

KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)



JUDUL

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN
KOMPRES AIR HANGAT PADA An. K DENGAN KEJANG
DEMAM DI RUANG PERAWATAN ANTONIUS RSMM
MIMIKA TAHUN 2022**

OLEH :

MEGA ELFRIDA NAPITUPULU

PO 7120921035

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM PROFESI STUDI NERS**

2022

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Mega Elfrida Napitupulu

NIM : PO 71209210135

Tanda Tangan : 

Tanggal : 10 Agustus 2022

HALAMAN PERSETUJUAN
KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KOMPRES AIR
HANGAT PADA An. K DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG
PERAWATAN ANTONIUS RSMH MIMIKA TAHUN 2022.**

Dipersiapkan dan Disusun Oleh :

Nama : Mega Elfrida Napitupulu

Nim : PO 7120921035

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan

Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Lamria Situmeang., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP.197609212005012005

HALAMAN PENGESAHAN
KARYA ILMIA AKHIR NERS

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KOMPRES AIR
HANGAT PADA An. K DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG
PERAWATAN ANTONIUS RSMM MIMIKA TAHUN 2022.**

Disusun oleh:

Mega Elfrida Napitupulu
NIM P07120921035

Telah dipertahankan didepan Penguji
Pada tanggal :

SUSUNAN PENGUJI

Pembimbing

Lamria Situmeang, S.Kep.Ns.,M.Kep (.....)
NIP 197609212005012005

Penguji,

Ns.Jeni Karundeng, M.Kep, Sp.Kep. A (.....)
NIP 1978510012005022003

Jayapura,

Ketua Jurusan Keperawatan

Ketua Program Studi Ners

Dr.Nouvvy Helda Warouw,S.Kep.,Ns.,MPH
NIP 19741102 199703 2 004

Blestina Maryorita,S.Kep.,Ns.,MPH
NIP 19670520 198601 2001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto

Dalam setiap pilihan yang kita buat pasti ada baik dan buruknya tapi jangan pernah menyesali pilihan yang sudah diambil karena pasti selalu ada hikmah yang terkandung didalamnya.

Persembahan

1. Tuhan Yesus Kristus yang senantiasa menyertai dan melindungi dalam kehidupan khusus nya dalam menjalani pendidikan profesi ners
2. Suami dan anak-anak tercinta yang selalu senantiasa mendoakan, serta sebagai seorang motivator pembangkit semangat untuk tetap melakukan yang terbaik.
3. Orangtua tercinta yang selalu senantiasa mendoakan, serta sebagai seorang motivator pembangkit semangat untuk tetap melakukan yang terbaik.
4. Rekan - rekan seperjuangan Angkatan 2022 yang sangat luar biasa.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners. Penulisan karya ilmiah ini dilakukan.

Tujuan dari penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir stase tahap pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan tahap pendidikan profesi ners pada Poltekes kemenkes Jayapura.

Di dalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, disini penulis sampaikan rasa terimakasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Dr. Ester Rumaseb, S. Pd., M. Kes selaku Plt. Direktur Poltekes Jayapura
2. Dr. Nouvy Helda Warouw, S. Kep.,Ns., MPH selaku Ketua Jurusan
3. Nasrah, S.Kep.,Ns., M.Kep selaku Ketua Program Ners
4. Lamria Situmeang, S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen pembimbing
5. Ns. Jeni Karundeng., M.Kep, S.Kep.A selaku dosen penguji
6. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral
7. Sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan Tugas

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Ilmiah akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi ilmu keperawatan .

Penulis

Jayapura, 10 Agustus 2022



Mega E. Napitupulu

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Mega Elfrida Napitupulu

NIM : P0712092103

Program studi : Program Pendidikan Ners

Jurusan : Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menetujui untuk memberikan Poltekkes Kemenkes Jayapura Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (Non-Eksklusif Royalty-Free Right) atas Karya Ilmiah Akhir Ners saya yang berjudul :

“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KOMPRES AIR HANGAT PADA An. K DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG PERAWATAN ANTONIUS RSMM TIMIKA TAHUN 2022”

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan. Dengan hak bebas royalti Non-eksklusif ini Poltekkes Kemenkes Jayapura berhak menyimpan, mengalih-media/gormatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Saya bersedia menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan Poltekkes Kemenkes Jayapura, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya

Dibuat di : Timika

Pada tanggal 10 Agustus 2022

Penulis



Mega Napitupulu, S.Tr.Kep

Abstrak

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PEMBERIAN KOMPRES AIR HANGAT PADA An. K DENGAN KEJANG DEMAM DI RUANG PERAWATAN ANTONIUS RSMM TIMIKA 2022

Pendahuluan : Faktor pencetus terjadinya kejang demam karena tingginya suhu tubuh pada anak, hal ini disebabkan oleh keadaan otak anak yang sangat rentan terhadap suhu badan. Demam berarti suhu tubuh diatas batas normal biasa, dapat disebabkan oleh kelainan dalam otak sendiri atau oleh zat toksik yang mempengaruhi pusat pengaturan suhu, penyakit-penyakit bakteri, tumor otak atau dehidrasi. Badan kesehatan dunia (WHO) memperkirakan jumlah kasus demam diseluruh dunia mencapai 16-33 juta dengan 500-600 ribu kematian tiap tahunnya. Berdasarkan data yang peneliti dapat dari RSMM Timika, didapatkan data selama tahun 2020 sebanyak 35 kasus kejang demam yang dialami oleh anak dan balita. Tujuan untuk menerapkan dan memahami asuhan keperawatan pada pasien kejang demam.

Metode : Menggunakan metode desain studi kasus deskriptif analiti dengan subyek studi kasus 1 orang pasien yang mengalami kejang demam.

Hasil dan pembahasan : Didapatkan hasil data suhu pada subyek studi kasus yaitu 39 ° C, warna kulit kemerahan, kulit teraba hangat dan pasien berkeringat. Penulis mendapatkan masalah keperawatan yaitu hipertermi yang berhubungan dengan proses penyakit. Penulis menyusun sesuai dengan SDKI, SLKI dan SIKI. Tindakan yang direncanakan telah dilakukan selama 3x24 jam sesuai pada rencana keperawatan yang telah dilaksanakan dengan hasil evaluasi masalah hipertermi berhubungan dengan penyakit pada subyek studi kasus.

Kesimpulan: Bahwa pemberian kompres air hangat merupakan suatu tindakan yang efektif sebagai upaya penurunan suhu tubuh pada anak yang mengalami kejang demam

Kata Kunci : Kejang demam, Anak, Kompres air hangat :

Abstract

ANALYSIS OF NURSING CARE USING WARM COMPRES at An.K IN FEBRILE CONVULSION IN THE ANTONIUS ROOM AT THE TIMIKA RSMM IN 2022

Background : The trigger factors for febrile convulsion due to high body temperature in children, this is caused the condition of the child brain which is very susceptible to body temperature. Fever means the body temperature is above normal limits, can be caused by abnormalities in the brain itself or by toxic substances that affect the temperature control center, bacterial disease, brain tumors or dehydration. The World Health Organization (WHO) estimates the number of fever cases worldwide reaches 16-33 million with 500-600 thousand deaths each year. Based on the data that the researchers obtained from the RSMM, data for the 2020 were as many as 35 cases of febrile convulsion experienced by children and toddlers. The aim is to implement and understand nursing care in febrile convulsion.

Methods : use was to use a descriptive analytic case study design with the subject of the case study 1 patient who experience the need for febrile convulsion

Results : Of the temperature data in the case study subjects were 39 °C, reddish skin color, warm skin felt and the patient was sweating. The writer got a nursing problem, namely hyperthermia related to the disease process. The author prepares a plan in accordance with the SDKI, SLKI and SIKI. The plan action has been carried out for 3 x 24 hours in accordance with the nursing plan that has been implemented with the result of evaluating hyperthermic problems associated with disease in case study subjects.

Conclusion: That giving warm compresses is an effective measure as an effort to reduce body temperature in children with febrile convulsions

Key Words : Febrile convulsion, Children, Warm Compress

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pernyataan Orisinalitas	ii
Halaman Persetujuan KIAN	iii
Halaman Pengesahan KIAN	iv
Motto dan Persembahan.....	v
Kata Pengantar	vi
Halaman Pernyataan Publikasi	vii
Abstrak	viii
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xi
Daftar Lampiran	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	3
C. Manfaat Penelitian	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	4
A. Konsep Tumbuh Kembang Anak.....	4
1) Pengertian Pertumbuhan	4
2) Pengertian Perkembangan	4
3) Pengertian Balita	4
4) Pertumbuhan dan Perkembangan Masa Balita.....	5
B. Konsep Kompres Hangat	6
1) Defenisi	6
2) Keefektifan Pemberian Kompres Air Hangat	7
3) Tujuan.....	8
4) Penatalaksanaan.....	8
5) SOP	8
C. Konsep Kejang Demam	9
1) Defenisi.....	9
2) Etiologi	10

3) Manifestasi Klinik	10
4) Patofisiologi	11
5) Pathway.....	12
6) Penatalaksanaan	13
D. Konsep Asuhan Keperawatan Demam Secara Teoritis	14
1) Pengkajian.....	14
2) Diagnosa Keperawatan.....	18
3) Intervensi	18
4) Implementasi	22
5) Evaluasi.....	22
BAB III TINJAUAN KASUS	23
A. Pengkajian	23
B. Klasifikasi Data	35
C. Analisa Data	36
D. Rencana Asuhan Keperawatan	38
E. Implementasi	42
F. Catatan Perkembangan	49
BAB IV ANALISA SITUASI MASALAH	52
A. Analisa Kasus Terkait Teori	52
B. Analisa Kasus Sesuai Dengan Kelolaan	52
C. Analisa <i>Based Evidence Practices</i>	53
D. Alternatif Pemecahan Masalah	54
BAB V PENUTUP	55
A. Kesimpulan	55
B. Saran	56

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel Antropometri	5
Tabel 2.3	Tabel Intervensi Teoritis	18
Tabel 3.1	Tabel Data Fokus.....	35
Tabel 3.2	Tabel Analisa Data	36
Tabel 3.3	Intervensi Keperawatan.....	38
Tabel 3.4	Implementasi Keperawatan	42
Tabel 3.5	Catatan Perkembangan.....	49

Daftar Lampiran

Lampiran 1 Suhu Tubuh sebelum dan sesudah kompres hangat

Lampiran 2 Konsul Bimbingan KIAN

Lampiran 3 Inform Consent

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Anak adalah individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Anak merupakan sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai dengan tahap perkembangannya. Kebutuhan anak tersebut dapat meliputi kebutuhan fisiologi seperti kebutuhan nutrisi dan cairan, aktivitas dan eliminasi, istirahat tidur, dan lain-lain, anak juga individu yang membutuhkan kebutuhan psikologi sosial dan spiritual (Hasendra, 2019).

Anak balita atau anak dibawah lima tahun adalah anak yang menginjak usia diatas satu tahun dan dibawah usia lima tahun (12-19 bulan), (Menurut karakteristik, balita dibagi dalam dua kategori yaitu anak usia 12-36 bulan (balita) dan anak usia 37-59 bulan (usia prasekolah). Usia balita merupakan usia yang rentan terhadap penyakit terutama penyakit infeksi. Pada masa seringkali anak-anak seringkali anak ditimpa berbagai macam gejala penyakit salah satunya adalah demam (soetjiningsih, 2013).

Demam merupakan infeksi atau inflamasi yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau patogen lain merangsang pelepasan pirogen endogenus (Interleukin, faktor nekrosis tumor, dan interferon). Pirogen bekerja di hipotalamus tempat mereka memicu prostaglandin dan meningkatkan nilai acuan (set poin) suhu tubuh. Hal ini merespon dingin, menyebabkan menggigil, vasokonstriksi, dan penurunan perfusi perifer untuk membantu menurunkan kehilangan panas dan memungkinkan suhu tubuh meningkat ke nilai acuan yang baru (Kaye & Teri, 2014).

Demam adalah meningkatnya suhu tubuh dari variasi suhu normal sehari-hari yang berhubungan dengan peningkatan patokan suhu di hipotalamus. Demam terjadi pada oral temperature > 37,2. Gejala demam dapat dipastikan dari pemeriksaan tubuh yang lebih rentan normal. Dikatakan demam apabila pada

pengukuran suhu rectal besar dari 38 atau suhu oral 37 atau suhu axila 37,2. Demam biasanya disebabkan infeksi (bakteri, virus, jamur, atau parasit), penyakit autoimun, keganasan, ataupun obat-obatan.

