan atau penanganan, peka rangsangan.
- 4). Eleminasi : inkontinensia episodic, peningkatan tekanan kandung kemih dan tonus spingter.
- 5). Makanan / Cairan : sensitifitas terhadap makanan, mual dan muntah yang berhubungan dengan aktifitas kejang, kerusakan jaringan lunak atau gigi.
- 6). Neurosensor : aktifitas kejang berulang, riwayat trauma kepala dan infeksi serebral
- 7). Riwayat jatuh / trauma

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan dengan menurunkan, membetasi, mencegah atau merubah. Respon actual atau potensial klien didapatkan dari dasar pengkajian, tinjauan literature yang berkaitan, catatan medis klien masa lalu dan konsultasi dengan professional

lain, yang kesemuanya di kumpulkan selama pengkajian. Hal terakhir adalah respon actual atau potensial klien yang membutuhkan intervensi dari domain praktik keperawatan. (Carpenito, Lynda Juall, 2007).

Menurut (NANDA) diagnosa keperawatan dibedakan menjadi lima yaitu :

- a) Aktual yaitu menggambarkan penilaian klinis yang harus divalidasi perawat karena adanya batas karakteristik mayor.
- b) Resiko yaitu menggambarkan penilaian klinis dimana individu lebih rentan untuk mengalami masalah disbanding orang lain dalam situasi yang sama atau serupa.
- c) Kesejahteraan yaitu penilaian klinis tentang individu, keluarga atau komunitas dalam transisi dari tingkat kesejahteraan tertentu ke tingkat kesejahteraan yang lebih tinggi.
- d) Sindrom yaitu terdiri atas kelompok diagnosa keperawatan actual/resiko yang diperkirakan ada karena situasi atau peristiwa tertentu.
- e) Kemungkinan yaitu penilaian diagnostis (orang yang mempunyai wewenang untuk menulis diagnosa) untuk menandakan bahwa ada tertentu untuk mengkonfirmasi suatu diagnose tetapi data tersebut tidak mencukupi.

Menurut (NANDA) diagnosa yang sering di temukan pada pasien kejang ada 4 diagnosa yaitu :

- a). Resiko tinggi trauma / cedera berhubungan dengan kelemahan, perubahan kesadaran, kehilangan koordinasi otot.
- b). Resiko tinggi inefektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan kerusakan neuromuscular
- c). Hipertermia berhubungan dengan proses infeksi
- d). Kurang pengetahuan keluarga berhubungan dengan kurangnya informasi.

3.Intervensi

Perencanaan adalah katagori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan serta intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut.

Selama perencanaan dibuat prioritas, selain berkolaborasi dengan klien dan keluarganya, perawat juga melakukan konsultasi dengan anggota tim perawatan kesehatan lainnya, menelaah literature yang berkaitan, memodifikasi asuhan dan mencatat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan klien dan penatalaksanaan klinik.

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah – masalah yang diidentifikasi pada diagnose keperawatan. Tahap ini dimulai setelah

menentukan diagnose keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi.

Langkah – langkah perencanaan menurut (Carpenito, 2006)

a). Membuat prioritas urutan diagnose keperawatan

Diagnosa keperawatan diurutkan dengan prioritas tinggi, sedang, ringan masalah dengan prioritas tinggi mencerminkan situasi yang mengancam hidup (bersihan jalan napas) masalah dengan prioritas rendah tidak berhubungan langsung dengan keadaan sakit atau prognosis yang spesifik (misalnya masalah keuangan). Masalah dengan prioritas tinggi membutuhkan perhatian yang tepat disbanding dengan prioritas rendah. Hirarki kebutuhan Maslow (1998) membantu perawat untuk memprioritaskan urutan diagnose keperawatan, kerangka Hirarki ini termasuk kebutuhan fisiologis dan psikologis. Lima tingkatan hirarki ini adalah psikologis, keselamatan dan keamanan, mencintai dan memiliki, harga diri, dan aktualisasi diri.

b). Merumuskan dan Tujuan criteria hasil

Tujuan keperawatan adalah standar atau ukuran yang digunakan untuk mengevaluasi kemajuan klien atau keterampilan perawat.

Pedoman penulisan criteria hasil :

- 1). Berfokus pada klien
- 2). Singkat dan jelas
- 3). Dapat diobservasi dan diukur
- 4). Ada batasan waktu
- 5). Realistik
- 6). Ditentukan oleh perawat dan klien

Tujuan yang ditetapkan harus dengan rumus SMART yaitu :

S : Spesifik (tujuan spesifik tidak menimbulkan arti ganda)

M : Measurebel (tujuan keperawatan harus dapat diukur)

A : Achievable (tujuan harus dapat di capai)

R : Reasonable (tujuan dapat dipertanggung jawabkan)

T : Time (tujuan harus ada batas waktu pencapaian)

Kriteria hasil adalah pernyataan yang menggambarkan perilaku klien atau keluarga yang dapat di ukur, yang menunjukkan status lebih baik (perubahan / dipertahankan), setelah asuhan keperawatan diberikan.

b). Menentukan rencana tindakan

Intervensi keperawatan adalah respon perawat terhadap kebutuhan perawatan kesehatan dan diagnose keperawatan. Tipe intervensi ini adalah suatu tindakan autonomi berdasarkan rasional ilmiah yang dilakukan untuk keuntungan klien dengan cara diprediksi yang berhubungan dengan dignosa keperawatan dan tujuan klien.