Badan kesehatan dunia (WHO) mempekirakan jumlah kasus demam di seluruh dunia mencapai 16 – 33 juta dengan 500 – 600 ribu kematian tiap tahunnya. Jumlah penderita febris di Indonesia dilaporkan lebih tinggi angka kejadiannya dibandingkan dengan negara-negara lain yaitu sekitar 80 -90% , dari seluruh febris yang dilaporkan adalah febris sederhana (Kemenkes RI, 2019)

Cara untuk menurunkan dan mengontrol demam dapat dilakukan dengan berbagai macam, yaitu dengan pemberian obat antipiretik. Namun penggunaan obat antipiretik memiliki efek samping yaitu dapat mengakibatkan spasme bronkus, perdarahan saluran cerna yang timbul akibat erosi (pengikisan) pembuluh darah, dan penurunan fungsi ginjal (Cahyaningrum & Putri, 2017)

Selain menggunakan obat antipiretik, menurunkan demam dapat dilakukan secara fisik (non farmakologi) yaitu dengan menggunakan pakaian tipis, sering minum, perbanyak istirahat, dan mandi dengan air hangat. Selain itu juga dapat dilakukan dengan penggunaan energi panas melalui metode konduksi dan epavorasi. Metode konduksi merupakan perpindahan panas dari suatu objek dengan kontak langsung. Ketika kulit hangat menyentuh sesuatu yang hangat maka akan terjadi perpindahan panas melalui evaporasi, sehingga perpindahan dari energi panas berubah menjadi gas/uap air dalam bentuk keringat (Cahyaningrum & Putri, 2017).

Salah satu contoh dari metode konduksi dan epavorasi ini adalah dengan kompres hangat. Kompres hangat yaitu dengan 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.

Selama dinas 1 minggu di ruang Antonius RSMM Timika terdapat beberapa pasien mengalami demam disebabkan karena infeksi. Pengetahuan ibu tentang

penanganan non farmakologi sangat minim sehingga hanya mengandalkan obat pemberian dokter. Berdasarkan data di RSMM didapatkan data selama tahun 2022 sebanyak 20 kasus kejang demam yang dialami oleh anak balita. Berdasarkan uraian diatas, maka penulis termotivasi dan tertarik untuk menulis karya ilmiah tentang “Penerapan Kompres Hangat Pada Anak Dengan Kejang Demam.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan diatas, Rumusan masalah dalam penulisan ini yaitu “Bagaimana malakukan asuhan keperawatan pada anak dengan kejang demam dengan menerapkan kompres air hangat?”

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Menganalisa Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Kejang Demam di Ruang Perawatan Antonius RSMM Timika

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu memberikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi implementasi dan evaluasi pada an. K dengan kejang demam di Ruang Perawatan Antonius RSMM Timika
- b. Menganalisa Inovasi Pemberian Kompres Air Hangat dengan Masalah Kejang Demam di Ruang Perawatan Antonius RSMM Timika

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menambah wawasan penulis tentang asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dengan demam dan peneliti juga berharap asuhan keperawatan tentang demam dan lebih dikembangkan oleh peneliti lain dengan diagnosa keperawatan lainnya.

2. Bagi Rumah sakit

Membantu memberikan pelayanan yang optimal kepada anak dengan hipertermi dan hasil karya ilmiah ini dapat menambah informasi dan pengetahuan bagi perawat dan dapat diterapkan sebagai upaya untuk melakukan asuhan keperawatan dalam dengan kejang demam di Ruang perawatan Antonius RSMM

3. Bagi Institusi Pendidikan

Bisa dijadikan bahan untuk pelaksanaan pendidikan serta masukan dan perbandingan untuk karya ilmiah lebih lanjut asuhan keperawatan anak dengan kejang demam

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak

1. Pengertian Pertumbuhan

Pertumbuhan yaitu perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik yang berlangsung secara normal pada anak yang sehat pada waktu yang normal. Pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau keadaan jasmaniah) yang hereditas dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan.

Pertumbuhan (*growth*) berkaitan dengan masalah perubahan dalam besar, jumlah, ukuran, atau dimensi tingkat sel, organ maupun individu, yang bisa diukur dengan ukuran berat, ukuran panjang, umur tulang dan keseimbangan metabolik (retensi kalsium dan nitrogen tubuh).

2. Pengertian Perkembangan

Menurut Wong (2000) perkembangan (*development*), adalah perubahan secara berangsur-angsur dan bertambah sempurnanya fungsi alat tubuh, meningkat dan meluasnya kapasitas seseorang melalui pertumbuhan, kematangan, atau kedewasaan, pembelajaran.

Perkembangan (*development*) adalah bertambahnya kemampuan (*skill*) dalam struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks dalam pola yang teratur dan dapat diramalkan, sebagai hasil dari proses pematangan. Disini menyangkut adanya proses diferensiasi dari sel-sel tubuh, jaringan tubuh, organ-organ dan sistem organ yang berkembang, termasuk juga perkembangan emosi, intelektual, dan tingkah laku sebagai hasil interaksi dengan lingkungannya.

3. Pengertian Balita

Balita adalah istilah umum bagi anak usia 1 -3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3 – 5 tahun). Saat usia batita, anak masih tergantung penuh kepada orangtua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berjalan dan berbicara sudah bertambah baik.

Tabel 2.1 Antropometri

Umur	Berat (dalam gram)		Tinggi (dalam cm)	
	Standard	80% Standard		
12 Bulan	9.900	7.900	7,45	59,60
1 Tahun 3 Bulan	10. 600	8.500	78,0	62,40
1 Tahun 6 Bulan	11.300	9.000	81,5	62,20
1 Tahun 9 Bulan	11.900	9.500	84,5	67,60
2 Tahun 0 Bulan	12.400	9.900	87,0	69,60
2 Tahun 3 Bulan	12.900	10.300	89,5	71,60
2 Tahun 6 Bulan	13.500	10.800	92,0	73,60
2 Tahun 9 Bulan	14.000	11.200	94,0	75,20
3 Tahun 0 Bulan	14.500	11.600	96,0	76,80
3 Tahun 3 Bulan	15.000	12.000	98,0	78,40
3 Tahun 6 Bulan	15.500	12.400	99,5	79,60
3 Tahun 9 Bulan	16.000	12.800	101,5	81,20
4 Tahun 0 Bulan	16.500	13.200	103,5	82,80
4 Tahun 3 Bulan	17.000	13.600	105,0	84,00
4 Tahun 6 Bulan	17.400	13.900	107,5	85,60
4 Tahun 9 Bulan	17.900	14.300	108,5	86,40
5 Tahun 0 Bulan	18.4000	14.700	109,5	87,80

4. Pertumbuhan Dan Perkembangan Masa Balita

Pada masa ini kecepatan pertumbuhan mulai menurun dan terdapat kemajuan dalam kemajuan perkembangan motorik (gerak kasar dan halus) serta fungsi ekskresi/pembuangan. Periode penting dalam tumbuh kembang massa usia ini akan mempengaruhi dan menentukan perkembangan anak selanjutnya. Pada usia 3 tahun pertama kehidupan, pertumbuhan dan perkembangan sel-sel otak masih berlangsung: dan terjadi pertumbuhan serabut-serabut syaraf dan cabang-cabangnya, sehingga terbentuk jaringan syaraf dan otak yang kompleks.

a. Kemampuan Motorik

Masa ini disebut masa sebagai aktif dari seluruh masa kehidupannya, karena tingkat aktivitas dan perkembangan otak besar mereka sedang tumbuh. Demikian halnya dengan kemampuan motorik halus anak, sudah mulai meningkat dan menjadi lebih tepat pada saat berusia 5 tahun. Koordinasi tangan, lengan dan tubuh dapat bergerak bersama di bawah koordinasi yang lebih baik daripada mata. Kemampuan motorik yang dimiliki anak sbb;

Tabel 2.2 Kemampuan Motorik

Usia	Gerak Kasar	Gerak Halus
12-15 Bulan	Berjalan tanpa pegangan sambil menarik mainan yang bersuara, berjalan mundur, berjalan naik dan turun tangga, menangkap dan melempar bola	Permainan balok dan menyusun balok, memasukkan dan mengeluarkan benda ke dalam wadah
15- 18 Bulan	Bermain di luar rumah, bermain air, menendang bola	Meniup dan membuat untaian
18 – 24 Bulan	Melompat melatih keseimbangan tubuh, mendorong mainan dengan kaki	Mengenal berbagai ukuran dan bentuk, bermain puzzle, menggambar wajah atau bentuk

24 36 Bulan	Latihan menghadapi rintangan, melompat jauh, melempar dan menangkap bola besar	Membuat gambar tempelan, memilih dan mengelompokkan benda-benda menurut jenisnya, bermain menyusun balok-balok
36 48 Bulan	Menangkap bola kecil dan memelmpar kembali. Berjalan mengikuti garis lurus, melompat dengan satu kaki, melempar benda-benda kecil ke atas, menirukan binatang berjalan	Memotong dengan menggunakan gunting, belajar menjahit dengan tali rafia, menggambar/menulis garis lurus, bulatan, segi empat, huruf dan angka, mengenal campuran warna dengan cat cair
46 - 60 Bulan	Lomba karung, main engklek, melompat tali	Mengenal konsep separuh atau satu, menggambar dan melengkapi gambar, membandingkan besar/kecil, banyak/sedikit, berat/ringan, berkebun

B. Konsep Kompres hangat

1. Defenisi

Kompres adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Adapun tindakan secara non farmakologi dengan pemberian kompres air hangat. Kompres air hangat merupakan metode untuk menurunkan suhu tubuh. Kompres hangat diberikan pada daerah axila (ketiak) lebih efektif karena pada daerah tersebut banyak terdapat pembuluh darah besar, dekat dengan hipotalamus dan banyak

terdapat kelenjar keringat apokrin yang mempunyai banyak vaskuler sehingga akan memperluas daerah yang mengalami vasodilatasi. Hal tersebut akan memungkinkan percepatan perpindahan panas dari dalam tubuh ke kulit hingga delapan kali lipat lebih banyak. Lingkungan yang hangat akan membuat tubuh menginterpretasikan bahwa suhu di luar cukup panas sehingga akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan pengatur suhu tubuh, juga akan membuat pori-pori kulit terbuka sehingga mempermudah pengeluaran panas dari tubuh

2. Keefektifan pemberian kompres air hangat pada dahi dan axila

Menurut DJU wariyah dalam Dewi (2016) mengatakan bahwa kompres air hangat dapat menurunkan suhu tubuh melalui proses evaporasi dan konduksi. Dengan kompres ini menyebabkan suhu tubuh di luar akan hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu di luar cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu, dalam keadaan suhu di luar hangat akan membuat pembuluh darah tepi di kulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas, sehingga akan terjadi penurunan suhu tubuh. Pemberian kompres air hangat ini dilakukan di tempat-tempat tertentu di bagian tubuh.

Menurut Hidayat dalam Esti (2018) mengatakan bahwa hasil penelitian yang dilakukan oleh Esti (2018) di RSUP DR. M. Yunus Bengkulu menunjukkan bahwa pemberian kompres air hangat pada daerah axila dan dahi dapat berpengaruh pada penurunan suhu tubuh pada pasien demam. Penurunan suhu tubuh pada pasien yang diberi kompres air hangat di daerah axila rata-rata 0,0933 C. Tindakan lain yang dilakukan untuk menurunkan demam adalah *water tapid sponge* (WTS). Tindakan tersebut merupakan suatu prosedur untuk meningkatkan kontrol kehilangan panas tubuh melalui evaporasi dan konduksi, biasanya dilakukan pada pasien

yang mengalami demam tinggi. Tujuan dilakukan tindakan tepid water sponge yaitu untuk menurunkan suhu tubuh pada pasien yang mengalami hipertermia.

Pemberian kompres hangat pada axila sebagai daerah dengan letak pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh, hal tersebut dikuatkan dari beberapa penelitian tentang pengaruh kompres hangat dalam menurunkan suhu anak.

3. Tujuan Kompres hangat

Kompres hangat bertujuan untuk *reduce fever* sesegera mungkin dalam upaya menghindari dampak dari *fever* yang akan terjadi seperti kejang. Kompres hangat dapat menurunkan temperature di permukaan badan. Penurunan temperature yang diinginkan panas yang dipakai untuk menguapkan uap air di kain kompres. Kompres hangat juga memiliki tujuan mendatangkan kenyamanan, mendukung tubuh beradaptasi dengan suhu tubuh yang tinggi supaya tidak naik.

4. Penatalaksanaan kompres hangat

Kompres hangat dapat dilakukan dengan penggunaan handuk yang sudah direndam dalam air hangat, botol berisi air hangat, atau bantal pemanas yang dirancang untuk mengompres, suhu yang digunakan untuk mengompres harus diperhatikan agar tidak terlalu panas. Lalu ditempelkan pada axila dan dahi selama 10 - 15 menit, dengan suhu air 30° C- 32° C. Pemberian kompres hangat pada daerah axila lebih berhasil disebabkan area ini memiliki lebih banyak kelenjar *apokrin* dengan *blood vessel* yang lebih besar dan banyak, dan akan memperlebar daerah yang terjadi *vasodilatasi* dan kemungkinan akan terjadi akselerasi perpindahan panas dari tubuh ke kulit delapan kali lipat.

5. SOP Kompres air Hangat

Adapun hal yang perlu diperhatikan saat hendak memberikan kompres hangat pada pasien demam, perhatikan langkah dari tahap persiapan sampai terminasi.

Tahap persiapan :

- a. Jelaskan prosedur dan demonstrasikan kepada keluarga cara kompres air hangat.
- b. Persiapan alat :
 - Ember atau waskom air (tempat air hangat dengan suhu 30° C-32° C).
 - Air hangat
 - Handuk/waslap
 - Handuk pengering
 - Perlak besar 1 buah
 - Thermometer 1 buah

Tahap Pelaksanaan

- Beritahu pasien dan orang tua
- Mencuci tangan
- Mengatur posisi pasien
- Mengukur suhu tubuh pasien
- Rendam kain kompres ke dalam wadah yang sudah terdapat air hangat, peras kain sampai tidak terlalu lembab
- Tempatkan kain di dahi dan axila
- Bila kain sudah menjadi dingin, masukkan lagi kain kompres ke dalam air hangat, lakukan secara bertahap hingga efek yang diinginkan tercapai
- Lakukan evaluasi hasil dengan mengukur suhu tubuh pasien setelah 20 menit
- Merapikan alat
- Mencuci tangan

C. Konsep Kejang Demam

1. Defenisi Kejang Demam

Kejang demam atau febrile convulsion ialah bangkitan kejang yang terjadi pada kenaikan suhu tubuh (Suhu rectal di atas 38° C) yang disebabkan oleh proses ekstrakranium (Ngatisyah, 1997).

Kejang demam merupakan kelainan neurologis yang paling sering dijumpai pada anak terutama golongan anak di bawah 6 bulan sampai 4 tahun. Kejang demam terjadi pada anak usia 6 bulan sampai 5 tahun. Kejang demam lebih sering pada laki-laki daripada perempuan. Hal tersebut disebabkan karena pada wanita didapatkan maturasi serebral yang lebih cepat dibandingkan laki-laki. Adakalanya demam kejang pada anak disertai kejang pada tubuhnya, inilah yang dimaksud kejang demam atau dikenal juga sebagai stuip atau stip, karena kejang dengan demam bukan terjadi karena infeksi pada susunan saraf pusat, namun naiknya suhu tubuh di atas 38° C.

Kejang demam adalah transien pada anak-anak yang terjadi bersamaan dengan demam (Wong, 2009). Kejang demam dikelompokkan menjadi dua, yaitu kejang demam sederhana dan kejang demam kompleks. Setelah kejang demam pertama, 33% anak akan mengalami satu kali atau lebih.

2. Etiologi

Penyebab kejang demam Menurut Maiti & Bidinger (2018) yaitu :

Faktor-faktor periental, malformasi otak kongenital

a. Faktor Genetika

Faktor keturunan dari salah satu penyebab terjadinya kejang demam, 25 – 50 % anak yang mengalami kejang demam memiliki anggota keluarga yang pernah mengalami kejang demam

b. Penyakit Infeksi

- 1) Bakteri : Penyakit pada traktus respiratorius, pharyngitis, tonsilitis, otitis media
- 2) Virus : Varicela (cacar), morbili (campak), dengue (virus penyebab demam berdarah)

c. Demam

Kejang demam cenderung timbul dalam 24 jam pertama pada waktu sakit dengan demam tinggi, demam pada anak paling sering disebabkan oleh :

- 1) ISPA
- 2) Otitis Media
- 3) Pneumonia
- 4) Gastrenteritis
- 5) ISK

d. Gangguan metabolisme

Gangguan metabolisme seperti uremia, hipoglikemia, kadar gula darah kurang dari 20 mg % pada bayi dengan berat badan lahir rendah atau hiperglikemia

e. Trauma

Kejang berkembang pada minggu pertama setelah kejadian cedera kepala

f. Neoplasma, toksin

Neoplasma dapat menyebabkan kejang pada usia berapa pun, namun mereka merupakan penyebab sangat penting dari kejang pada usia pertengahan dan kemudian ketika insiden penyakit neoplastik meningkat

g. Gangguan sirkulasi

h. Penyakit degenerative susunan saraf

3. Manifestasi Klinik

Umumnya kejang demam berlangsung singkat, berupa serangan kejang klonik bilateral, setelah kejang berhenti, anak tidak memberi reaksi apapun untuk sejenak, tetapi setelah beberapa detik atau menit anak terbangun dan sadar kembali tanpa defisit neurologis. Gambaran klinis yang dapat dijumpai pada pasien dengan kejang diantaranya :

- 1) Suhu tubuh mencapai $> 38^{\circ} \text{C}$

- 2) Anak sering hilang kesadaran saat kejang
- 3) Mata mendelik, tungkai dan lengan mulai kaku, bagian tubuh anak berguncang (gejala kejang bergantung pada jenis kejang)
- 4) Kulit pucat dan membiru
- 5) Akral dingin

4. Patofisiologi

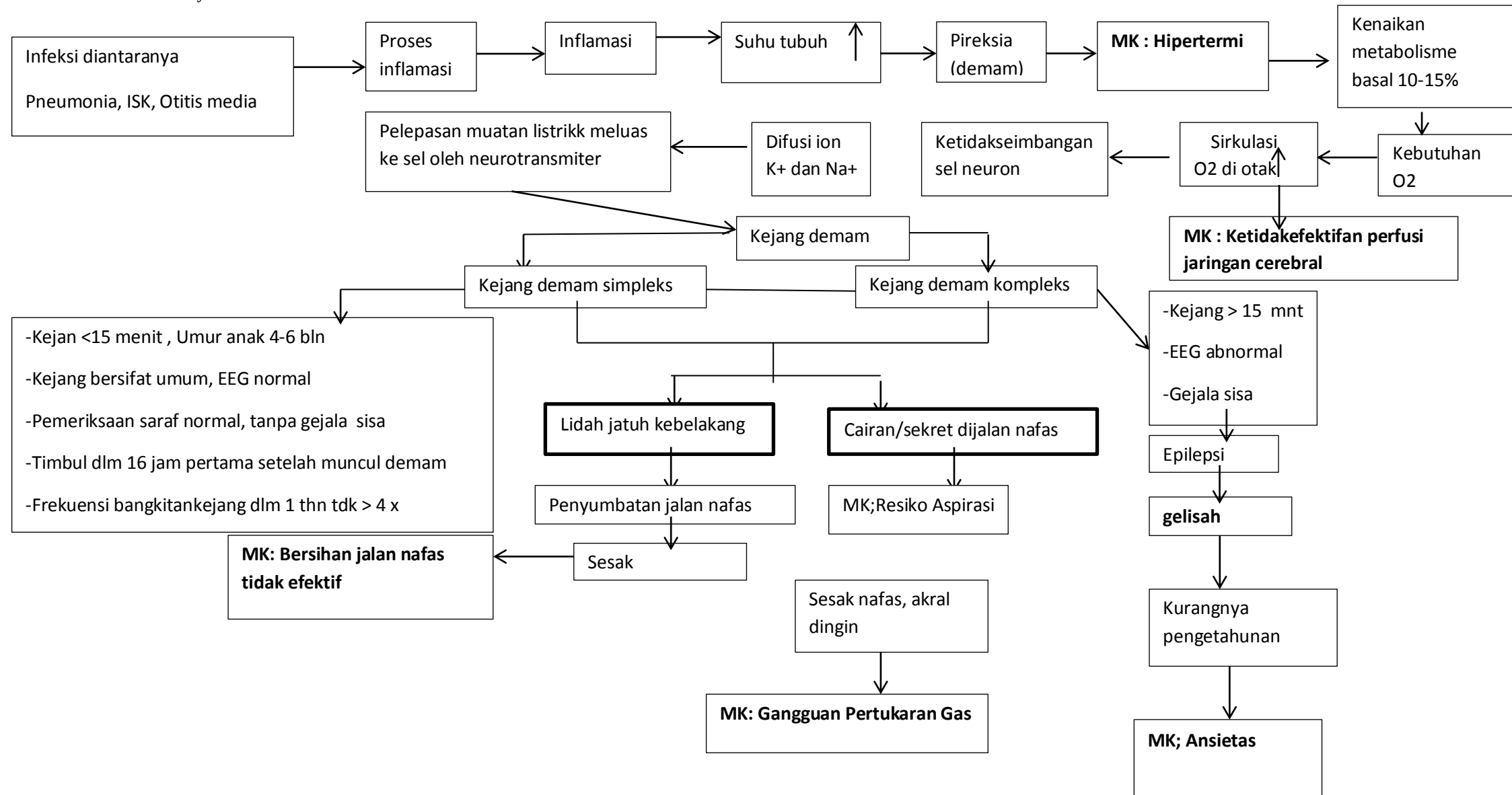
Sumber energi otak adalah glukosa yang melalui proses oksidasi dipecah menjadi CO₂ dan air. Sel dikelilingi oleh membran yang terdiri dari permukaan dalam yaitu lipod dan permukaan luar yaitu ionik. Dalam keadaan normal membran sel neuron dapat dilalui dengan mudah oleh ion kalium (K⁺) dan sangat sulit dilalui dengan mudah oleh ion natrium (Na⁺) dan elektrolit lainnya, kecuali ion klorida (Cl⁻). Akibatnya konsentrasi ion K⁺ dalam sel neuron tinggi dan konsentrasi Na⁺ rendah, sedang di luar sel, maka terdapat perbedaan 5 potensial membran yang disebut potensial membran dari neuron. Untuk menjaga keseimbangan potensial membran diperlukan energi dan bantuan enzim Na-K ATP-ase yang terdapat pada permukaan sel. Keseimbangan potensial membran ini dapat diubah oleh :

- 1) Perubahan konsentrasi ion di ruang ekstraseluler
- 2) Rangsangan yang datang mendadak misalnya mekanisme, kimiawi atau aliran listrik dari sekitarnya
- 3) Perubahan patofisiologi dari membran sendiri karena penyakit atau keturunan

Pada keadaan demam kenaikan suhu 1° C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10 – 15 % dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Pada anak 3 tahun sirkulasi otak mencapai 65 % dari seluruh tubuh dibandingkan dengan orang dewasa yang hanya 15%. Oleh karena itu kenaikan suhu dapat mengubah keseimbangan dari membran sel neuron dan dalam waktu yang singkat terjadi difusi dari ion kalium maupun ion

natrium akibat terjadinya lepas muatan listrik. Lepas muatan listrik ini demikian besarnya sehingga dapat meluas ke seluruh sel maupun ke membran sel sekitarnya dengan bantuan “neutransmitter” dan terjadi kejang. Kejang demam yang berlangsung lama (lebih lama 15 menit) biasanya disertai apnea, meningkatnya kebutuhan oksigen dan energy untuk kontraksi otot skelet yang akhirnya terjadi hipoksemia, hiperkapnea, asidosis laktat disebabkan oleh metabolisme anerobik, hipotensi artenal disertai denyut jantung yang tidak teratur dan suhu tubuh meningkat disebabkan meningkatnya aktivitas otot dan mengakibatkan metabolisme otak meningkat (Lestari, 2016 & Ngatysah, 2012)

Pathway



Sumber : Nurarif dan Kusuna (2015) : PPNI (2017)

6. Penatalaksanaan

Ngastyah (2012), dalam penanggulangan kejang demam ada beberapa faktor yang perlu dikerjakan :

1) Penatalaksanaan medis

a) Mengatasi kejang secepat mungkin

Obat pilihan utama adalah Diazepam melalui IV :

- < 10 Kg : 0,5 mg-0,75 mg/kgBB

- > 20 Kg : 0,5 mg/KgBB

Biasanya dosis rata-rata yang dipakai 0,3 mg/kgBB/kali dengan maksimum 5 mg pada anak berumur kurang dari 5 tahun, dan 10 mg pada anak yang lebih besar. Setelah disuntikkan pertama secara intravena ditunggu 15 menit, bila masih kejang diulangi suntikan kedua dengan dosis yang sama juga melalui intravena. Setelah 15 menit pemberian suntikan kedua masih kejang, diberikan suntikan yang ketiga dengan dosis yang sama melalui intramuskular. Bila belum berhenti diberikan fenobarbital 4% intravena.

Pemberian Diazepam melalui Rektal :

<10 Kg dosis 5 mg, bila > 10 Kg 10 mg

b) Pengobatan penunjang

Untuk mencegah edema otak diberikan kortikosteroid dengan dosis 20-30 mg/kg BB/hari dibagi dalam 3 dosis atau sebaiknya glukokortikoid misalnya dexametasone 0,5 – 1 amp setiap 6 jam sampai keadaan membaik

c) Memberikan pengobatan rumat

Setelah kejang diatasi harus disusul pengobatan rumat. Daya kerja diazepam sangat singkat yaitu berkisar antar 45 – 60 menit sesudah disuntikkan. Oleh karena itu harus diberikan profilaksis intermiten dan pengobatan profilaksis jangka panjang

d) Mencari dan mengobati penyebab

Pasien kejang sebaiknya dilakukan fungsi lumbal untuk menyingkirkan kemungkinan adanya faktor infeksi di dalam otak misalnya meningitis. Pemberian antibiotik yang adekuat perlu mengobati penyakit tersebut.