Intervensi perawat tidak membutuhkan supervisi atau arahan dari orang lain dan tidak membutuhkan instruksi dokter atau profesi lainnya.

4. Implementasi

Menurut yursalam (2006), mengemukakan bahwa pelaksanaan adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

Ada tiga fase implementasi keperawatan menurut Wong (2007)

- a. Fase persiapan meliputi pengetahuan tentang rencana, pengetahuan dan keterampilan mengimplementasikan rencana, persiapan klien dan lingkungan.

- b. Fase operasional merupakan puncak implementasi dengan berorientasi pada tujuan, implementasi dapat dilakukan dengan intervensi independen atau mandiri, dependen atau tidak mandiri serta indenpenden atau sering disebut intervensi kolaborasi. Bersamaan dengan ini, perawat tetap melakukan pengkajian berupa pengumpulan data yang berhubungan dengan reaksi klien termasuk reaksi fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
- c. Fase terminasi, merupakan terminasi perawat dengan klien serta implementasi dilakukan.

5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses yang terencana dan sistematis dari mengumpulkan, mengelompokkan, menganalisa dan membandingkan status kesehatan klien dengan tujuan yang diharapkan, dan menentukan tingkat pencapaian tujuan. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, dan penatalaksanaan sudah berhasil dicapai.

Format yang umum dipakai untuk pencatatan adalah SOAP:

a. SOAP

Pencatatan SOAP didahului nomor masalah atau prognosis dan atau nama yang bertujuan pada masalah atau diagnosis tersebut, setelah diagnosis di identifikasikan, informasi yang

terkait dengan diagnosis tersebut ditulis dengan cara berikut :

S (subjektif) : Semua yang dikatakan pasien dalam mencakup pernyataan anggota keluarga.

O (Objektif) : Data yang diamati , hindari memberi pendapat hanya fakta.

A (Analisa) : Sebagai pengkajian, inilah kesempatan perawat untuk menyatakan apa yang dipikirkan terdapat apa yang dilihat dan didengar.

P (plan) : Mencakup tindakan perawat yang telah atau akan dilakukan. Terapi, penyuluhan dan rencana pengkajian lebih lanjut tentang diagnosis pada A (analisa) juga tercantum didalam sini. siapa yang akan melakukan dan kapan akan dilaksanakan.

Tiga kategori berikut ini kadang–kadang ditambah pada

SOAP :

I (Intervensi) : Catat implementasi jika belum tercakup dalam plan

E (Evaluasi) : Catat dampak dari rencana (intervensi jika menggunakan kategori) pada analisa (diagnosis) atau dapat dicetak pada waktu berbeda dari pencatatan daftar SOAP awal

R (Revisi) : Diagnosa keperawatan, intervensi, tujuan atau tanggal hasil dapat direvisi pada bagian ini.

2. Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Perry & potter, 2006)

Dokumentasi terdiri dari tiga standar keterampilan komunikasi yaitu Keterampilan komunikasi secara tertulis adalah keterampilan perawat dalam mencatat dengan jelas, mudah dimengerti dan berisi informasi akurat yang secara tepat dapat diinterpretasikan oleh orang lain.

Keterampilan dokumentasi proses perawat keterampilan perawat dalam melakukan pencatatan proses keperawatan seperti keterampilan mendokumentasikan ketika mengkaji pasien. Keterampilan mendokumentasikan implementasi keperawatan, keterampilan mendokumentasikan evaluasi respon pasien terhadap perawat dan keterampilan mengkomunikasikan hasil kajian pasien kepada perawat atau anggota kesehatan lainnya.

Keterampilan dokumentasi merupakan cara untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat. Keterampilan tersebut antara lain keterampilan dalam memenuhi standar dokumentasi pengkajian, diagnose, rencana, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

(Perry & Potter, 2006) juga menjelaskan tentang tujuan dalam pendokumentasian yaitu :

a) Komunikasi

Sebagai cara bagi tim kesehatan untuk mengkomunikasikan (menjelaskan) perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan.

b) Tagihan financial

Dokumentasi dapat menjelaskan sejauhmana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi (reimburse) atas pelayanan yang diberikan bagi klien.

c) Edukasi

Dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan klien.

d) Pengkajian

Catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnose keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai.

e) Riset

Perawat dapat menggunakan catatan klien selama studi riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu.

f) Audit dan pemantauan

Tinjauan teratur tentang informasi pada catatan klien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawatan yang diberikan dalam suatu institusi.

g) Dokumentasi legal

Pendokumentasian yang akurat adalah salah satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan.