2) Penatalaksanaan keperawatan

a) Pengobatan fase akut

- Baringkan pasien di tempat yang rata, kepala dimiringkan dan pasangkan sudip lidah yang telah dibungkus kasa atau bila ada guedel lebih baik
- Singkirkan benda-benda yang ada didekat pasien, lepaskan pakaian yang mengganggu pernafasan
- Berikan Oksigen sampai 4 Lpm

b) Breathing

- Melakukan suction lendir sampai bersih

c) Circulation

- Bila suhu tinggi lakukan kompres hangat secara intensif
- Setelah pasien bangun dan sadar berikan minum air hangat

D. Konsep dasar Masalah Keperawatan

1. Pengkajian

a. Anamnesis

1) Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat tinggal, jenis kelamin, tanggal lahir, umur, tempat lahir, asal suku bangsa, agama, nama orang tua, mengatakan kebanyakan serangan kejang demam terjadi setelah usia 6 bulan dan biasanya sebelum 3 tahun dengan peningkatan frekuensi serangan pada anak-anak yang berusia kurang dari 18 bulan

2) Riwayat kesehatan

a) Keluhan utama

Biasanya anak mengalami peningkatan suhu tubuh $> 38^{\circ}\text{C}$, pasien mengalami kejang dan bahkan pada pasien kejang demam kompleks biasanya mengalami penurunan kesadaran

b) Riwayat penyakit sekarang

- Riwayat penyakit yang diderita sekarang tanpa kejang ditanyakan, apakah betul ada kejang. Diharapkan ibu atau keluarga mengetahui kejang yang dialami oleh anak
- Dengan mengetahui ada tidaknya demam yang menyertai kejang, maka diketahui apakah terdapat infeksi. Infeksi mempengaruhi penting dalam terjadinya bangkitan kejang pada anak
- Lama serangan seorang ibu yang anaknya mengalami kejang merasakan waktu berlangsung lama. Dari lama bangkitan kejang dapat kita ketahui respon terhadap prognosis dan pengobatan
- Frekuensi serangan, apakah penderita mengalami kejang sebelumnya, umur berapa kejang terjadi untuk pertama kali dan berapa frekuensi kejang per tahun. Prognosis makin kurang baik apabila timbul kejang pertama kali pada umur muda dan bangkitan kejang sering terjadi
- Keadaan sebelum, selama dan sesudah serangan, sebelum kejang perlu ditanyakan adakah aura atau rangsangan tertentu yang dapat menimbulkan kejang
- Riwayat penyakit sekarang yang menyertai apakah muntah, diare, trauma kepala, gagap bicara, gagal ginjal, kelainan jantung, DHF, ISPA, OMA, Morbili dll

c) Riwayat penyakit dahulu

Sebelum penderita mengalami serangan kejang ini ditanyakan apakah penderita pernah mengalami kejang sebelumnya, umur berapa saat

kejang terjadi untuk pertama kalinya. Adakah riwayat truma kepala, radang selaput otak, OMA dll

d) Riwayat penyakit keluarga

Adakah keluarga yang memiliki penyakit kejang demam seperti pasien (25 % penderita kejang demam mempunyai faktor turunan). Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit saraf atau lainnya. Adakah menderita penyakit seperti ISPA, diare atau penyakit infeksi menular yang dapat mencetuskan terjadinya kejang demam.

e) Riwayat kehamilan dan persalinan

Kelainan ibu sewaktu hamil per trisemester, apakah ibu pernah mengalami infeksi sewaktu hamil. Riwayat trauma perdarahan pervagina, penggunaan obat-obat atau jamu sewaktu hamil. Riwayat persalinan apakah sukar, spontan, perdarahan ante partum, asfiksia. Keadaan selama neonatal apakah bayi panas, diare, muntah, tidak mau netek dan kejang demam

f) Riwayat perkembangan

- Personal sosial : berhubungan dengan kemampuan mandiri, bersosialisasi dan berinteraksi dengan lingkungannya
- Motorik halus : berhubungan dengan kemampuan anak untuk mengamati sesuatu, melakukan gerakan yang melibatkan bagian tubuh tertentu dan dilakukan otot-otot kecil dan memerlukan kordinasi yang cermat, misal menggambar, memegang suatu benda
- Motorik kasar : berhubungan dengan pergerakan dan sikap tubuh
- Bahasa : kemampuan memberikan respon terhadap suara, mengikuti perintah dan berbicara spontan

g) Riwayat imunisasi

Jenis imunisasi yang didapatkan dan yang belum, ditanyakan serta umur mendapatkan imunisasi dan reaksi dari imunisasi.

h) Riwayat sosial

Untuk mengetahui perilaku pada anak dan keadaan emosionalnya yang perlu dikaji siapakah yang mengasuh anak. Bagaimana hubungan dengan anggota keluarga dan teman sebayanya

i) Pola persepsi dan tatalaksanaan hidup sehat

Gaya hidup yang berkaitan dengan kesehatan, pengetahuan, pencegahan dan kepatuhan pada setiap perawatan dan tindakan medis.

j) Riwayat perkembangan anak : biasanya pada pasien kejang demam kompleks mengalami keterlambatan perkembangan intelegensi pada anak serta mengalami kelemahan pada anggota gerak (hemiparise)

k) Pola nutrisi

Mengetahui asupan gizi anak, makanan yang disukai dan yang tidak disukai, bagaimana selera makan, berapa kali minum, jenis dan jumlahnya perhari

l) Pola eliminasi

BAK : frekuensi, jumlah, apakah nyeri saat BAK

BAB : Kapan waktu BAB, teratur atau tidak, konsistensi lunak, keras, cair atau berlendir

m) Pola aktivitas dan latihan

Apakah anak senang bermain sendiri atau dengan teman sebayanya, berkumpul dengan keluarga sehari berapa jam

n) Pola istirahat/tidur

Berapa jam sehari tidur, berangkat tidur jam berapa, kebiasaan sebelum tidur, serta bagaimana jam tidur siang

b. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum biasanya anak rewel dan kesadaran compos mentis

2) TTV :

Suhu : biasanya $> 38,0^{\circ}\text{C}$

Respirasi : pada usia 2 - < 12 bulan : biasanya > 49 kali/menit

Pada usia 12 bulan - < 5 tahun : biasanya > 40 x/mnt

Nadi : biasanya > 100 x/i

3) Berat Badan

Biasanya pada anak kejang demam tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti

4) Kepala

Tampak simetris dan tidak ada kelainan yang tampak

5) Mata

Simetris kiri dan kanan, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemis

6) Mulut dan lidah

Mukosa bibir tampak kering, tonsil hiperemis, lidah tampak kotor

7) Telinga

Bentuk simetris kiri dan kanan normalnya pili sejajar dengan katus mata, keluar cairan, terjadi gangguan pendengaran yang sementara, nyeri tekan mastoid

8) Hidung

Penciuman baik, tidak ada pernafasan cuping hidung, bentuk simetris, mukosa hidung berwarna merah muda

9) Leher

Terjadi pembesaran KGB

10) Dada

a) Thorax

- Inspeksi, gerakan dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan
- Palpasi, vromitus kiri dan kanan
- Auskultasi, ditemukan bunyi nafas tambahan seperti ronchi

b) Jantung

Terjadi penurunan atau peningkatan denyut jantung

I : Ictus cordis tidak terlihat

P : Ictus cordis di SIC V teraba

P :Batas kiri jantung : SIC II kiri di linea parastrenalis kiri (pinggang jantung), SIC V kiri sagak ke mideal linea midclavicularis kiri.

Batas kanan bawah jantung disekitar ruang intercostals III-IV kanan, dilinea parasternalis kanan, batas atasnya di ruang intercosta II kanan linea parasternalis kanan

A : BJ II lemah dari BJ I

11) Abdomen

Lemas dan datar, kembung

12) Anus

Tidak terjadi kelainan genetalia anak

Ekstremitas

a) Atas : Tonus otot mengalami kelemahan, CRT > 2 detik, akral dingin

b) Bawah : Tonus otot mengalami kelemahan, CRT > 2 detik akral dingin

a. Penilaian tingkat kesadaran

b. Penilaian kekuatan otot

c. Pemeriksaan penunjang

2 Diagnosa Keperawatan

Kemungkinan diagnosa keperawatan yang akan muncul

a. Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit

b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi perfusi

c. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan

- d. Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sirkulasi otak
- e. Resiko gangguan perkembangan berhubungan dengan penyakit kronis

3 Intervensi

No	Diagnosa Keperawatan SDKI	Tujuan Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI
1	Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit (D.0130) Gejala dan Tanda Mayor : Subjektif : - Objektif : 1.Suhu tubuh diatas normal Gejala dan Tanda Minor : Subjektif : Objektif : 1.Kulit merah 2.Kejang 3.Takikardi 4.Takipnea 5.Kulit terasa hangat	L 14134 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan thermoregulasi pada rentang normal, dengan kriteria hasil : 1.Menggigil menurun 2.Kulit merah menurun 3.Kejang menurun 4.Takikardi menurun 5.Takipnea menurun 6.Suhu tubuh membaik 7.Suhu kulit membaik	I . 03115 Manajemen Hipertermi Observasi : 1.Identifikasi penyebab hipertermi 2.Monitor suhu tubuh 3.Monitor pengeluaran urine Terapeutik : 1.Sediakan lingkungan yang dingin 2.Longgarkan atau lepaskan pakaian 3.Berikan cairan oral 4.Lakukan pendinginan eksternal (mis, selimut hipotermi, kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila) 5.Berikan oksigen jika perlu Edukasi : 1.Anjurkan tirah baring Kolaborasi : 1.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena
2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan	L.01003 Setelah diberikan asuhan	I.01014 Pemantauan respirasi

	ketidakseimbangan ventilasi perfusi (D.0003) Gejala dan Tanda Mayor Subjektif : 1.Dispnea Objektif : 1.PCO2 meningkat/menurun 2.PO2 menurun 3.Takikardi 4.PH arteri meningkat/menurun 5.Bunyi nafas tambahan Gejala dan tanda minor Subjektif : 1.Pusing 2.Penglihatan kabur Objektif : 1.Sianosis 2.Gelisah 3.Nafas cuping hidung 4.Pola nafas abnormal 5.Warna kulit abnormal 6.Kesadaran menurun	keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan oksigenasi dalam bats normal, dengan kriteria hasil : 1.Tingkat kesadaran meningkat 2.Dispnea menurun 3.Bunyi nafas tambahan menurun 4.Nafas cuping hidung menurun 5.PCO2 membaik 6.PO2 membaik 7.Takikardi membaik 8.Pola nafas membaik 9.Sianosis membaik 10.Warna kulit membaik	Observasi : 1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2.Monitor pola nafas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi) 3.Monitor adanya produksi sputum 4.Monitor adanya sumbatan jalan nafas 5.Auskultasi bunyi nafas 6.Monitor bunyi nafas 7.Monitor nilai AGD 8.Monitor x-ray thorax Therapeutik : 9.Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien Edukasi : 10.Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
3	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhbungan dengan sekresi yang tertahan Gejala dan tanda mayor Subjektif :- Objektif : 1.Batuk tidak efektif 2.Tidak mampu batuk 3.Sputum berlebbih 4.Mengi, wheezing, ronchi kering Gejala dan tanda minor Subjektif : 1.Dispnea 2.Sulit bicara 3.Ortopnea	L.01001 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan jalan nafas tetap paten, dengan kriteria hasil : 1.Batuk efektif meningkat 2.Produksi sputum menurun 3.Mengi menurun 4.Whezing menurun 5.Dispnea membaik 6.Frrekuensi nafas membaik 7.Pola nafas membaik 8.Sianosis membaik	I.01011 Manajemen jalan nafas Observasi : 1.Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas) 2.Monitor bunyi nafas tambahan , gurgling, whezing, ronkhi kering) 3.Monitor sputum (umlah, warna, bau) Therapeutik : 1.Pertahankan jalan nafas 2.Posisikan semi fowler atau fowler 3.Lakukan fisioterapi dada jika perlu

	Objektif : 1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi nafas menurun 4. Frekuensi nafas berubah 5. Pola nafas berubah		4. Lakukan penghisapan lendir lebih kurang dari 15 detik 5. Berikan oksigen jika perlu Edukasi : 6. Ajarkan tehnik batuk efektif Kolaborasi : 7. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik
4	Resiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan sirkulasi otak (D.0017)	L.02014 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan aliran darah serebral meningkat, dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Tekanan intra kranial menurun 3. Kesadaran membaik	I.06194 Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi : 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor status pernafasan 4. Monitor status pernafasan 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik : 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Cegah terjadinya kejang 9. Pertahankan suhu tubuh normal

			Kolaborasi : 10.Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan
	Resiko Cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh	L.14136 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan keparahan cedera yang dialami menurun , dengan kriteria hasil : 1.Toleransi aktivitas meningkat 2.Resiko cedera menurun 3.Luka/lecet menurun 4.Ketegangan otot menurun 5.Iritabilitas menurun	I.14537 Pencegahan cedera Observasi : 1.Identifikasi area lingkungan 2.Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkan cedera Terapeutik : 3.Sediakan pencahayaan yang memadai 4.Gunakan lampu tidur selama jam tidur 5.Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan ruang rawat 6.Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 7.Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien Edukasi : 8.Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan keluarga 9.Anjurkan berganti posisi secara perlahan

4. Implementasi

Implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat di aplikasikan pada pasien. Tindakan yang dilakukan mungkin sama atau berbeda dengan urutan yang telah dibuat pada perencanaan. Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreatifitas perawat. Sebelum melakukan

suatu tindakan, perawat harus mengetahui tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan tindakan yang sudah direncanakan, dilakukan dengan rencana yang tepat, aman, serta sesuai dengan kondisi pasien

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tahap kelima dari proses keperawatan, pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah diatasi seluruhnya, hanya sebagian, atau belum teratasi semuanya. Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan yaitu suatu proses yang digunakan untuk mengukur dan memonitor kondisi pasien untuk mengetahui kesesuaian tindakan keperawatan, perbaikan tindakan keperawatan, kebutuhan pasien saat ini. Evaluasi dinilai berdasarkan respon pasien terhadap implementasi yang telah dilakukan

BAB III

TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

I. BIODATA

A. Identitas Klien

1. Nama / nama panggilan: An. K
2. Tempat, Tgl Lahir / usia: Timika, 20 – Mei 2020 (1 Tahun 4 Bulan)
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Katolik
5. Pendidikan : Belum sekolah
6. Alamat : Iwaka
7. Tanggal masuk RS : 27 September 2021
8. Tanggal pengkajian : 28 September 2021
9. Diagnosa medis : TB milier susp meningitis, Kejang Demam, Sepsis

B. Identitas Orang Tua

1. Ayah

- a) Nama : Tn. A
- b) Usia : 30 Tahun
- c) Pendidikan : SD
- d) Pekerjaan : Bertani
- e) Agama : Katolik
- f) Alamat : Iwaka

2. Ibu

- a) Nama : Ny.R
- b) Usia : 26 Tahun
- c) Pendidikan : SD
- d) Pekerjaan : Bertani
- e) Agama : Katolik

f) Alamat : Iwaka

C. Identitas Saudara Kandung

No	N a m a	U s i a	Hubungan	Keterangan
1	An. Y	9 Tahun	Kakak kandung	Hidup
2	An. P	8 Tahun	Kakak kandung	Hidup
3	An. L	7 Tahun	Kakak kandung	Hidup

II. Keluhan Utama / alasan masuk rumah sakit :

Orang tua pasien mengatakan pasien tidak sadar

A. Kesehatan Sekarang :

Keluhan disertai dengan demam sejak 3 hari sebelum masuk RS. Pasien riwayat pengobatan TB OAT, tetapi selama 3 bulan 2 minggu pasien tidak minum obatnya. Tanggal 27 September 2021 pagi Orangtua membawa pasien berobat tetapi menolak rawat inap. Malam hari OT membawa pasien lagi berobat dengan penurunan kesadaran, dan sesuai hasil pemeriksaan dokter, pasien rawat di ruang rawat inap.

B. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0-5 tahun) :

1. Pre Natal

Selama kehamilan ibu pasien melakukan pemeriksaan kehamilan ke puskesmas, selama hamil tidak ada keluhan dan penyakit yang diderita ibu pasien.

2. Natal

- a. Tempat melahirkan : Di Rumah sakit
- b. Lama dan jenis persalinan : spontan
- c. Penolong persalinan : Bidan
- d. Cara untuk memudahkan persalinan : Tidak ada
- e. Komplikasi waktu lahir : Robek perineum

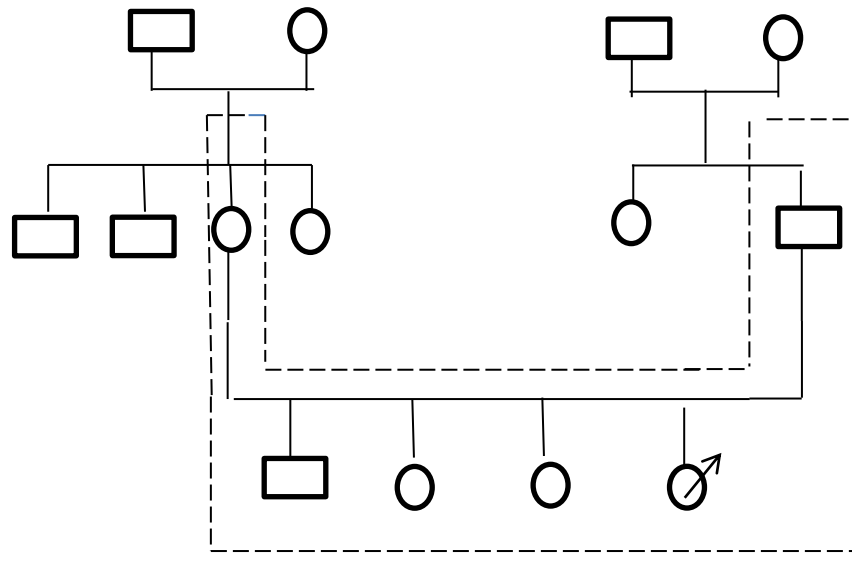
3. Post Natal

- a. Kondisi bayi :
BB : 2300 gr dan TB : 48 cm
- b. Penyakit yang pernah diderita :
Ibu pasien mengatakan sebelumnya anaknya batuk- batuk dan minum obat TB namun tidak minum teratur
- c. Kecelakaan yang dialami :
Ibu pasien mengatakan anaknya belumpernah mengalami kecelakaan
- d. Riwayat alergi:
Ibu pasien mengatakan anaknya tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan
- e. Konsumsi obat-obat bebas : Tidak ada

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

- Penyakit anggota keluarga : Ibu pasien mengatakan tidak memiliki penyakit menular atau menurun

Genogram



Ket:

----- : Tinggal serumah

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

↗ : Pasien

III. Riwayat Imunisasi

- Usia 0 bulan : BCG, HB-0, Polio-0
- Usia 2 bulan : DPT/HB-1, Polio-1
- Usia 3 bulan : DPT/HB-2, Poli-2
- Usia 4 bulan : DPT/Hb-3, Polio-3
- Usia 9 bulan : campak

IV. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. BB Lahir : 3000 gram
2. Berat badan sekarang : 11Kg
3. Tinggi badan : 84 cm
4. Lingkar kepala : 47 cm
5. LILA : 115,8 cm
6. IMT : 10,8 Kg
7. Waktu tumbuh gigi : Umur 1 tahun

B. Perkembangan Tiap Tahap

Usia anak saat (3 bulan)

1. Berguling : Umur 5 Bulan
2. Duduk : Umur 7 Bulan
3. Merangkak : Umur 6 Bulan
4. Berdiri : Umur 11 Bulan
5. Berjalan :
6. Senyum pada orang lain :
7. Bicara pertama kali : Umur 1 Tahun

V. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI

1. Pertama kali disusui : Saat lahir
2. Cara pemberian susu :
3. Lama pemberian :

B. Pemberian susu

C. Pola pemberian nutrisi tiap tahapan usia sampai nutrisi saat ini

Usia	Jenis Nutrisi	Lama Pemberian
0 – 4 Bulan	ASI	Sebelum sakit saat ini
4 – 12 Bulan	ASI, PASI	
12 – sebelum sakit	Nasi	

VI. Riwayat Psikososial

1. Anak tinggal bersama Orangtua, dan kakak kandung
2. Lingkungan : Lingkungan pasien kurang bersih
3. Hubungan antar anggota keluarga : Baik
4. Pengasuh anak :Orang tua

VII. Riwayat Spiritual

1. Support sistem dalam keluarga: Orangtua mengatakan sangat peduli dengan anaknya, jika anak sakit segera dibawa berobat ke puskesmas
2. Kegiatan keagamaan : beribadah ke gereja setiap Minggu

VIII.Reaksi Hospitalisasi

- A. Pemahaman keluarga tentang sakit dan rawat inap
Apabila anggota keluarga sakit langsung berobat ke puskesmas
- B. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap
Tidak bisa dikaji

IX. Aktifitas Sehari-hari

A. Nutrisi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Selera makan	Nafsu makan berkurang	Tidak bisa dikaji
2. Menu makan	Nasi, sayur, lauk	Susu
3. Frekuensi makan	3 x sehari	6 x 20 cc
4. Makanan disukai		-
5. Makanan pantangan	Tidak ada	-
6. Pembatasan pola makan		-
7. Cara makan		Sonde
8. Ritual makan	Pagi siang dan malam	Pagi siang sore malam

B. Cairan

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Jenis minuman 2. Frekuensi minum 3. Cara pemenuhan	ASI dan air putih 5-6 gelas setiap hari Melalui oral	Air putih dan susu 6 x 20 cc Melalui NGT

C. Eliminasi : BAB & BAK

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Tempat pembuangan 2. Frekuensi (waktu) 3. Konsistensi 4. Kesulitan Obat pencahar	Pampers BAB : 1-2 x/hari BAK : 5-6 x/hari Lembek Tidak ada Tidak ada	Pampers BAB : 1 x/hari BAK : 4-5 x/hari Cair berampas Tidak ada Tidak ada

D. Istirahat / Tidur

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Jam tidur - Siang - Malam 2. Pola tidur 3. Kebiasaan sebelum tidur Kesulitan tidur	2 jam 8-9 jam Teratur Minum susu Tidak ada	Pasien penurunan kesadaran : GCS 3

E. Personal Higiene

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Mandi • Cara • Frekuensi • Alat mandi	Dimandikan 2 x/hari Sabun, sampo, handuk	Dimandikan oleh perawat Com mandi, sabun, waslap
2. Cuci rambut • Cara • Frekuensi	Dimandikan 2 x/hari	1 x /hari
3. Gunting kuku • Cara • Frekuensi	Dibantu 1 x/minggu	Dibantu 1 x/minggu
4. Gosok gigi • Frekuensi • Cara	1 x/hari	Tidak dilakukan, terpasang OPA

F. Olah Raga

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Program olah raga	Tidak pernah olahraga	Pasien tidak sadar
2. Jenis dan frekuensi		
3. Kondisi setelah olah raga		

G. Aktifitas / Mobilitas Fisik

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Kegiatan sehari- hari	Bermain	Pasien tidak sadar
2. Pengaturan jadwal makan	Teratur	
3. Penggunaan alat bantu aktifitas	Tidak ada	
4. Kesulitan pergerakan tubuh	Tidak ada	

H. Rekreasi

Kondisi	Sebelum Sakit	Saat Ini
1. Perasaan saat sekolah 2. Waktu luang 3. Perasaan setelah rekreasi 4. Waktu senggang keluarga 5. Kegiatan hari libur	Pasien belum sekolah	Tidak dapat dikaji

X. Pemeriksaan Fisik

A. Keadaan Umum Klien : Sakit berat, Kesadaran Coma, GCS : 3 (M: 1, V : 1, E : 1)

B. Tanda-Tanda Vital :

- Tekanan darah : mmHg
- Suhu : 39 ° C
- Nadi : 160 x/mnt
- Respirasi : 50 x/mnt

C. Antropometri :

- Berat badan : 11 kg
- Tinggi badan : 81 cm
- LLA : 13 cm
- Lingkar dada : 55 cm
- Lingkar kepala : 40 cm
- Lingkar perut : 60 cm

D. :

1. Mata

Bersih, tidak ada kotoran, mata simetris kiri dan kanan, konjungtiva anememis, pupil isokor, sklera tidak ikterik, tidak tampak odem

2. Hidung

Penciuman tidak bisa dikaji, kesadaran coma, terpasang oksigen 2 LPM nasal canule

3. Telinga

Keadaan daun telinga : .Tampak bersih, tidak ada pembengkakan

- Fungsi pendengaran Tidak bisa dikaji, kesadaran coma
4. Hidung :
Simetris, pernapasan cuping hidung ada , sekret tidak ada
 5. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar
 6. Jantung :
Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis
Palpasi : Ictus cordis teraba di ICS 5, akral hangat
Perkusi : Batas atas : ICS II line sternal dextra
Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra
Batas kanan : ICS III line sternal dekstra
Batas kiri : ICS III line sternal sinistra
Auskultasi : Suara jantung lp dup dan tidak ada bunyi jantung tambahan irama jantung reguler, murmur tidak ada
 7. Paru –paru
Inspeksi : Pergerakan dinding dada simetris kanan dan kiri, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan, , frekuensi pernafasan 50 x/mnt, irama pernafasan cepat dan dangkal
Palpasi : Tidak ada massa, vokal vremitus simetris kiri dan kanan
Perkusi : Redup pada kedua paru
Auskultasi : Suara nafas ronkhi pada paru kanan dan kiri
 8. Abdomen
Inspeksi : Abdomen simetris, tidak terdapat lesi dan luka
Palpasi : Tidak ada edema atau massa/pembengkakan
Perkusi : Terdengar bunyi tympani
Auskultasi : suara bising usus 10 x/mnt
 9. Genetalia :
Kebersihan genetalia bersih, tidak ada lesi
Anus dan rektum :
Tidak ada kelainan pada anus