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian	45
B. DiagnosaKeperawatan	55
C. Perencanaan.....	55
D. Pelaksanaan.....	56
E. Evaluasi.....	58

BAB IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	63
B. Diagnosa keperawatan.....	64
C. Perencanaan.....	65
D. Pelaksanaan.....	66
E. Evaluasi.....	67

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Setelah melakukan keperawatan pada An. H usia Toddler pada penyakit Kejang demam di RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 09 Juni 2016 melalui pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Saat dikaji orang tua mengatakan badan anaknya panas disertai kejang sebanyak 2x dan langsung dilarikan ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda "Saat dikaji orang tua mengatakan anaknya masih demam dengan suhu 38,9° C akral hangat, badan lemas.
2. Dari hasil pengkajian pada An. H usia Toddler dengan Kejang Demam diruang Melati RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis mengangkat 4 diagnosa keperawatan yaitu : Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakseimbangan untuk mengabsorpsi nutrisi, kurang pengetahuan berhubungan tidak familier dengan sumber informasi, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendali lingkungan, dan Hipertermi berhubungan dengan usia dua tahun atau kurang.
3. Dilakukan setiap akhir kegiatan dengan menyelesaikan tujuan dan kriteria hasil pada setiap masalah keperawatan, setelah dilakukan di evaluasi keperawatan, diagnosa yang teratasi sebanyak 3 diagnosa (1 diagnosa belum teratasi),diagnosa yang teratasi yaitu antara lain : "Kurang

pengetahuan berhubungan dengan tidak familier dengan sumber informasi, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendali lingkungan, Hipertemi berhubungan dengan usia dua tahun atau kurang dan tidak teratasi Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakseimbangan untuk mengabsorpsi nutrisi.

4. Pendokumentasian dilakukan setelah melakukan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi pada An. H usia Toddler dengan Kejang Demam. Perawat dituntut mendokumentasikan dengan menggunakan format SOAP yang mana menggambarkan keefektifan asuhan keperawatan, respon klien untuk intervensi, dan revisi keperawatan.

B. Saran

1. Bagi Akademik

Memberikan alat, sarana dan fasilitas pelayanan yang memadai, agar semua tindakan dapat dilakukan sesuai dengan teori (teoritis) dan mutu pelayanan kesehatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Bagi Rumah Sakit dapat meningkatkan sumber daya perawat dan sarana dan prasarana Rumah Sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit guna untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, sehingga tercapainya kepuasan bagi klien khususnya dengan Kejang Demam.

3. Bagi Perawat

Perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan hendaknya memberikan pelayanan kesehatan yang meliputi bio, psiko, sosial dan spriritual dalam melakuakn asuhan keperawatan terhadap pasein, perawat dituntut memberikan asuhan keperawatan yang seutuhnya.

4. Bagi Masyarakat

Masyarakat hendaknya lebih peka khususnya para orang tua agar lebih mengenali suatu tanda dan gejala suatau maslah kesehatan khususnya pada Kejang Demam yang memerlukan penanganan cepat, tanggap dan tepat untuk mencegah terjadinya penyakit yang berkelanjutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Cecily. L. Betz (2006). *Keperawatan Pediatrik*. EGC. Jakarta.
- Carpenito, Lynda Juall. (2009). *Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan*. Ed. 6. EGC. Jakarta.
- Depkes RI. 2007. *Perawatan Bayi Dan Anak*. Ed 1. Jakarta. Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan.
- Elizabeth J. Corwin (2007). *Patofisiologi*. EGC. Jakarta
- Gaffar, L. Jumadi. (2007). *Pengantar Keperawatan Profesional.Buku Kedokteran* EGC. Jakarta
- Hidayat, A Aziz Alimul (2006), *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Kedokteran EGC. Jakarta.
- Lumbantobing, SM. 2007. *Penatalaksanaan Mutakhir Kejang Pada Anak*. Jakarta. FKUI
- Mansjoer, Arif. Et. Al. (2008). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi3, Jilid 2 FKUI. Media Aescullapius, Jakarta.
- Ngastiyah. 2007. *Perawatan Anak Sakit*, ed 2. Jakarta . EGC
- Nursalam. (2007). *Proses Dokumentasi Keperawatan*. Salemba Medika. Jakarta.

Nursalam. (2008). *Asuhan Keperawatan Bayi dan Anak*. Salemba Medika.
Jakarta.

Perry & Potter (2010). *Fundamental Keperawatan*. Volume 2 EGC. Jakarta.

Roy Meadow & Simon J. Newel. (2009). *Pediatrika*. Ed. 7. Erlangga. Jakarta.

Wong, Donna. L. (2009). *Pedoman Kritis Keperawatan Pediatrik*. Kedokteran
EGC. Jakarta.

Yupi, (2007) *Tumbuh Kembang Anak*. Salemba Medika. Jakarta