10. Ekstremitas :

Tidak ada pergerakan, kesadaran pasien coma

11. Kulit :

Warna sawo matang, kulit terba panas, turgor kulit elastis

XI. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan

A. Motorik Kasar : Tidak bisa dikaji

B. Motorik Halus : Tidak bisa dikaji

C. Bahasa : Tidak bisa dikaji

D. Personal Sosial : Tidak bisa dikaji

XII. Test Diagnostik

A. Laboratorium Tanggal 27 September 2021

NO	Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	Hemoglobin	9,8 g/dl	10,8 – 12,8 g/dl
2	Hematokrit	26 %	35 – 43 %
3	Leukosit	31,91	4500 -1350
4	Eosinofil	0%	1 – 3 %
5	Neutropil	0%	2 – 6 %
6	PO2	39 mmHg	80 – 100 mmHg
7	PCO2	41 mmHg	35 – 45 mmHg
8	Kalium	2,8	3,1 – 5,1

B. Foto rontgen

C. CT – Scan

D. Pemeriksaan Lain

Pemeriksaan BTA Tanggal 28 September : Negatif

XIII. Terapi Saat Ini

1. IVFD Kaen 3B 800 cc/24 jam
2. Injeksi Cefriaxone 400 mg/24 jam
3. Paracetamol 85 mg/8 jam, bila suhu : $>38^{\circ}$ C
4. Diazepam 3 mg/IV pelan-pelan jika perlu
5. Lyvit syr 1 x 1 cth
6. OAT 1x2 tab
7. Diet : susu 6 x 20 cc melalui NGT

B. DATA FOKUS

NO	Data Subjektif	Data Objektif
1	OT mengatakan anaknya tidak sadar	1. Keadaan umum berat
2	OT mengatakan sebelumnya anaknya batuk-batuk dan minum obat TB namun tidak teratur	2. Kesadaran Coma , GCS: 3 (E : 1, V: 1, M:1)
3	OT mengatakan anaknya demam sejak 3 hari yang lalu	3. Terdapat bunyi nafas tambahan Ronchi paru kanan dan kiri
4	OT mengatakan anaknya belum dimandikan sejak tadi pagi	4. Terdapat secret di area mulut
5	OT mengatakan takut dengan kondisi anaknya	5. Badan terasa hangat
6	OT mengatakan tidak mengetahui cara penanganan penyakit anaknya	6. Obs TTV, N: 160 x/mnt, R: 50 x/mnt SB : 39 C, SPO2 : 98%
	OT mengatakan bingung akan kondisi anaknya	7. Terpasang Oksigen 2 Lpm nasal canul
		8. Terpasang NGT
		9. Terpasang OPA
		10. Terdapat pernafasan cuping hidung
		11. Pasien tampak sesak
		12. Nilai AGD : PO2 : 39 mmHg, PCO2 : 43 mmHg
		13. OT tampak gelisah dan cemas
		14. OT tampak bingung dan tegang

C. ANALISA DATA

Nama pasien : An. K

No. Medikal record : 536035

Ruang rawat : Antonius

NO	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem	TTD
1	28 Sep 2021 Jam.15 Wit	D. Subjektif : -OT mengatakan sebelumnya anaknya batuk-batuk dan minum obat TB namun tidak teratur D. Objektif : - kesadaran : coma -Adanya bunyi nafas tambahan ronchi ki/ka -Terpasang OPA -Tampak secret di area mulut -Terdapat pernafasan cuping hidung -Obs TTV : N : 160 x/mnt, R : 50 x/mnt, SB : 39 C, SPO2 : 98 % -Terpasang Oksigen 2 Lpm nasal canule	Penumpukan secret	Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Mega

2	28 Sep 2022 Jam 14.00 Wit	E. Subjektif :- D.Objektif : -Terdengar bunyi Ronchi -Nilai AGD : PCO ₂ : 43 mmHg, PO ₂ : 39 mmHg -Pasien tampak sesak -Pola nafas cepat dan dangkal -Terpasang O ₂ 2 Lpm -Kesadaran Coma	Perubahan membran di alveoli	Gangguan Pertukaran Gas	Mega
3	28 Sep 2022 Jam 13.35 Wit	D.Subjektif : -Ibu mengatakan anak demam dan badannya panas D.Objektif : -Badan pasien terasa panas -Kulit memerah -N : 160 x/mnt, R : 50 x/mnt, SB : 39 C	Proses penyakit infeksi	Hipertermi	Mega
4	28 Sep 2022 Jam 16.00 Wit	D.Subjektif : -Ibu pasien mengatakan anaknya tidak bergerak dan tidak bisa membuka mulut			Mega
		D.Subjektif : -Ibu mengatakan sangat	Kurang terpapar informasi	Ansietas	Mega

		khawatir dengan kondisi anaknya dan kurang mengetahui tentang kondisi anaknya D.Objektif : -Ibu tampak cemas			
--	--	---	--	--	--

D. RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : An. K

Umur : 1 Tahun 4 Bulan

NO/ Tgl	DX. Keperawatan & Data Penunjang SDKI	Tujuan & Kriteria Hasil SLKI	Intervensi SIKI	Rasional
1 28/9/2021	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret D. Subjektif D. Objektif : -Pasien tidak mampu batuk, kesadaran : coma -Adanya bunyi nafas tambahan ronchi ki/ka -Terpasang OPA -Tampak secret di area mulut -Obs TTV : N : 160 x/mnt, R : 50 x/mnt, SB : 39° C, SPO2 : 98 % - Terpasang Oksigen 2 Lpm NK -Posisi kepala ekstensi	L.01001 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan jalan nafas tetap paten, dengan kriteria hasil : 1.Produksi sputum menurun 2.Mengi menurun 3.Whezing menurun 4.Dispnea membaik 5.Frrekuensi nafas membaik 6.Pola nafas membaik	1.Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman) 2.Monitor bunyi nafas tambahan 3.Monitor TTV 4.Pertahankan kepatenan jalan nafas 5.Lakukan fisioterapi dada	1.Mengetahui keabnormalan pernafasan pasien 2.Mengetahui adanya sumbatan jalan nafas dan perkembangan status kesehatan pasien 3.Mengetahui keadaan umum pasien 4.Menghilangkan obstruksi partial/total 5.Membantu untuk mengeluarkan produksi sputum 6.Mencegah

2	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membrane alveolus-kapiler D.Subjektif : - D.Objektif Terdengar bunyi Ronchi -Nilai AGD : PCO₂ : 43, PO₂ : 39 O₂ saturasi : 63 % -Pasien tampak sesak -Pola nafas cepat dan dangkal -Terpasang O₂ 3 Lpm	L.01003 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan oksigenasi dalam bats normal, dengan kriteria hasil : 1.Tingkat kesadaran meningkat 2.Dispnea menurun 3.Bunyi nafas tambahan menurun 4.Nafas cuping hidung menurun 5.PCO₂ membaik 6.PO₂ membaik	6.Lakukan penghisapan lendir 7.Berikan oksigen 8.Kolaborasi pemberian terapi bronkodilator I.01014 1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD) 3.Monitor adanya sputum	obstruksi/aspirasi 7.7.Membantu memenuhi kebutuhan oksigen dan mengurangi perburukan keadaan 8.Mengencerkan sputum 1.Mengetahui tanda dan gejala awal pola nafas tidak efektif 2.Terapi oksigen mempertahankan PaO₂ .Mengevaluasi proses penyakit dan keadaan pasien 3.Mengetahui produksi sputum yang dihasilkan dan untuk menegakkan
---	---	---	--	---

	-Kesadaran Coma	7.Takikardi membaik 8.Pola nafas membaik 9.Sianosis membaik 10.Warna kulit membaik	4.Auskultasi bunyi nafas 5.Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan	diagnosa 4.Membantu menegakkan diagnosa dan mengetahui perburukan keadaan pasien 5.Agar keluarga dapat kooperatif
3	Hipertermi berhubungan dengan proses penyakit D.Subjektif : -Ibu anak demam dan badannya panas D.Objektif : -Badan pasien teraba panas -Kulit memerah -N : 160 x/mnt, R : 50 x/mnt, SB : 39 ° C	L 14134 Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan thermoregulasi pada rentang normal, dengan kriteria hasil : 1.Menggigil menurun 2.Kulit merah menurun 3.Kejang menurun 4.Takikardi menurun 5.Takipnea menurun 6.Suhu tubuh membaik 7.Suhu kulit membaik	1.Identifikasi penyebab hipertermi 2.Monitor suhu tubuh 3.Longgarkan pakaian pasien 4.Lakukan kompres hangat 5.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	1.Mengetahui penyebab dan penatalaksanaan yang akan dilanjutkan 2.Mengetahui suhu badan pasien 3.Membantu proses evaporasi dan agar pasien merasa nyaman 4.Kompres hangat dapat membuka pori-pori kulit sehingga mempercepat evaporasi 5.Untuk memenuhi cairan tubuh 6.Membantu menurunkan demam

			6.Kolaborasi pemberian antipiretik	
4	Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi D.Subjektif : -Ibu mengatakan sangat khawatir dengan kondisi anaknya dan kurang mengetahui tentang anaknya D.Objektif : -Ibu tampak cemas (skala sedang)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1 x 24 jam tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil : 1.Perilaku gelisah menurun 2.Perilaku tegang menurun 3.Verbalisasi kebingungan menurun	1.Identifikasi kemampuan orangtua mengambil keputusan 2.Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) 3.Temani orangtua untuk mengurangi kecemasan 4.Dengarkan dengan penuh perhatian 5.Jelaskan prosedur	1.Mengetahui sejauh mana peran orangtua dalam pengobatan dan perawatan anaknya 2.Untuk mengetahui tanda verbal dan non verbal dari kecemasan yang dialami oleh orangtua 3.Agar orangtua merasa aman tanpa ada rasa takut 5.Agar orangtua mengetahui tindakan yang akan dilakukan pada anaknya

E. IMPLEMENTASI

Nama Pasien : An. K

Ruangan : Antonius

No Dx	Hari/Tgl/ Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Hari I 28 Sep 2022		Jam 19.30 WIT
	13.35	1.Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman)	S : - O :
	13.50	2.Memonitor bunyi nafas tambahan	-Pasien tampak sesak -Bunyi nafas tambahan ronchi
	14.10	3.Monitor TTV	-Keadaan umum berat, GCS : 3, kesadaran : coma
	14.35	4.Mempertahankan kepatenan jalan nafas	-Terpasang O2 3 Lpm
	14.50	5.Melakukan fisioterapi dada	-Obs , N : 142 x/mnt, R : 45 x/mnt, SB : 37,2°
	15.45	6.Melakukan penghisapan lendir	C, SPO2 : 98%
	14.20	7.Memasang oksigen	-Terpasang OPA
	16.30	8.Kolaborasi pemberian terapi bronkodilator	A: Bersihan jalan nafas tidak efektif P : 1.Memonitor pola nafas (frekwensi dan kedalaman) 2.Memonitor bunyi nafas tambahan 3.Pertahankan kepatenan jalan nafas 4.Lakukan penghisapan lendir 5.Berikan oksigen 6.Kolaborasi dengan

			dokter dalam pemberian terapi bronkodilator
2	13.45	1.Memonitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas	Jam 19.30 WIT
	14.20	2.Memonitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD)	S : - O :
	14.35	3.Memonitor adanya sputum	-Kesadaran : coma, GCS : 3
	14.55	4.Auskultasi bunyi nafas	-Terdengar bunyi nafas tambahan ronkhi
	15.25	5.Menjelaskan tujuan dan hasil pemantauan	-Nilai AGD : PO2 : 39 mmHg, PCO2 : 43 mmHg, O2 -Obs TTV, N : 142 x/mnt R : 45 x/mnt, SB : 37,2 ° C SPO2 : 98% -Terpasang O2 2 Lpm A; Gangguan pertukaran gas P : 1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD) 3.Monitor adanya sputum 4.Auskultasi bunyi nafas 5.Jelaskan tujuan dan

3			hasil pemantauan
	13.30	1.Mengidentifikasi penyebab hipertermi	Jam 19.30 WIT
	13.37	2.Memonitor suhu tubuh, SB : 39° C	S: OT mengatakan badan anaknya masih teraba hangat
	14.00	3.Melakukan kompres air hangat - Beritahu pasien dan orang tua - Mencuci tangan - Mengatur posisi pasien - Mengukur suhu tubuh pasien - Rendam kain kompres ke dalam wadah yang sudah terdapat air hangat, peras kain sampai tidak terlalu lembab - Tempatkan kain di dahi dan axila - Bila kain sudah menjadi dingin, masukkan lagi kain kompres ke dalam air hangat, lakukan secara bertahap hingga efek yang diinginkan tercapai - Lakukan evaluasi hasil dengan mengukur suhu tubuh pasien setelah 20 menit - Merapikan alat - Mencuci tangan	O : -Badan teraba hangat -Kulit tampak kemerahan -Obs, SB : 37,2° C -OT tampak mengompres pasien di daerah axila A : Hipertermi P : 1.Identifikasi penyebab hipertermi 2.Monitor suhu tubuh 3.Longgarkan pakaian pasien 4.Lakukan kompres hangat 5.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 6.Kolaborasi pemberian antipiretik
	14.10	4. Melonggarkan pakaian anak saat demam	

4	14.25	5..Memonitor suhu tubuh sesudah dilakukan kompres air hangat, SB : 38° C	
	17.30	6.Kolaborasi pemberian antipiretik	
			Jam 19.30 WIT
	16.25	1.Mengidentifikasi kemampuan orangtua mengambil keputusan	S : OT mengatakan sudah mulai paham akan kondisi anaknya
	16.35	2.Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)	O : -OT tampak mulai tenang -OT kadang masih tampak gelisah dan bertanya kondisi anaaknya
	17.00	3.Temani orangtua untuk mengurangi kecemasan	A : Ansietas teratasi sebagian P :
	17.25	4.Dengarkan dengan penuh perhatian	1.Identifikasi kemampuan orangtua mengambil keputusan
	18.00	5.Menjelaskan prosedur yang akan dilakukan	2.Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)
			3.Temani orangtua untuk mengurangi kecemasan
			4.Dengarkan dengan penuh perhatian
			5.Jelaskan prosedur

	Hari II		Jam 19.30 WIT
1	13.35	1.Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman)	-Bunyi nafas tambahan ronchi
	13.40		-Keadaan umum berat, GCS : 3, kesadaran : coma
	13.45	2.Memonitor bunyi nafas tambahan	-Terpasang O2 3 Lpm
	13.55	3.Monitor TTV	-Obs , N : 142 x/mnt, R : 45 x/mnt, SB : 37,2 ° C, SPO2 : 100%
	14.20	4.Mempertahankan kepatenan jalan nafas	-Terpasang OPA
	14.35	5.Melakukan fisioterapi dada	A: Bersihan jalan nafas tidak efektif
	14.55	6.Melakukan suction	P :
		7.Mempertahankan oksigen	1.Monitor pola nafas (frekwensi dan kedalaman) 2.Monitor bunyi nafas tambahan 3.Pertahankan kepatenan jalan nafas 4.Lakukan penghisapan lendir 5.Berikan oksigen 6.Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi bronkodilator
			Jam 19.30 WIT
2	13.55	1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas	S : -
	14.05	2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD)	O :
	14.20	3.Monitor adanya sputum	-Kesadaran : coma, GCS : 3 -Terdengar bunyi nafas tambahan ronkhi
	14.45	4.Auskultasi bunyi nafas	-Nilai AGD : PO2 : 39 mmHg,

3	15.20	5.Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan	PCO₂ : 43 mmHg, O₂ saturasi : 63 % -Obs TTV, N : 142 x/mnt R : 45 x/mnt, SB : 37,2 ° C SPO₂ : 100% -Terpasang O₂ 3 Lpm A; Gangguan pertukaran gas P : 1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD) 3.Monitor adanya sputum 4.Auskultasi bunyi nafas 5.Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan Jam 19.30 WIT
	13.30	1.Mengidentifikasi penyebab hipertermi	S: OT mengatakan badan anaknya masih teraba hangat
	13.35	2.Memonitor suhu tubuh, SB : 39,5° C	O :
	14.00	3..Melakukan kompres hangat	-Badan teraba hangat -Kulit tampak kemerahan
	14.35	4.Memonitor kembali suhu tubuh sesudah kompres hangat, SB : 38,7° C	-Obs, SB : 37,4° C -Terpasang infus KAEN 3B

4	16.00	5.Berkolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena	A : Hipertermi
	18.00	6.Berkolaborasi pemberian antipiretik : Paracetamol 85 mg/drips	P : 1.Identifikasi penyebab hipertermi 2.Monitor suhu tubuh 3.Longgarkan pakaian pasien 4.Lakukan kompres hangat 5.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 6.Kolaborasi pemberian antipiretik
	15.10	1.Identifikasi kemampuan orangtua mengambil keputusan	
	15.30	2.Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)	S :OT mengatakan sudah paham dan sudah siap menerima kondisi anaknya
	15.45	3.Temani orangtua untuk mengurangi kecemasan	O :
	16.05	4.Dengarkan dengan penuh perhatian 5.Jelaskan prosedur	OT Tampak tenang A : ansietas teratasi P : Intervensi dihentikan
1	Hari III 30 Sep 2022		Jam 19.30 WIT S : - O : -Pasien tampak sesak
	13.35	1.Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman)	

2	13.40	2.Memonitor bunyi nafas tambahan	-Bunyi nafas tambahan ronchi
	13.45	3.Monitor TTV	-Keadaan umum berat, GCS : 3, kesadaran : coma
	13.55	4.Mempertahankan kepatenan jalan nafas	-Terpasang O2 3 Lpm - Suction dilakukan secara bertahap
	14.20	5.Melakukan fisioterapi dada	-Obs , N : 142 x/mnt, R : 45 x/mnt, SB : 37,2° C, SPO2 : 100%
	14.35	6.Melakukan suction lendir	-Terpasang OPA
	14.55	7.Memasang oksigen	A: Bersihan jalan nafas tidak efektif
		8.Berkolaborasi pemberian terapi bronkodilator	P : 1.Memonitor pola nafas (frekwensi dan kedalaman) 2.Memonitor bunyi nafas tambahan 3.Pertahankan kepatenan jalan nafas 4.Lakukan penghisapan lendir 5.Berikan oksigen 6.Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian therapi bronkodilator
			Jam 19.30 WIT
	13.45	.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas	S : - O :
	14.20	2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD)	-Kesadaran : coma, GCS : 3 -Terdengar bunyi nafas tambahan ronchi
	14.35	3.Monitor adanya sputum	-Nilai AGD : PO2 : 39 mmHg, PCO2 : 43 mmHg, O2 saturasi : 63 %
	14.55	4.Auskultasi bunyi nafas	-Obs TTV, N : 142
		5.Jelaskan tujuan dan hasil	

	15.25	pemantauan	x/mnt R : 45 x/mnt, SB : 37,2 ° C SPO2 : 100% -Terpasang O2 3 Lpm A; Gangguan pertukaran gas P : 1.Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya nafas 2.Monitor efektivitas terapi oksigen (mis, oksimetri, AGD) 3.Monitor adanya sputum 4.Auskultasi bunyi nafas 5.Jelaskan tujuan dan hasil pemantauan Jam 19.00 WIT
3	13.30	1.Mengidentifikasi penyebab hipertermi	S: OT mengatakan badan anaknya masih teraba hangat O :
	13.37	2.Memonitor suhu tubuh, SB : 38,5° C	-Badan teraba hangat -Kulit tampak kemerahan
	14.00	3.Melonggarkan pakaian pasien	-Obs, SB : 37,2 ° C -OT tampak
	14.20	4.Melakukan kompres hangat	mengompres pasien di daerah axila
	14.55	5.Memonitor kembali suhu tubuh sesudah kompres hangat, SB : 37,8° C	A : Hipertermi P :
	16.05	6.Kolaborasi pemberian cairan dan	1.Identifikasi penyebab

	18.00	elektrolit intravena 7.Kolaborasi pemberian antipiretik	hipertermi 2.Monitor suhu tubuh 3.Longgarkan pakaian pasien 4.Lakukan kompres hangat 5.Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena 6.Kolaborasi pemberian antipiretik
--	--------------	---	--

F. Catatan Perkembangan

Tgl	Jam	Catatan Keperawatan
Hari I 28 Sep 2022	13.35	Melakukan observasi TTV dan keadaan umum pasien , N : 160 x/mnt, SB : 39 ° C, R : 50 x/mnt, SPO2 : 98%. Kesadaran Coma, GCS : 3
	14.00	Pasien tampak kejang Memberikan inj Phenitoin 100 mg dalam NaCl 0,9% 30 cc selama 30 menit Mengontrol tekanan oksigen
	15.00	Memberikan injeksi Paracetamol 10 cc/iv Mengkaji warna kluik dan menghitung nadi
	15.20	Melakukan kompres air hangat
	15.30	Di kedua axila
	15.50	Melakukan pendidikan kesehatan tentang manfaat dan prosedur kompres air hangat
	16.10	Memandikan pasien bersama dengan orangtua
		Melakukan suction , produksi sputum (+)
	16.40	Menganjurkan orangtua agar selalu mendampingi anak Mengkaji tingkat kecemasan yang dirasakan OT
	17.20	Melakukan observasi TTV, N : 142 x/mnt, R : 39 x/mnt, SB : 37, 2° C, SPO2 : 100%
	18.00	Melakukan balance cairan

	14.00	Mendengarkan bunyi nafas dan memantau irama nafas
	14.20	Melakukan kompres air hangat pada axila Melakukan injeksi Paracetamol 10 cc/iv
	15.00	Melakukan suction sputum (+)
	15.45	Mengukur suhu badan
	16.00	Melihat warna kulit, membrane mukosa serta kuku pasien
	17.00	Memberikan Diit susu 100 cc dan Ap 50 cc melalui NGT
	17.30	Memberikan obat batuk puyer via NGT
	17.45	Melakukan observasi TTV, N : 158 x/mnt, SB : 38, 3° C , R : 40 x/mnt

BAB IV

ANALISIS SITUASI MASALAH

A. Analisa Kasus Terkait Teori

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada pasien An.K dengan diagnosa hipertermi di Ruang perawatan Anak RSMM, maka disini akan terlihat keadaan pasien secara nyata. Dalam studi kasus ini penulis tidak menemukan kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus. Pembahasan ini disusun sesuai dengan tahap-tahap dan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian perencanaan, implementasi, evaluasi. Pada saat pengkajian pada An.K didapatkan An.K mengalami kejang 1 kali dan demam tinggi bahkan penurunan kesadaran dan sesuai dengan teori, dimana teori anak kejang demam mengalami peningkatan suhu tubuh, badan terasa hangat dan penurunan kesadaran. Hal ini terjadi karena adanya faktor pirogen yaitu bakteri atau virus yang masuk ke dalam tubuh sehingga mempengaruhi pengendalian hipotalamus terhadap mengontrol suhu tubuh dan akan menimbulkan demam tinggi.

B. Analisa Kasus Sesuai dengan Kelolaan

Pada hasil pengkajian tanggal 15 September 2021 yang telah dilakukan pada an.K ditemukan masalah kesehatan yaitu kejang demam, berikut akan dijelaskan analisa kasus berdasarkan penyebab yang mempengaruhi kejang demam, sehingga dapat diketahui penyebab yang paling berpengaruh dalam masalah penyakit kejang demam pada an. K

Dari hasil pengkajian pemeriksaan fisik pada an. K didapatkan data Ibu mengatakan Keluhan disertai dengan demam sejak 3 hari sebelum masuk RS. Pasien riwayat pengobatan TB OAT, tetapi selama 3 bulan 2 minggu pasien tidak minum obatnya. Tanggal 27 September 2021 pagi Orangtua membawa pasien berobat tetapi menolak rawat inap. Malam hari OT membawa pasien

lagi berobat dengan penurunan kesadaran, dan sesuai hasil pemeriksaan dokter, pasien rawat di ruang rawat inap.

Masalah keperawatan sesuai dengan inovasi kompres air hangat adalah : Hipertermi b/d proses penyakit. Maka dilakukan terapi non farmakologi dengan kompres air hangat untuk mengurangi peningkatan suhu tubuh dan kejang demam. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada an. K, ibu mengatakan jika ada keluarga yang sakit maka segera dibawa berobat puskesmas terdekat atau rumah sakit.

Dari teoritis gambaran klinis yang dapat dijumpai pada pasien dengan kejang diantaranya : suhu tubuh mencapai $> 38^{\circ} \text{C}$, anak sering hilang kesadaran saat kejang, mata mendelik, tungkai dan lengan mulai kaku, bagian tubuh anak berguncang (gejala kejang bergantung pada jenis kejang), kulit pucat dan membiru, akral dingin. Maka ditemukan sesuai pada gambaran klinis yang sesuai yang dialami oleh an.K pada penyakit kejang demam. Ibu dapat mengidentifikasi gejala dari kejang demam, terkait dengan yang dijelaskan oleh mahasiswa tentang, pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari kejang demam. Dan pada tugas pengambilan keputusan dengan mencari upaya tindakan kesehatan yang diharapkan sehingga masalah kejang demam dapat teratasi. Ibu dan keluarga sudah mengambil keputusan agar pengobatan dan perawatan an. K tetap dilanjutkan di RS.

C. *Analisa Based Evidence Practices* (Salah Satu Intervensi dengan Konsep dan Penelitian Terkait)

Faktor pencetus kejang demam terjadi karena tingginya suhu badan pada anak, dimana hal itu disebabkan oleh keadaan otak anak yang sangat sensitif terhadap peningkatan suhu badan diatas $> 38^{\circ} \text{C}$ (Nurlali,2018). Kasus kejang demam pada anak menjadi kondisi kegawatdaruratan jika tidak segera ditangani seperti terjadinya dispnea, kenaikan suhu tubuh terus menerus. Apabila dalam penanganan kejang demam terjadi keterlambatan dan kesalahan dapat mengakibatkan gejala-jgejala lain yang akan timbul dan bisa mengakibatkan kematian. Supaya masalah tersebut tidak semakin

menimbulkan efek samping yang serius tentunya sebagai orang tua harus mengetahui hal apa saja yang bisa dilakukan saat anak kejang demam, yaitu dengan cara metode fisik (*non farmakologi*), yaitu penggunaan metode *evaporasi* dan konduksi. Metode evaporasi dan konduksi bisa dilakukan dengan pemberian kompres hangat.

Penelitian Fadli dan Akmal Hasan (2017) kompres adalah salah satu metode fisik untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Pemberian kompres hangat pada daerah pembuluh darah besar merupakan upaya memberikan rangsangan pada area preoptik hipotalamus agar menurunkan suhu tubuh. Dengan kompres hangat menyebabkan suhu di luaran akan terjadi hangat sehingga tubuh akan menginterpretasikan bahwa suhu di luaran cukup panas, akhirnya tubuh akan menurunkan kontrol pengatur suhu di otak supaya tidak meningkatkan suhu pengatur tubuh, dengan suhu di luaran hangat akan membuat pembuluh darah tepi di kulit melebar dan mengalami vasodilatasi sehingga pori-pori kulit akan membuka dan mempermudah pengeluaran panas, sehingga akan terjadi perubahan suhu tubuh.

Rerata suhu tubuh sebelum diberikan tindakan kompres hangat pada pasien hipertermi dengan suhu 38,9 ° C, sesudah dilakukan intervensi rerata suhu tubuh pasien adalah 37,8° C. Hasil penelitian bahwa kompres hangat berpengaruh terhadap perubahan suhu tubuh pada pasien.

Penelitian Linawati dan Edita (2019) Rata-rata nilai suhu sebelum kompres hangat adalah 38,7 C setelah dilakukan kompres hangat 37,7° C. Menurut peneliti kompres hangat adalah suatu metode dalam penggunaan suhu hangat setempat yang dapat menimbulkan beberapa efek fisiologis seperti rasa nyaman, mengurangi nyeri, dan memperlancar sirkulasi darah. Hasil penelitian ada pengaruh antara sebelum dan sesudah kompres hangat dengan beda suhu 0,89 ° C.

Vione dan Cicilia (2022) Pada penelitian ini kompres hangat sangat berpengaruh pada perubahan suhu tubuh karena terjadi perbedaan suhu tubuh sebelum dan sesudah diberikan kompres air hangat. Dijelaskan bahwa suhu tubuh sebelum dilakukan kompres air hangat 38° C sesudah dilakukan

kompres air hangat suhu tubuh 36,7 ° C. Hasil penelitian, peneliti berasumsi bahwa kompres air hangat efektif menurunkan suhu tubuh yang hipertermi di rumah sakit.

Intervensi inovasi kompres air hangat bertujuan untuk mengurangi peningkatan suhu tubuh, dilakukan dan diobservasi pada waktu 3 kali pertemuan. Dimana pertemuan ke-1 pada tanggal 27 September 2021, pertemuan ke-2 tanggal 28 September 2021, pertemuan ke-3 tanggal 30 September 2021

Hasil akhir dari penerapan intervensi inovasi kepada An. K terbukti demam pada anak turun dengan kompres air hangat pada dahi dan aksila di pagi dan sore dapat menurunkan suhu dari 39 ° C menjadi 38,5° C.

D. Alternatif Pemecahan Masalah

Untuk alternatif pemecahan masalah program kegiatan yang dilakukan adalah pengkajian pada an. K dilanjutkan dengan mengidentifikasi, menganalisa dan memprioritaskan masalah keperawatan. Maka muncul masalah hipertermi, data yang diperoleh tubuh terasa panas, suhu tubuh 39 ° C, ibu mengatakan an. K demam sejak 3 hari sebelum ke RS. Adapun intervensi yang dapat dilakukan menjelaskan tentang prosedur dan tujuan kompres air hangat.

Alternatif pemecahan masalah atau rencana tindak lanjut yang dapat dilakukan untuk meningkatkan

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Asuhan keperawatan yang diawali dengan melakukan pengkajian secara menyeluruh meliputi bio-psiko-sosio-kultural. Pengkajian melakukan pemeriksaan TTV, pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan dan pemeriksaan penunjang. Berdasarkan pemaparan asuhan keperawatan mengenai pelaksanaan pemberian kompres air hang at pada anak dengan kejang demam di Ruang perawatan Antonius RSMM Timika, maka dapat disimpulkan bahwa :1. Demam merupakan merupakan infeksi atau inflamasi yang disebabkan oleh bakteri, virus, atau patogen lain merangsang pirogen endogenus. Pirogen bekerja di hipotalamus, tempat mereka memicu prostaglandin dan meningkatkan nilai acuan (set poin) suhu tubuh. Hal ini memicu respon dingin, menyebabkan menggigil hingga kejang maka dari itu intervensi yang dapat dilakukan kompres air hangat, pemberian terapi inovasi ini sudah terbukti penelitiannya untuk menurunkan suhu tubuh anak yang mengalami demam. Cara kompres air hangat dengan cara memposisikan anak nyaman mungkin lalu letakkan washlap yang sudah direndam air hangat di bagian dahi dan aksila. Setelah penulis menerapkan tindakan inovasi pada kasus kelolaan diperoleh hasil hipetermi yang signifikan dan juga meningkatkan kenyamanan. Analisis tindakan keperawatan berfokus pada monitoring peningkatan suhu tubuh (hipertermi) anak terutama hasil dari peningkatan suhu tubuh (hipertermi) yang diukur sebelum, sedang dan sesudah dilakukan tindakan kompres air hangat. Pelaksanaan tindakan inovasi ini memerlukan keterlibatan keluarga. Dalam melakukan asuhan keperawatan penulis melibatkan keluarga dalam pelaksanaan tindakan inovasi kompres airr hangat yang sebelumnya diberi edukasi tentang pelaksanaan terapi dan tujuan dilakukannya terapi ini agar mendapatkan hasil yang optimal.

1. Setelah pengkajian dilakukan, didapatkan tanda-tanda yang dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif kemudian melakukan analisa data dan diagnosa keperawatan yang muncul adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan secret, Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveoli, Hipertemi b.d proses penyakit infeksi, Ansietas b.d kurangnya terpapar informasi. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa yang muncul dan dibuat berdasarkan rencana asuhan keperawatan secara teoritis. Implementasi yang dilakukan sesuai rencana keperawatan yang disusun. Evaluasi dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan dari keempat diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan dan implementasi yang telah dilakukan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan didapatkan hasil yang dicantumkan dalam evaluasi semua diagnosa yang ditegakkan dapat teratasi.
2. Berdasarkan analisa kasus dan jurnal didapatkan terjadi perubahan suhu tubuh pada An. K dengan menerapkan kompres air hangat untuk menurunkan suhu tubuh anak yang meningkat.

B. Saran

1. Pembaca

Penulis berharap dengan adanya karya ilmiah ini dengan inovasi kompres air hangat di dahi dan aksila dapat menambah wawasan dan dapat diaplikasikan pada pasien hipertermi

2. Pelayanan keperawatan

Penulis berharap karya ilmiah ini dapat menambah wawasan dalam melakukan tindakan pada pasien demam tertama anak

3. Lingkup keperawatan anak

Penulis berharap dengan penerapan inovasi kompres air hangat pada dahi dan aksila untuk mengurangi dampak negatif dari demam seperti syok, kejang dan lainnya.

4. Institusi Akademik

Institusi akademik diharapkan lebih banyak memberikan referensi tentang aplikasi tindakan-tindakan intervensi inovasi seperti kompres air hangat khususnya pada pasien kejang demam, sehingga mahasiswa mampu meningkatkan cara berpikir kritis dalam menerapkan intervensi yang dilakukan secara mandiri sesuai bidang keperawatan dan jurnal-jurnal penelitian terbaru.

5. Perawat

Perawat diharapkan dapat memberikan pelayanan secara maksimal, baik dari segi edukasi maupun intervensi, sehingga mampu meningkatkan kualitas hidup untuk terhindar dari kejang berulang pada pasien kejang demam.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cahyaningrum, E. D. (2017) *Pengaruh Kompres Bawang Merah terhadap suhu tubuh anak demam*. Jurnal Publikasi Kebidanan YLLP Purwokerto, 80-89. ISBN:978-602-50798-0-1
2. Dervis, B. (2017). *Pengaruh Pendidikan kesehatan Tentang Penatalaksanaan Kejang Demam*. *Journal of chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699
3. Hasendra, A. (2019). *Penggunaan balok Angka Sebagai Media Pembelajaran Untuk Meningkatkan Kemampuan Kognitif Anak Pertiwi*. *Jurna Literasiologi*. V2i2.42
4. Kelly, Terri. (2014). *Buku ajar keperawatan pediatri vol 2*. Jakarta : ECG
5. Linawati & Edita (2019). *Efektivitas Penurunan Suhu Tubuh Menggunakan Kompres Hangat*, *Holistik Jurnal Kesehatan* Volume 13, No. 2 Juni 2019 (143-153).
6. Nur Aini (2021). *Penurunan Suhu Tubuh Pada Anak Kejang Demam Dengan menggunakan Kompres Hangat* , Pdf.
7. Nurarif (2017) *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis*. Jogjakarta :Mediaction
8. Ngastiyah.(2012). *Perawatan Anak Sakit* (Edisi2):<https://www.belbuk.com/perawatan-anak-sakit-edisi-2-p-3973.html>.
9. Nurlali, R. Dkk. (2018). *Studi Komperatif pemberian kompres hangat terhadap penurunan suhu tubuh pada anak kejang demam di RSUD dr. Soedarsono Pasuruan*. 4(2), 128-137.
10. PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standart Luaran Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
11. PPNI, T. P. S. D. (2016). *Standart Diagnosa Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

12. PPNI, T. P. S. D. (2019). *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Persatuan Perawat Nasional Indonesia
13. Soetjiningsih. (2013). *Tumbuh Kembang Anak*. Perpustakaan Nasional RI. <https://opac.perpusnas.go.id>
14. Vione & Cicilia, *Jurnal Ilmu Pendidikan Non Formal P.* – ISSN Volume 08(2) May 2022.
15. Wong, L. D. (2000). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik volume 2*. [Hhttps://shopee.co.id/Buku-Ajar-Keperawatan-Pediatrik-volume-2](https://shopee.co.id/Buku-Ajar-Keperawatan-Pediatrik-volume-2).

Lampiran

Perbedaan suhu tubuh sebelum dilakukan kompres dan sesudah kompres

Suhu Tubuh	Hari I	Hari II	Hari III
Suhu tubuh sebelum kompres	39°C	39,5°C	38,5°C
Suhu tubuh sesudah kompres	38°C	38,7°C	37,8°C

Lembar Konsultasi Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN)

Nama : Mega Elfrida Napitupulu

Nim : PO PO 7120921035

Judul KIAN : Analisis Asuhan Keperawatan Pemberian Kompres Air Hangat Pada An. K Dengan Kejang Demam di Ruang Perawatan Antonius RSMM Timika

Dosen Pembimbing : Lamria Situmeang. S. Kep., Ns., M. Kep

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	T. Tangan
	26 Mei 2022	1.ACC judul	Lanjutkan BAB I-V	
	20 Juni 2022	BAB I -III	- Perhatikan pengetikan - Perbaiki Tujuan - Tambahkan prosedur penatalaksanaan kompres hangat - Tambahkan data antropometri pasien - Cantumkan Tanggal pemeriksaan laboratorium - Cantumkan perbedaan suhu sebelum dilakukan kompres dan sesudah kompres di SOAP	
	31 Juli 2022	BAB IV - V Kesimpulan dan Saran	-Pembahasan dan kesimpulan buat sesuai dengan tujuan - Buat lampiran suhu tubuh sebelum kompres dan sesudah kompres	

Lembar Persetujuan Responden

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN ***(Informed Consent)***

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. R

Alamat Lengkap : Iwaka

Setelah memahami isi penjelasan dari lembar permohonan menjadi responden, maka dengan ini saya secara sadar dan tanpa paksaan dari siapapun menyatakan persetujuan saya menjadi responden dan bersedia untuk diamati dalam penelitian ini serta bersedia memberikan jawaban secara tulus dan jujur, serta bersedia mengikuti intervensi inovasi yang disarankan sesuai dengan kemampuan saya. Saya percaya dan menyadari sepenuhnya bahwa jawaban dari pertanyaan yang diajukan akan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

Demikian Surat Persetujuan Saya, semoga bermanfaat bagi kepentingan penelitian.

Timika, 13 Juli 2022

Responden,

Ny. R

